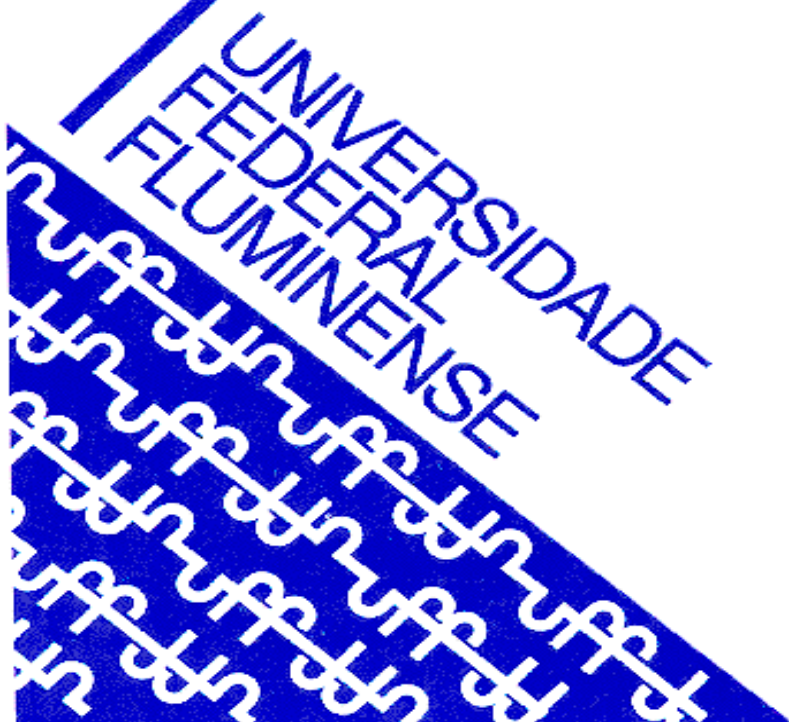


**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

**ALUNA:
Camila de Barros Cardoso Dias**

**Considerações sobre o NASF em São Pedro da
Aldeia:
uma análise sobre a atenção básica neste Município**



**Rio das Ostras - RJ
2012**

Camila de Barros Cardoso Dias

**Considerações sobre o NASF em São Pedro da Aldeia:
uma análise sobre a atenção básica neste Município**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Ms. Camila Silva Brandão

Rio das Ostras - RJ
2012
Camila de Barros Cardoso Dias

**Considerações sobre o NASF em São Pedro da Aldeia:
uma análise sobre a atenção básica neste Município**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Ms Camila Silva Brandão
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Ms Paula Martins Sirelli
Universidade Federal Fluminense

Prof.^o Dr.^o Edson Teixeira da Silva Junior
Universidade Federal Fluminense

Rio das Ostras - RJ
2012

*Dedico este trabalho à memória de meu amado pai Rogério,
à minha incomparável mãe Sheyla e à minha querida tia-mãe
Ana Maria por me incentivarem a estudar e por me
concederem todo apoio que eu precisei para poder chegar até
aqui.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, à vida e a minha família que foram pessoas fundamentais para eu chegar até aqui e por querer ir mais além.

À memória de meu Pai *Rogério*, que foi a primeira pessoa que estimulou em mim o interesse pelo mundo dos livros, dedicando horas do seu tempo para estudar comigo.

À minha mãe *Sheyla*, que sempre acreditou em mim sem jamais duvidar da minha capacidade, me incentivando em todos os momentos através de seu amor e carinho.

À minha tia-mãe *Ana*, por estar sempre ao meu lado, me apoiando, sendo mais que uma tia, uma mãe.

À memória de minha avó *Regina*, por ter sido a primeira pessoa a pegar na minha mão para eu escrever, colorindo meu mundo.

À minha avó *Elza* que pegava os livros da coleção tesouro da juventude para eu ler e por me ensinar a gostar de caça-palavras.

À minha Tia *Solange* que me ensinou a desenhar o oito, com muita paciência. Eram apenas duas bolinhas, mas eu queria desenhar o infinito em pé.

À minha Tia *Mônica* por vibrar a cada vitória por interceder a Deus por mim.

Aos meus primos *Erick e Wellington* que liam as historinhas dos seus livros escolares, mesmo eu sendo muito pequena, o Erick sempre dizia: “ Não esquece, Vírus, Bactérias e protozoários”.

À minha prima *Isabel*, por fazer continhas comigo quando eu era pequena, embora

hoje eu não tenha muita aptidão para as áreas exatas, embora sempre “mate” as continhas do facebook dela.

Ao meu namorado *Alexandre*, pelo seu inestimável apoio, carinho, dedicação e companheirismo. Você foi fundamental para esse processo!

Às minhas amigas *Adriana Botterri, Carmen Lúcia, Marcelle Biondini e Mariangela Martinho* e a tantas outras por estarem ao meu lado desde o primeiro dia de aula, desenvolvendo trabalhos e projetos juntas.

À *Carmen Lúcia* pelas longas conversas voltadas a aplicabilidade do conhecimento acadêmico na vida prática e pessoal.

À *Marcelle Biondini* por estar ao meu lado, formando sempre uma dupla dinâmica inseparável e por me acompanhar nas atividades inerentes à vida acadêmica “extra-muro”.

Aos profissionais *Lúcia, Mary Lane e Osvaldo* por terem me aceito como estagiária, compartilhando seus conhecimentos e por serem modelos de profissionais que “eu quero ser quando crescer”.

À toda equipe da Secretaria de Saúde de São Pedro da Aldeia.

Aos profissionais que contribuíram para as entrevistas dessa monografia. Sem vocês este trabalho não seria possível, obrigada por fazerem um trabalho tão detalhado..

À Universidade Federal Fluminense.

A todos os professores de que compartilham seus conhecimentos até aqui.

À minha querida orientadora *Camila Silva Brandão*, por me orientar e por ter sido sempre muito solícita e dedicada e disposta a auxiliar. Sua imensurável, incentivo e estímulo foram fundamentais para eu poder apresentar esse processo hoje. Jamais me esqueci “ao encontro” “de encontro” .

Ao Professor *Felipe Brito*, por ter contribuído com as indicações de textos para a

minha monografia e por me ensinar a dar aula de forma descontraída e de qualidade.

Obrigada a Prof^a Ms. *Paula Martins Sirelli* e ao Prof.^o Dr.^o *Edson Teixeira Silva Júnior* por terem aceito participar da minha banca examinadora e por terem me passado conhecimentos que eu jamais esquecerei.

À equipe médica do cirurgião *Roberto Araújo Lima*, que após uma intervenção cirúrgica me, me apresentou um laudo que me ofereceu a tranquilidade que eu necessitava para poder desenvolver a minha monografia.

A todos as pessoas que de alguma forma contribuíram para a concretização desse sonho.

À vocês,

O meu mais sincero: Muito obrigada!

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo fazer considerações sobre o Núcleo de Atendimento à Saúde em São Pedro da Aldeia, apresentando a importância dessa estrutura para um município de pequeno porte, apontando a forma que ela contribui para a consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Palavras Chave: Saúde; Núcleo de Atendimento à Saúde da Família; Princípios e diretrizes do SUS.

ABSTRACT

This Conclusion's Graduation Work intends to analyze some appointments about Health Treatment Core at São Pedro da Aldeia, showing the importance of this structure for a small county, pointing how it contributes to consolidate the principles and guidelines of Brazilian public Health System.

Keywords: Health ; Health treatment Core , the principles and guidelines of Brazilian public Health System.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 - DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA TRAJETÓRIA MARCADA PELA LUTA DOS MOVIMENTOS SOCIAIS PELA CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL	14
1.1 – Ditadura Militar: Entre a ampliação dos lucros do capital e a redução dos investimentos públicos nas políticas sociais.	15
1.2 - O Movimento de Reforma Sanitária frente a repressão ditatorial: em busca da universalização do acesso a saúde pública.....	23
1.3 - Fim da Ditadura: as características de um processo que tem como atores os movimentos sociais e um pensamento que alteraria a função Estado na condução da política pública.	26
1.4 - A luta do Movimento de Reforma Sanitária pela garantia da inserção da concepção ampliada de saúde e a proposta de obrigatoriedade do acesso universal como direito.....	29
1.5 - As conquistas Constitucionais frente ao ataque da política neoliberal.....	31
CAPÍTULO 2 – A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA COMO FORMA DE CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	37
2.1 – Principais características do Sistema Único de Saúde.	38

2.2 - Níveis de atenção do SUS: estratégias para a garantia do acesso a saúde pública.	45
2.3 – Programa Saúde da Família: estratégia de garantia ao primeiro cuidado na atenção básica	52
2.4 –. Núcleo de Apoio a Saúde da Família: na contramão da lógica da privatização da saúde	56

CAPÍTULO 3 – O SIGNIFICADO DA INSERÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A ATENÇÃO BÁSICA DE SÃO PEDRO DA ALDEIA: UMA ANÁLISE DO PRIMEIRO ANO

59

3.1 - Aspectos Históricos de São Pedro da Aldeia.....	60
3.2 - Dificuldades encontradas na atenção básica e a difícil articulação com outros níveis de atenção.	62
3.3 - Os desafios do NASF de São Pedro da Aldeia para a organização da atenção básica do Município através do PSF.....	63

CONSIDERAÇÕES FINAIS

74

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

77

APÊNDICE.....

80

INTRODUÇÃO

Os temas relacionados à saúde sempre me causaram uma série de curiosidades e questionamentos sobre o seu acesso desigual. Este interesse me acompanha desde a adolescência até os dias de hoje. Durante a minha vida acadêmica, a possibilidade de poder estudar de forma mais profunda a política de saúde foi observada por mim através da disciplina Política Social 1 e a certeza que eu realmente abordaria a Política de Saúde na monografia aconteceu a partir das experiências vivenciadas no campo de estágio.

Durante os dois anos tive a oportunidade de ser inserida na Secretaria de Saúde de São Pedro da Aldeia, na qualidade de estagiária em Serviço Social, no setor responsável pela educação permanente que é feita através de programas desenvolvidos na atenção básica, em um setor chamado Informação e Comunicação em Saúde (IEC). As dificuldades enfrentadas pela equipe para a efetivação da atenção básica no município despertaram o interesse de aprofundar meus estudos articulando a importância do debate acadêmico à prática de estágio, levando-me a concordar com José Paulo Netto (2009), quando o autor cita que “ a teoria é a reprodução, no plano do pensamento, do movimento real do objeto (p.675). Tive a oportunidade de constatar e vivenciar de que forma a teoria se materializava na prática e vice-versa e foi exatamente nesse momento que eu vi que embora o acesso a saúde seja direito de todos e dever do Estado, nem sempre ele é garantido à todos. Esse foi o ponto de partida para que eu observasse a materialização dos impactos das políticas neoliberais na política social, expressas através da redução dos recursos destinados à política de saúde, da falta de recursos do município para implementar algumas propostas que vinham da Secretaria de Estado e do Governo Federal, do processo de burocratização presente nestas esferas que dificultam que os projetos sejam implementados no Município, entre outros. No entanto, mesmo em meio a todo esse cenário permeado por adversidades, pude observar a maneira que aquela equipe procurava lutar para procurar inserir e garantir à população o acesso a atenção básica e o seu encaminhamento aos demais níveis de atenção em saúde do Sistema Único Saúde, fazendo a referência deste paciente ao cuidado de média e alta complexidade. Uma das lutas dessa equipe, durante o meu processo de

estágio, foi a sensibilização do secretário de Saúde a um Projeto chamado Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), feita durante uma reunião. Recordo-me através das minhas anotações feitas em diário de campo que havia uma dificuldade de compreensão dos gestores sobre aquela proposta e que ela efetivamente traria como potencialidade a ampliação do atendimento da atenção básica e uma articulação com os demais níveis de atenção em saúde. Esta proposta ia ao encontro as necessidades no município que até hoje não apresenta uma rede de referência de média complexidade de forma estruturada e articulada. A falta dessa rede faz com que o atendimento especializado seja feito aos pacientes fora do município, geralmente no Rio de Janeiro. Para que esse atendimento fosse feito, era necessário ter disponibilidade de transporte e às vezes o ônibus estava quebrado, o carro não tinha peça, a frota era reduzida e estava esperando chegar mais carros. Todos estes empecilhos apresentavam rebatimentos na saúde do usuário, fazendo que os pacientes não tivessem sua necessidade de saúde atendida. Mesmo nesse cenário, com todas estas dificuldades, os gestores não atentavam para a importância de se ter um NASF em São Pedro da Aldeia. Observo através do meu relato em diário de campo que esse processo se iniciou no final de 2009, continuou diversas vezes em 2010, por causa das diversas passagens de secretários de saúde no município, somente sendo materializado em 2011.

No momento de implementação do NASF em São Pedro da Aldeia eu já tinha acabado meu estágio obrigatório curricular, inclusive o meu objeto de estudo para a monografia seria outro, eu queria analisar a importância do Conselho de Saúde no município de São Pedro da Aldeia, observando se esta estrutura poderia ou não ser considerada um espaço voltado a participação popular na condução política de saúde municipal. No entanto, devido a uma série de questões pessoais tive que mudar o tema. Confesso que passado este interesse pelos conselhos eu me lembrei da proposta do NASF, que parecia ser um novo instrumento voltado a organização da atenção básica no município, apresentando como potencialidade a proposta de integralidade do cuidado em saúde, que era exatamente o que a atenção básica precisava para poder efetuar o fluxo da rede.

A partir desse período o NASF se tornou meu objeto de estudo. Meu objetivo era fazer uma análise sobre a importância do NASF para a atenção básica de um município de pequeno porte. Para analisarmos melhor o objeto investigado, a

organização da pesquisa necessária para a elaboração dos capítulos foi estruturada a partir da seguinte metodologia.

Primeiro foi feita uma pesquisa bibliográfica sobre a ditadura, movimento de reforma sanitária, com o objetivo de qualificar o trabalho a partir de um marco teórico.

Em seguida, foi feita uma pesquisa sobre os aparatos legais que regulam o Sistema de Saúde Brasileiro, em páginas eletrônicas confiáveis como o portal do Ministério da Saúde. Esse processo teve como objetivo apresentar ao leitor a estrutura da política de saúde atualmente, por acreditarmos que é o conhecimento dessa estrutura articulado as condições adequadas de trabalho e aprimoramento técnico que dará ao profissional elementos fundamentais para o desenvolvimento do seu processo de trabalho. Para poder elaborar o capítulo três, foram feitas entrevistas concedidas por dois profissionais do NASF através de um termo de Consentimento, assinado por eles, autorizando a publicação das informações prestadas. No entanto, por razões éticas e para preservar a identidade destes profissionais a identidade deles será preservada, e suas citações serão referenciadas pela seguinte nomenclatura: entrevistado 1 e entrevistado 2.

Os dados obtidos através deste processo de pesquisa possibilitou a organização da monografia em três capítulos. No primeiro capítulo cujo título é “Do Movimento da Reforma Sanitária ao Sistema Único de Saúde: Uma Trajetória Marcada pela Luta dos Movimentos Sociais pela Consolidação da Saúde Pública de Saúde no Brasil”, será apresentado o panorama histórico político brasileiro das principais características da ditadura militar, período em que emerge no cenário brasileiro o Movimento de Reforma Sanitária, responsável por diversas alterações relacionadas à concepção de saúde e também pela luta da inserção do direito a saúde em texto constitucional, garantindo seu acesso universal, através do papel do Estado.

O Capítulo 2 recebeu o título “A Política Nacional de Atenção Básica como Forma de Consolidação do SUS”, abordando um pouco do aspecto legislativo do Sistema Único de Saúde, que é apresentado através dos seus níveis de complexidade, através uma análise mais ampla acerca da atenção básica, que é o objeto central da análise feita nesta monografia.

O Capítulo 3 denominado “ O significado da Inserção do Núcleo de Apoio a Saúde da Família para a Atenção básica de São Pedro da Aldeia: uma Análise do Primeiro Ano” propiciará uma análise voltada ao processo de implementação deste Núcleo e sua importância para a atenção básica de São Pedro da Aldeia, procurando salientar os avanços conquistados pela equipe durante o seu primeiro ano.

No espaço destinado às considerações finais será feito uma análise acerca das observações feitas durante o desenvolvimento da monografia, finalizando nesse primeiro momento este processo de pesquisa.

CAPÍTULO I

DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA TRAJETÓRIA MARCADA PELA LUTA DOS MOVIMENTOS SOCIAIS PELA CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

A construção da Política de Saúde como conhecemos atualmente, materializada através do texto Constitucional, garantindo o acesso universal à saúde através do Sistema Único de Saúde é produto das intensas lutas e da mobilização dos movimentos sociais em torno do reconhecimento do direito a saúde como inerente à pessoa humana.

Com o objetivo de fornecer elementos que ratifiquem esta afirmativa, o capítulo I, apresenta os principais aspectos históricos, políticos econômicos e sociais vivenciados pela população durante a ditadura militar de 1964. A exposição deste regime será necessária, pois é durante este período histórico que o Movimento de Reforma Sanitária emerge no cenário brasileiro, unindo-se a outros movimentos sociais que estavam insatisfeitos com a forma do governo ditatorial conduzir a política brasileira, baseada na repressão e na ausência dos direitos políticos e retração das responsabilidades sociais do Estado, sendo reorientadas para a expansão do capital. O segundo subtítulo abordará as propostas e o avanço do Movimento de Reforma sanitária frente a repressão perpetrada pelos mecanismos estatais durante o período ditatorial, focalizando a luta deste segmento social para a universalização do acesso a saúde pública no Brasil. O terceiro subtítulo abordará algumas características do processo de redemocratização do Brasil , enfatizando a luta e a pressão oriunda dos movimentos sociais para o fim da ditadura militar e a para a construção de uma nova forma de abordagem dos direitos sociais, que a partir do terceiro subtítulo será apresentada de forma mais completa, apresentando parte do processo que culminaria na Construção do texto constitucional, garantindo a inserção da concepção ampliada de saúde e a proposta

da obrigatoriedade universal do acesso prestado de forma gratuita a esta política pelo Estado. O quarto subtítulo abordará os principais direitos sociais inseridos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 a partir da luta dos movimentos sociais e a influência da imposição da lógica neoliberal para a forma do Estado conduzir as políticas sociais no Brasil.

Para iniciar este capítulo, comecemos a partir de agora a apresentação do período da ditadura militar.

1.1 Ditadura Militar: entre a ampliação dos lucros do capital e a redução dos investimentos públicos nas políticas sociais.

A ditadura militar de 1964 é iniciada através de um golpe de Estado perpetrado pelos militares durante o governo de João Goulart. De acordo com os militares este regime foi instituído para livrar o “país da corrupção e do comunismo e para restaurar a democracia”. (Fausto,2006,p.257) No entanto, através dos dados apresentados neste capítulo, observaremos que o regime militar imprimiu características na sociedade brasileira que foram além dos supostos pretextos militares para a implementação da ditadura no Brasil.

As conseqüências desse regime para a maioria da população brasileira foi o adensamento das “expressões da questão social”¹ através da redução do papel do Estado na qualidade de financiador e garantidor das políticas públicas e da retirada dos direitos políticos que delegavam à sociedade a possibilidade de questionamento e de construção de uma política favorável a conquista da ampliação dos direitos sociais da população.

Observaremos que este regime significou para os detentores do capital, para o mercado nacional e para a burguesia nacional a ampliação das taxas de lucro e o Estado, portanto é considerado aliado as classes de dominação do capital.

¹ De acordo com Iamamoto e Carvalho (2008), “A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão”. (p.77)

Para que estas afirmações sejam possíveis, neste primeiro capítulo serão apresentadas as estratégias utilizadas pelo aparelho ditatorial para conseguir alcançar estas taxas tão elevadas de lucro para o capital. Como não poderemos falar da ditadura brasileira desassociada do contexto internacional será imprescindível trazermos as análises de Netto, nas quais são apresentadas o interesse internacional, em especial dos países norte-americanos, aos países do terceiro mundo, neste caso o Brasil.

De acordo com José Paulo Netto, a ditadura significou:

a solução política que a força² impôs: a força bateu no campo da democracia, estabelecendo um pacto contra-revolucionário e inaugurando o que Florestan Fernandes qualificou como “um padrão compósito e articulado de dominação burguesa”. Seu significado imediatamente político e econômico foi óbvio: expressou a derrota das forças democráticas nacionais e populares; todavia o seu significado histórico-social era de maior fôlego: o que o golpe derrotou foi uma alternativa de desenvolvimento econômico e social e político que era virtualmente a reversão do já mencionado fio condutor da formação social brasileira. O que os estrategistas (nativos ou não) de 1964 tiveram foi a postergação de uma inflexão política que poderia – ainda que sem lesionar de imediato os fundamentos da propriedade e do mercado capitalistas – romper com a heteronímia econômica do país e com a exclusão política de um povo. (NETTO, 2009, p.25)

A partir da citação acima, é possível apreender que o significado do golpe foi além da caracterização de uma forma de governar o Estado baseada no autoritarismo e na diminuição dos direitos civis e sociais. Neste período os direitos políticos foram suspensos³ como forma de garantir a manutenção da ditadura e ausência da participação popular nos espaços democráticos.

² Neste caso a palavra força poderia ser substituída sem prejuízo de sentido pela palavra ditadura ou repressão. Repressão perpetrada pelos próprios órgãos militares aos segmentos sociais considerados subversivos ou questionadores das ordens oriundas dos ditadores.

³ Esta suspensão estava embasada após ter sido decretado o Ato Institucional (AI) nº I. Cujas principais características eram outorgar aos militares o poder de governar o Brasil através de Decretos feitos pelos próprios militares, dando a este segmento social poderes que iam além da Constituição. Para Escorel (2008), os atos institucionais representaram os “atos do executivo que suprimiam, progressivamente, os direitos políticos e civis.” (p.386). Para Couto (2006) “os atos institucionais trouxeram para o regime as arbitrariedades e os regimes de exceção enquanto patamares de relacionamento com a sociedade”. (p.21).

Podemos inferir que este momento representou a materialização de um período histórico que submeteu a política, a economia e a população brasileira aos ditames dos países imperialistas, em especial ao poder norte-americano, cujo principal objetivo era a ampliação da dependência econômica brasileira a internacional. Tal afirmativa é feita a partir dos estudos de Netto ao apresentar que a ditadura estabelecia estreita relação com os interesses norte-americanos, que definiria com auxílio do governo ditatorial os objetivos norte-americanos para a economia brasileira baseada na

substancial alteração da divisão internacional capitalista do trabalho, os centros imperialistas sob hegemonismo norte-americano, patrocinaram, especialmente no curso dos anos sessenta, uma contra-revolução preventiva em escala planetária (com rebatimentos principais no chamado Terceiro Mundo, onde se desenvolviam, diversamente, amplos movimentos de libertação nacional e social). A finalidade da contra-revolução preventiva era tríplice, com seus objetivos particulares íntima e necessariamente vinculados: adequar os padrões de desenvolvimento nacionais e de grupos de países ao novo quadro do inter-relacionamento econômico capitalista, marcado por um ritmo e uma profundidade maiores da internacionalização do capital; golpear e mobilizar os protagonistas sociopolíticos habilitados a resistir a esta reinserção mais subalterna no sistema capitalista; e, enfim dinamizar em todos os quadrantes as tendências que podiam ser catalisadas contra a revolução e o socialismo.⁴ (NETTO, 2009,p.16)

⁴ A partir da leitura Netto (2009), é possível apreender que o período que antecederia o golpe militar perpetrado pelos militares em 1964 poderia ser caracterizado como um movimento de questionamento aos rumos adquiridos pelo sistema capitalista no Brasil feitos através da participação dos segmentos sociais. Ganha notoriedade no cenário brasileiro as articulações do movimento operário e sindical e rural que questionavam a forma de exploração imposta pelos países imperialistas e a concentração fundiária, respectivamente. De acordo com Boris Fausto (2006), o presidente que foi deposto pelo golpe, João Goulart representava a volta do populismo, em um contexto de mobilizações e pressões sociais que buscavam fortalecer o sistema nacionalista, lutando principalmente para a efetivação da reforma agrária. Esta forma de governar deveria estar apoiada na colaboração entre o Estado, representado pelos nacionalistas e forças armadas e os intelectuais formadores da política, a classe operária organizada e a burguesia nacional. Caberia ao Estado o papel de articulador destes interesses, cuja ideologia era o nacionalismo através das reformas sociopolíticas, chamadas também de reformas de base. No âmbito da ampliação dos direitos políticos, buscava-se que os analfabetos, e os funcionários de baixa patente pudessem votar. As reformas sociopolíticas também conhecidas como reformas de base, teriam por principais objetivos a promoção da maior intervenção do Estado na vida econômica da população, através da nacionalização de concessionárias de serviço público, regulamentando o envio de lucros para o exterior das empresas estrangeiras que produziam no Brasil. No entanto, de acordo com Netto (2009) Não se pode e não se deve apreender que as reformas de base objetivavam a implementação do socialismo. Contudo pode-se observar que no período anterior a ditadura havia uma preocupação voltada a redução das desigualdades sociais a partir da maior intervenção do aparelho Estatal. Obviamente este sistema apresentava uma lógica incompatível com a lógica imperialista mundial, cujo principal objetivo era a expansão do capital internacional e o crescimento exponencial da concentração de renda nas mãos dos detentores do capital. Os setores que eram contrários a reforma das “reformas de base” procuraram e se aliaram à única medida capaz de frear este momento da sociedade brasileira, cujas principais características eram o emprego da força física e imposição do imperialismo. É a partir desse momento que alguns setores da sociedade brasileira,

Para que estas medidas não ficassem apenas no plano político e ideológico, foi necessário que os militares criassem condições propícias a manipulação do aparelho estatal de acordo com os interesses dos países imperialistas. Com o objetivo de responder as exigências internacionais o regime militar implementou diversas reformas no bojo do aparelho estatal, cujo caráter seria a subsunção do Estado brasileiro e da população brasileira ao modelo norte-americano (Netto, 2009).

Estas condições foram possíveis através dos Atos Institucionais (AIs), anteriormente caracterizados como instrumentos para submeter a população brasileira ao autoritarismo. Os AIs foram instrumento utilizado pelos militares para mudar as funções das instituições nacionais do país, alterando a forma de gestar a política brasileira, imprimindo as influências fruto da aproximação com os países norte-americanos. (Fausto, 2006).

O processo de modernização autoritária levado a cabo durante a primeira década do regime militar, subordinado aos interesses do grande capital multinacional e nacional, promoveu uma grande reestruturação do aparelho Estatal por meio das reformas financeiras e fiscais de 1964 e 1965, previdenciária em 1966, tributária e administrativa em 1967. As reformas administrativas e tributárias diminuíram a participação dos gastos públicos no Produto Interno Bruto (PIB). Os investimentos na infra-estrutura econômica aumentaram enquanto diminuía os gastos com as políticas sociais. (ESCOREL, 2008, p. 388)

Estas alterações que ocorreram no bojo do aparelho estatal, nos permitirão concordar com Netto quando o autor apresenta que neste momento histórico os problemas sociais “adquiriram dimensão ampla e dramática”. Este aprofundamento poderá ser considerado produto do “milagre econômico” que permitiu a elevação das taxas de produção. No entanto, a partir de uma análise que privilegie os aspectos econômicos relacionados a ditadura e aos seus reflexos no panorama social, observaremos que este milagre além de ser fruto da alta taxa de produtividade e do aumento exponencial das importações, estava intrinsecamente articulado com a ampliação e crescimento da dívida externa, seguida da ampliação das

geralmente os ligados ao grande capital apóiam o golpe de Estado perpetrado pelos militares em 1964.

desigualdades e da concentração de renda gestadas pela política ditatorial brasileira.

Uma destas formas do Estado expressar seu comprometimento com o mercado privado em detrimento da provisão de políticas sociais voltadas ao atendimento da melhoria da qualidade de vida na população é o Plano de Atenção Econômica do Governo (PAEG) que procurou reduzir o déficit do setor público, contraindo crédito privado e comprimindo os salários. Desta forma o reequilíbrio das finanças da união pode ser creditado ao corte dos subsídios a produtos básicos como trigo e petróleo, o que elevou o custo de vida da população. (Fausto, 2006)

Para que esse falso milagre fosse possível foi necessário que a população vivenciasse no plano social todo o tiranismo que subsidiaria a entrada da forma de governo norte americano no tratamento das políticas sociais. Como forma de garantir a permanência da ditadura na condução da sociedade foi adotada uma forma de governo baseada no

binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2007, p.41).

Scorel (2008) apresenta que durante os dez primeiros anos do regime militar, período contemporâneo ao PAEG e ao “milagre brasileiro”, a maioria da população estava inserida em um quadro econômico baseado na ampliação da “concentração de renda, arrocho salarial, com perda do poder aquisitivo do salário mínimo, o aumento dos preços, a diminuição da oferta de alimentos e o colapso dos serviços de transporte e saúde”(p.389).

No que tangencia o período durante a ditadura e sua relação com as políticas sociais será possível observar que estas políticas foram gestadas em um modelo que favorecia aos interesses do governo e da burguesia em detrimento das necessidades da população, de forma mais acentuada do que em períodos anteriores. A seguir serão apresentadas algumas instituições que foram criadas ou reformuladas com objetivos de angariarem fundos para o governo investir na área econômica.

As principais medidas referentes à política assistencial foram: o processo de unificação das instituições previdenciárias, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS); o Sistema Financeiro de habitação (SFH), para a aquisição da casa própria, que serviu para estimular o mercado imobiliário e incentivar a especulação; os novos mecanismos de poupança compulsória, como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e, posteriormente o PIS PASEP. Esses mecanismos tentaram resolver a contradição entre a tendência abrangente da concessão de benefícios e a estreiteza do regime da capitalização, sendo uma importante fonte de captação de recursos para investimentos na área econômica. (BRAVO, 2007.p.42)

Dentre todas as instituições criadas neste período, O Instituto Nacional de Previdência Social será analisado separadamente por causa da sua estreita relação com o provimento da saúde no Brasil e por ser considerada uma instituição precursora do processo de privatização da saúde, que perdura até os dias de hoje.

No entanto, para apreendermos o significado do o processo de unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões para o provimento e acesso a saúde no Brasil.

O surgimento de uma atividade estatal em relação à assistência médica data de 1923, quando o governo instituiu pela Lei Eloy Chaves, as primeiras Caixas de aposentadorias e pensões (CAPs) voltadas para os funcionários de empresas ferroviárias existentes. Com a criação das CAPs inicia-se a conformação da previdência social do País.

De acordo com Escorel e Teixeira (2008)

A partir de 1933, o governo de Getúlio iniciou o movimento de transformação das CAPs em Instituto de Aposentadorias e pensões (IAPs), que passaram a congrega os trabalhadores por categorias profissionais. Assim, ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos aos poucos passaram a fazer parte desse instituto que, como as CAPs, também ofereciam serviços médicos, apesar de voltarem-se prioritariamente para os benefícios e pensões. (p.358)

A leitura deste fragmento nos permitirá entender que o acesso à assistência médica desde 1923 estava voltado aos funcionários de empresas ferroviárias. Após Vargas assumir o governo, através de um golpe de Estado na década de 1930, observaremos uma transformação das então Caixas de Aposentadorias e Pensões

em Institutos de Aposentadorias e pensões, ampliando o escopo de profissões a serem contempladas⁵.

Durante o período ditatorial, o Instituto Nacional de Previdência social assume uma nova roupagem, representando a unificação dos Institutos Nacionais de Aposentadorias e Pensões (INPS). Essa unificação significou a centralização administrativa e financeira cujo objetivo era ampliar a captação dos recursos para os cofres públicos, sem garantir a ampliação do acesso aos serviços previdenciários e de saúde que eram pagos pelas empresas, porém descontados dos trabalhadores. (Escorel, 2008)

O processo de unificação da saúde através da criação do INPS foi orientado pelo Estado para iniciar o processo de privatização do aparelho estatal brasileiro, sob a falsa alegação de que as instituições gestadas pela esfera pública são ineficazes e ineficientes, portanto incapazes de gerirem o sistema.

Até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pela rede de serviços próprios dos IAPs, composta por hospitais, ambulatórios e médicos. A partir da criação do INPS, alegando a incapacidade da rede própria de serviços fornecer assistência médica a todos os beneficiários, foi priorizada a contratação de serviços de terceiros. A orientação de privilegiar o setor privado de serviços de saúde foi no âmbito da previdência social, a expressão da diretriz estabelecida na Constituição de 1967 e reiterada na Constituição de 1969, consubstanciada no decreto-lei n. 200/196, sobre a Reforma administrativa. Este preconizava em cada ministério o abandono das ações executivas, em benefício do setor privado, com restrição das atividades, na medida do possível ao nível normativo. (ESCOREL apud OLIVEIRA & TEIXEIRA,2008,p.391)

Neste fragmento de texto Escorel cita que os ministérios foram negligenciados devido a lógica privada que invadia os serviços do aparelho estatal. No ministério da saúde⁶ observaremos este mesmo processo. Este ministério, por atuar no âmbito coletivo e por ser financiado pelos cofres públicos, não gerando lucro ao sistema, ficou com os recursos mais baixos, como forma de legitimar o discurso sobre a

⁵ Iamamoto e Carvalho (2008) apresentam em seus estudos que as primeiras profissões contempladas pelas ações desenvolvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões apresentavam intrínseca ligação com o escoamento da produção agrícola do Brasil. Não poderemos esquecer que a economia brasileira neste período tinha na agricultura a sua principal forma de manutenção, através das exportações. A ampliação do quantitativo de profissões foi de acordo com Escorel e Teixeira (2008), uma estratégia de se antecipar às pressões e mobilizações da classe trabalhadora, concretizada através das greves na década de 1930.

⁶ Em julho de 1953 é criado o ministério da Saúde, durante o governo de Getúlio Vargas. (Escorel e Teixeira, 2008)

ineficiência do ministério da saúde. No entanto, o governo ditatorial não explicitava que menos de 2% do produto interno bruto (PIB) era investido na saúde pública.

O financiamento da política de saúde ampliava a dependência econômica dos municípios e dos estados, que dependiam cada vez mais do Governo federal para o repasse para poder executar as suas ações.

Através das análises supracitadas podemos observar claramente que o sistema de atenção estatal à saúde era caracterizado pela preponderância da lógica do modelo da previdência social sobre o Ministério da Saúde e que nesse momento não havia o cuidado paliativo através da prevenção das enfermidades. O cuidado em saúde era caracterizado como curativo, tendo no hospital a sua principal forma de cuidado do processo de doença já instalado. (Escorel, 2008)

Sobre este período, Bravo apresenta que a imposição da lógica da “medicalização da vida social” na saúde pública e previdenciária. A forma de gestar os cuidados inerentes à vida gerava altos lucros para os grandes conglomerados da indústria farmacêutica que vendia mais medicamentos para a população. Cabe ressaltar que este processo foi propiciado pelo Estado, que ao não prover os cuidados preventivos em saúde forçava os pacientes a comprarem a medicação fabricada pela indústria farmacêutica para terem sua saúde restabelecida.

As dificuldades que se expressavam no plano social, político e econômico propiciaram uma série de questionamentos relacionados à origem e aos fundamentos da ditadura pela população. Este processo se expôs no cenário nacional a partir de 1966⁷. Sua maior motivação estava centralizada no descontentamento de diversos setores da população e de membros da sociedade civil, que passavam a fazer manifestações nas ruas. Uma das manifestações que obteve maior rebatimento e importância para a mobilização social foi a morte do estudante Edson Luís, morto pela polícia militar no centro do Rio de Janeiro durante uma passeata que protestava contra os elevados preços cobrados no restaurante universitário denominado “calabouço”. Após a morte desse aluno, a participação popular cresceu exponencialmente, fazendo com que intelectuais estudantes políticos e outros setores da sociedade civil aprofundassem a luta contra o sistema.

⁷ De acordo com Boris Fausto (2006), a oposição a ditadura se rearticulava a partir de 1966, englobando muitos membros da hierarquia que eram contra o regime, aproximando pessoas com divergências políticas, como era o caso de Jango e Juscelino e proporcionando maior mobilização estudantil contra a ditadura militar. Em 1967, surge no cenário brasileiro a Ação de Libertação Nacional, fundada por Carlos Marighela.

Após esta morte, se reuniram aproximadamente cem mil pessoas no Centro da Cidade do Rio de Janeiro⁸ que questionavam as mortes que aconteciam durante a tortura e se mobilizavam para lutar contra o fim do regime autocrático burguês. É neste momento de efervescência cultural e de questionamento da ordem que surgirá o movimento de Reforma Sanitária, considerado o movimento precursor dos ideais presentes no Sistema Único de Saúde, da forma que conhecemos hoje.

1.2 - O Movimento de Reforma Sanitária frente a repressão ditatorial: em busca da universalização do acesso a saúde pública.

De acordo com Escorel (2008), surge durante o período mais repressivo da ditadura militar um movimento social que contestaria a forma de abordagem da saúde, propondo uma análise mais ampla acerca da relação presente no processo saúde-doença. Este movimento, embora tenha surgido há mais de quarenta anos apresenta contribuições pertinentes e aplicáveis até os dias de hoje. A este movimento em especial pode ser atribuído o processo de construção, consolidação e manutenção do Sistema Único de Saúde. No entanto, se pensamos que suas contribuições se restringiram somente a órbita do provimento da saúde estaremos tendo uma visão equivocada sobre este movimento que também contribuiu junto com outros segmentos sociais para o processo de redemocratização brasileiro.

Para apreender melhor o movimento e possibilitar uma análise mais completa que tenha como foco a importância dele para a construção do Sistema Único de saúde, será necessário fazer uma apresentação sobre as características gerais do movimento da reforma sanitária de forma mais aprofundada.

O movimento de reforma sanitária brasileiro, surge durante o governo do ditador Ernesto Geisel apresentando a sociedade brasileira uma nova forma de pensar a saúde, propiciada pela

⁸ De acordo com Boris Fausto (2006) a Passeata dos Cem mil pode ser considerada uma forma de mobilização social, na qual estavam presentes o movimento estudantil, frações da Igreja e da classe média. Estes segmentos sociais se uniram nesta passeata com o objetivo de lutar pela democratização e para protestar contra a morte de Edson Luís e de outros estudantes que foram mortos ou que desapareceram durante o período da ditadura militar.

Transformação ocorrida durante a conjuntura do governo Geisel não foi caracterizada por uma substituição do modelo de atenção à saúde, mas por uma mudança na arena política da saúde. Surgiu no cenário um movimento, um novo pensamento que, em seu processo de articulação, foi se conformando com um novo ator coletivo, uma nova força política. (SCOREL, 2008, p.406)

A partir desse momento, alterava-se a forma de abordagem teórica e ideológica na concepção da doença. Os aspectos históricos-estruturais da saúde⁹ começariam a ser analisados, considerando a dimensão de totalidade na qual o indivíduo estava inserido, o que conseqüentemente levaria ao conhecimento relacionado a outras determinações inerentes ao processo saúde-doença.

Scorel(2008) apresenta que este processo começou com a alteração dos aspectos históricos-estruturais da saúde, fruto de uma reforma universitária que aconteceu em 1968, tornando obrigatório a implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva (DPMs). Os DPMs podem ser considerados uma forma de expansão da ideologia norte-americana relacionada à medicina preventivista¹⁰. O discurso preventivista foi apropriado pela prática médica. No entanto, a própria experiência oriunda dos DPMs propiciou maior contato dos médicos, pesquisadores, alunos e professores com as outras determinações da doença fazendo com que cada vez mais o discurso norte-americano fosse questionado. As ciências sociais se somavam a aplicação das ciências biomédicas, os programas de medicina comunitária passavam a solicitar a participação popular.

A partir da articulação entre ciências médicas e ciências sociais, é possibilitado um olhar mais profundo acerca dos aspectos relacionados não somente a saúde, mas sim a elevação do questionamento social e a ampliação do seu campo de análise. As “verdades prontas” passaram a ser questionadas com argumentos mais profundos, fortalecendo e fundamentando melhor o processo de luta e de

⁹ Scorel (2008) define em uma nota de rodapé o significado da abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde da seguinte forma: “significa a adoção da teoria do materialismo histórico e dialético, do marxismo, para analisar o processo de saúde e adoecimento numa determinada sociedade. Isso envolve considerar a determinação da infra-estrutura econômica na distribuição desigual das doenças entre as classes sociais.” (p.394)

¹⁰ De acordo com a autora, esta proposta estava articulava a uma postura investigativa profissional sem alterar a forma liberal de se tratar a doença.

mobilização dos usuários e da população, tornando este momento mais democrático em um período onde não havia democracia. Analiso que o governo ao criar a obrigatoriedade dos departamentos de medicina preventiva em todas as faculdades de medicina não previa que dentro dos departamentos surgisse um movimento questionador da ditadura e da forma que a política de saúde era conduzida naquele momento. Através das críticas e contribuições dos médicos, alunos e professores que desenvolviam atividades neste espaço começam uma nova forma de pensar a saúde que emerge junto com o movimento da Reforma Sanitária.

O movimento de Reforma Sanitária teve seu amadurecimento de forma gradativa. Contudo, observaremos que suas contribuições apresentariam análises que conduziram a profundas mudanças, expressas na reforma da própria política de saúde. Para Escorel (2008) o movimento sanitário apresentou no decorrer deste processo três vertentes principais. A primeira constituída pelo movimento estudantil e pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde¹¹, a segunda composta pelos movimentos dos médicos residentes e de Renovação Médica e a última por profissionais das áreas de docência e pesquisa. Cada uma apresentava uma função que se articulava com as demais, a primeira vertente liderou os debates em torno da saúde comunitária, uma vez que não era tão perseguido. A segunda significava uma atuação política nos espaços de trabalho, atuando diretamente com os usuários dos serviços de saúde. E a terceira ficou responsável pela estruturação do movimento sanitário na academia. Observaremos ao analisarmos a influência deste movimento para a saúde, que todos estes momentos foram importantes, mas se ele não estivesse ancorado em bases teóricas fortes e afastados das reivindicações das camadas populares, possivelmente os seus ideais não seriam inseridos no corpo da Carta Magna do país.

A partir do nível do comprometimento social e da aproximação com outras áreas do conhecimento, como foi o caso da interlocução com as ciências sociais expressas nas diversas bibliografias sobre o tema¹², que o movimento de reforma

¹¹ De acordo com o ESCOREL (2008,p.407), o Cebes significou a criação e manutenção de um órgão de difusão (a revista Saúde em Debate), de representação na sociedade, de estudo e de articulação com outros movimentos sociais.

¹² Dentre elas Bravo (2007) e Escorel (2008).

sanitária se articulava com outros setores sociais ¹³ e com as camadas populares. Estes setores coletivamente lutavam contra toda forma de arbitrariedades e incoerências do sistema, dentre elas: o direito ao silêncio, o aprofundamento das péssimas condições de vida da população, a falta de democracia, a tortura praticada contra os que eram considerados subversivos ao sistema. Bravo (2007) apresenta que neste momento até os setores nacionais que apoiavam a ditadura se voltaram contra ela, por não terem tido o mesmo grau de participação que as empresas internacionais no produto do “milagre econômico” brasileiro. Este processo levaria o governo a começar o processo de abertura política que trataremos no próximo tópico.

1.3 – Fim da Ditadura: as características de um processo que tem como atores os movimentos sociais e um pensamento que alteraria a função Estado na condução da política pública.

A pressão que emanava dos movimentos sociais, fruto do descontentamento e da ampliação da percepção da maioria da população brasileira com o regime ditatorial, fez com que os militares se vissem pressionados a iniciarem o processo de abertura política iniciado por Geisel, em 1973. A forma de abertura classificada por Geisel como “lenta, gradual e segura” chegaria ao fim em 1965. No entanto o período de dez anos que compreende a anúncio do processo de reabertura política e o fim da ditadura militar não pode ser visto de maneira simplificada.

Nem mesmo todo o aparelho repressivo do Estado utilizado para impedir toda e qualquer forma de manifestação considerada subversiva pela ditadura conseguia segurar as críticas crescentes da oposição do sistema que cada vez mais contava com a participação dos movimentos sociais durante as manifestações, exigindo que o governo alterasse a forma de se relacionar com as manifestações sociais que questionavam as bases dos governos ditatoriais. (Netto, 2009)

¹³ Bravo (2007) salienta que a partir de 1969, a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Associação Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), a criação de outros movimentos, como: o Movimento Feminino pela Anistia e até mesmo a própria Igreja Católica participaram deste momento e contribuíram para o início deste processo.

A pressão e mobilização dos movimentos sociais, se intensificavam, exigindo o processo de abertura política, fazendo que o governo ditatorial criasse uma equipe composta por estrategistas, com o objetivo de conter a oposição que emanava da elite e das classes populares contra o governo militar. Esta equipe teria a função de garantir a manutenção da ordem e dos interesses¹⁴ burgueses alcançados pela ditadura militar durante o período ditatorial.

Em linhas gerais, o governo procurava garantir que a população continuasse vivenciando a manutenção das expressões da questão social, a ausência do direito político e a retirada do Estado na qualidade de provedor das políticas sociais. Para o capital continuaria sendo garantido o crescimento dos lucros das grandes empresas multinacionais, especialmente das empresas ligadas à indústria de bens-de-consumo duráveis.

No entanto, esta equipe estrategista encontrou no movimento operário e nos outros movimentos sociais uma forma de resistência que levaria ao processo de reabertura política e que à custa de muita luta conseguiria garantir a alteração da concepção do direito na sociedade brasileira, a partir da Constituição de 1988. (Fausto, 2006).

Durante o processo de reabertura política, o movimento de reforma sanitária participava ativamente dos processos que culminariam no fim da ditadura. Uma destas formas de participação aconteceu durante a mobilização social em torno das “Diretas, já”¹⁵. Paralelamente a luta pelo processo de reabertura política este movimento se organizava buscando o fortalecimento dos setores das camadas populares proporcionando maior democratização do processo de construção da política de saúde.

Temos na intensificação das lutas sociais, no aprofundamento de uma crise econômica¹⁶, expresso através do fim “milagre brasileiro”, no aprofundamento do

¹⁴ Dentre eles: expansão da abertura do mercado nacional para as multinacionais e início da privatização.

¹⁵ O movimento das “Diretas já” foi um movimento oriundo da sociedade civil que tinha por objetivo reivindicar que as eleições presidenciais voltassem a ser diretas, ou seja, que a eleição para presidente voltasse a ser fruto da escolha do povo, através do direito ao voto.

¹⁶ Referência à primeira crise do Petróleo, que aconteceu durante o período Médici. Esta crise apresentou impactos no Brasil, uma vez que o país importava mais de 80% do seu consumo. Para resolver o problema o Governo lança o II Plano Nacional de Desenvolvimento, com o objetivo de

processo de pauperização¹⁷, na ausência de direitos sociais, nas altas taxas de inflação, no arrocho salarial, na queda do poder aquisitivo do salário mínimo, na predominância dos debates de esquerda, em especial os que ocorriam no bojo das universidades e no descontentamento dos setores que antes apoiaram o regime os elementos suficientes que levarão ao fim da ditadura e garantirão que a participação popular seja garantida durante o processo de redemocratização e de “reabertura política”.

Uma das formas de conclamar a participação popular durante o período que compreende o fim da ditadura, o processo de reabertura política e a inserção da população na construção dos direitos em saúde pode ser considerada 8^a Conferência Nacional de Saúde¹⁸, que caracteriza a mudança da forma de tratamento do Estado com a relação à política de saúde, inserindo em 1988, em texto constitucional o direito a saúde tendo o Estado como seu principal provedor. Esta conferência foi a primeira a conclamar a participação popular para a construção de um princípio que balizaria o direito a saúde na sociedade brasileira. Durante a 8^a Conferência Nacional de Saúde, foram elaborados documentos que indicavam que “o princípio da saúde é um direito de todos e dever do Estado” (Escorel, 2008,p.425). Estes documentos foram aprimorados, servindo de diretriz para o sistema Nacional de Saúde, após o período de transição democrática, salientando a importância do provimento da saúde ser garantido mediante política pública estatal.

completar o processo de substituição de importações. O objetivo não era deixar de importar bens de consumos, mas sim criar autonomia no que tangenciava os produtos básicos necessários a indústria do capital. É criada neste momento a hidrelétrica de Itaipu e o avanço das pesquisas na área do petróleo e nuclear. (Fausto, 2006,p.273)

¹⁷ Iamamoto e Carvalho (2008) associa este processo com o crescente contingente da classe trabalhadora urbana, engrossado com a expansão industrial, como elemento necessário à garantia dos níveis de produtividade do trabalho.

¹⁸De acordo com Lima, Machado e Noronha (2008), participaram da 8^a Conferência de Saúde mais de quatro mil pessoas e pela primeira vez uma conferência contou com a participação popular através das organizações da sociedade civil de todo país, na qualidade de delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do centro brasileiro de Estudos Sociais (Cebes) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em saúde coletiva (Abrasco) (p.436). Escorel (2008) acrescenta que esta conferência pode ser considerada um divisor de águas na inserção da política de saúde e da construção do que conhecemos hoje por Sistema Único de Saúde. O modelo criado por ela no que tangencia o formato das Conferências é o que predomina até o momento. Não se limitou somente ao acontecimento da conferência, ela abarcou o período da pré-conferência e as discussões específicas sobre as áreas temáticas, entre elas a “ questão saúde da mulher, criança, índios e trabalhadores”. Uma das principais conquistas deste momento foi o decreto que criou os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), cujo objetivo era a descentralização da política, transferindo os serviços de saúde para os estados e municípios (p.429).

A seguir, observaremos como se organizou a luta do movimento de reforma sanitária para a garantia do direito a saúde durante o processo de reabertura política brasileira.

1.4 – A luta do Movimento de Reforma Sanitária pela garantia da inserção da concepção ampliada de saúde e a proposta de obrigatoriedade do acesso universal como direito.

O presidente Tancredo Neves é eleito em 1985 e deveria assumir o poder em 14 de março do mesmo ano. No entanto, devido ao seu processo de adoecimento e óbito, José Sarney, seu vice-presidente, assume o cargo em seu lugar. Este período foi intitulado pelo então presidente como: Nova República.

Ao analisarmos este período, observaremos que ele apresenta contradições no cenário político e no tratamento do Estado com as políticas sociais. Na esfera política, pôs fim à clandestinidade de partidos políticos, permitiu o processo de abertura das eleições para governadores, deputados estaduais, federais e senadores. No entanto manteve um dos principais organismos criados durante a ditadura, o Sistema Nacional de Informações (SNI)¹⁹. No que tangencia as condições de vida da população naquele momento, aconteceu o que Couto (2006), denominou de “ampliação do estoque da pobreza” devido a exponencial concentração de renda e do aumento da parcela da população que demandava pelas políticas sociais. A inflação também era um dos principais problemas da economia brasileira, e para contê-la foi lançado o plano Cruzado, que somente nos primeiros anos apresentou uma melhora sensível na qualidade de vida da população, retomando o quadro de pobreza após as medidas de caráter econômico (Couto, 2006).

¹⁹ O SNI é caracterizado pelo autor Boris Fausto como um “passo importante no controle dos cidadãos”. Tendo o mesmo representado na prática um instrumento de poder tão forte quanto o Poder Executivo. (Fausto, 2006, p.259).

Os direitos garantidos na Constituição representam a vitória da luta dos movimentos sociais contra os grandes setores ligados ao capital²⁰ durante a constituinte. De acordo com Couto (2006), esta constituição foi a que mais apresentou espaços para o “contraditório”, uma vez que durante o seu processo havia uma disputa entre os partidos de esquerda, comprometidos com a reforma social e as propostas apresentadas pelos partidos conservadores, que tinham por objetivo a manutenção da ordem vigente.

Durante este processo as lutas eram travadas pela garantia do direito no texto constitucional e sua aplicabilidade. No entanto, o governo não sabia de que maneira iria materializar este direito, uma vez que as empresas internacionais desejavam a ausência do papel do Estado no provimento das necessidades sociais e clamavam que o mesmo fornecesse ao capital uma estrutura capaz de ampliar e expandir exponencialmente seus lucros. Dessa forma não seria funcional ao sistema capitalista se a política social fosse gestada pelo Estado garantindo o acesso universal a todos. Na área da saúde, os interesses da reforma sanitária e dos setores ligados a mercantilização da saúde eram apresentados da seguinte forma:

os interesses da saúde se dividiram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a aliança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de indústrias farmacêuticas (multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde, na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor (BRAVO,2006, p.92)

Bravo a partir de Teixeira (1998), apresenta que os ideais da reforma sanitária foram inseridos na Constituição devido ao somatório de três fatores: a capacidade técnica de formular antecipadamente os projetos de forma clara e consistente, a pressão constante sobre os senadores constituintes e a mobilização da sociedade em torno do processo Constitucional.

Sendo assim, estava presente na Constituição Federal da República Federativa do Brasil (CF), um capítulo que falaria especificamente sobre a seguridade social, composto por um tripé baseado na política de saúde, previdência e assistência.

²⁰ Dentre eles a indústria farmacêutica e os planos de saúde que começaram a surgir desde a ditadura militar.

As principais características da seguridade social no Brasil e a forma de condução que o aparelho Estatal as conduziu serão o objeto de análise a ser apresentado no próximo tópico.

1.5 - As conquistas Constitucionais frente ao ataque da política neoliberal²¹.

A nova Constituição do Brasil, denominada por Ulysses Guimarães de “Constituição Cidadã”, fora promulgada em outubro de 1988. Suas principais características são o avanço na perspectiva dos direitos civis, políticos e sociais²².

A ampliação dos direitos sociais é expressa através da inserção do capítulo da seguridade social na Constituição de 1988. Definida no art. 194 a seguridade social passa a ser considerada “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).

A seguridade social é formada por três pilares, são eles: a saúde, a previdência e a assistência. No artigo 196 da Constituição Federal, está disposto que o direito a saúde é garantido a todos e é dever do Estado; o artigo 201 assinala que o acesso da previdência social²³ apresenta caráter contributivo e filiatório²⁴. Por

²¹ De acordo com Behring e Boschetti (2010) apud Anderson é possível apreender que o neoliberalismo emerge após a segunda guerra mundial, questionando teoricamente as bases que legitimavam o Estado intervencionista e de Bem Estar Social. De acordo com os neoliberais o Estado não deve intervir na regulação comercial tampouco no mercado financeiro. Dentre as medidas neoliberais estão preconizadas a retirada do papel do Estado nos gastos com políticas sociais e a criação de reformas fiscais, cujo objetivo é a redução de impostos para quem apresentar grandes rendimentos.

²² Para esta monografia, priorizarei a análise dos aspectos sociais. No entanto, não poderei deixar de citar algumas das principais mudanças: na órbita civil, a garantia da igualdade de todos perante a lei, igualdade entre homens e mulheres, o fim da tortura e a tratamentos degradantes; na órbita dos direitos políticos, a expansão do voto para analfabetos, a flexibilização de partidos políticos, a liberdade de imprensa e o debate político como regra durante as eleições.

²³ “As reformas feitas na previdência em 1998 e 2003 introduziram critérios que focalizaram ainda mais os direitos da população, restringindo direitos e reduzindo o valor de benefícios. (Behring e Boschetti,2006, p.161)

²⁴ O caráter filiatório está relacionado a filiação do trabalhador a previdência através da lógica contributivista, mediado pela inserção desse trabalhador ao mercado de trabalho.

fim o artigo 203 garante o acesso à assistência social²⁵ aos que dela precisarem, independentemente da contribuição às demais políticas de seguridade.

A análise do texto constitucional nos permite concordar com Ulysses Guimarães que a Constituição de 1988 é uma constituição cidadã, pois é fruto da luta dos movimentos sociais brasileiros na década de 1980. No entanto torna-se imprescindível lembrar que ela foi construída em um momento histórico permeado pela forte influência norte americana, que apresentava uma lógica incompatível com os direitos preconizados na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

De acordo com Couto (2006),

A Constituição de 1988 foi promulgada em uma realidade onde os compromissos do país do ponto de vista econômico estavam em sentido contrário as suas determinações. Se o texto impõe um Estado responsável pelas políticas da seguridade social, os compromissos indicam a saída do Estado desse campo. (p.186)

Ao analisarmos o fragmento supracitado é possível observar que a Constituição Federal foi elaborada em um período caracterizado pela disputa de interesses contraditórios, na qual estavam expressos os interesses da burguesia nacional e internacional para a ampliação dos seus lucros e do outro lado, lutando para a efetivação e ampliação dos direitos sociais e classe trabalhadora.

A influência norte americana na forma de condução das políticas sociais na órbita estatal ficará mais explícita na proporção que analisarmos as diretrizes da política neoliberal para as políticas sociais e para as condições econômicas²⁶

²⁵ De acordo com Behring e Boschetti (2006,p.161) , “ a assistência social é a política que mais vem sofrendo para se materializar como política pública e para superar algumas características históricas:como morosidade na sua regulamentação como direito, a Lei Orgânica da Assistência só foi sancionada em 1993 e efetivada a partir de1995; redução e residualidade na abrangência, visto que os programas só atingem entre 15 e 25% da população que deveria ter acesso aos direitos; manutenção e mesmo reforço do caráter filantrópico, com forte presença de entidades privadas na condução de diversos serviços, sobretudo os dirigidos a pessoas idosas e com deficiência, e apelo a questões clientelistas.

²⁶ As expressões da questão social se apresentavam de forma aguda, havia a herança do endividamento externo fruto do produto da ditadura, aprofundamento do processo de privatização das empresas nacionais (parte do receituário neoliberal), retomada do crescimento da inflação, minimização dos gastos com a área social, alinhamento com organizações internacionais.

vivenciadas pela população brasileira no final da década de 1980 e início da década de 1990.

A partir dos estudos elaborados por Couto (2006), observaremos que durante a construção da Constituição de 1988 o Brasil fez acordos²⁷ com instituições financeiras internacionais, dentre elas o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, por meio das medidas do Consenso de Washington as medidas de caráter neoliberal começaram a ser implementadas abertamente no Brasil.

Para poder explicar melhor o que preconizavam as medidas neoliberais, torna-se essencial fazer um resgate sobre o significado do Consenso de Washington. Esta análise será feita a partir de Fiori(1996)²⁸, ao considerar que este consenso diz respeito à visão norte-americana dos principais centros do “tesouro americano” sobre a forma de condução da política econômica em todo mundo, em especial, nos países considerados de “terceiro mundo”, ou seja, dos países considerados pelos americanos como subdesenvolvidos. Para que estas instituições ligadas ao tesouro norte-americano concedessem empréstimos para os países subdesenvolvidos era necessário que os países que solicitavam os empréstimos aderissem à política de orientação neoliberal, onde as funções do aparelho estatal deveriam estar ligadas a ampliação e expansão do capital em detrimento da garantia dos direitos sociais.

Para as políticas sociais, a política neoliberal expressaria a ratificação do comprometimento do Estado com a burguesia nacional e internacional em detrimento do comprometimento do Estado com condução das políticas sociais²⁹.

Esta afirmação pode ser ratificada ao analisarmos a disputa eleitoral, que aconteceu em 1989, que apresentava planos ideológicos distintos entre duas

²⁷ Estes acordos foram feitos devido ao endividamento externo do Brasil e a necessidade do país efetuar mais empréstimos. Se as medidas neoliberais não fossem adotadas pelo Brasil, ele não seria beneficiado com os empréstimos do tesouro norte-americano. (Couto)

²⁸ Parte de uma palestra proferida por este José Luis Fiori transcrita e disponível em: <<http://educacaoambiental.pro.br>>

²⁹ Cabe ressaltar que o compromisso do Estado com a classe que detém o capital não é uma característica do neoliberalismo e sim uma característica presente na sociedade brasileira. Assim como já foi analisado neste capítulo, durante a ditadura militar o Estado assumiu seu compromisso com a burguesia nacional e internacional. No entanto, durante o neoliberalismo este compromisso apresenta uma outra roupagem que será apresentada durante o desenvolvimento do capítulo.

classes: a burguesia e o proletariado. O resultado desta eleição foi a ascensão de Fernando Collor a presidência da república. Embora de acordo com os membros da burguesia ele não representasse o candidato ideal, ele era o unido a apresentar em seu discurso a insatisfação com as conquistas constitucionais. E foi por causa desse discurso que Fernando Collor venceu as eleições disputadas contra Luís Inácio Lula da Silva. Para Behring e Boschetti (2006),

os diagnósticos dos projetos eram radicalmente diferentes nas candidaturas de Lula e Collor, que chegaram ao segundo turno do pleito, expressando as tensões entre as classes sociais e segmentos de classe ao longo dos anos 1980. Pragmaticamente, as elites depositaram, no segundo turno e um tanto a contragosto, a confiança em Fernando Collor de Mello. Afinal, seu discurso era também o dos setores insatisfeitos com a Carta Constitucional e que já preconizavam após o plano Cruzado, a guinada rumo ao ajuste neoliberal. (2006,p.142)

Com a eleição de Collor em 1989, podemos começar a falar do início do processo de implementação da política neoliberal que está presente até os dias de hoje. Este modelo de condução do papel estatal em moldes abertamente norte-americanos, traz como conseqüência: o desmonte das políticas da seguridade social, através das reformas do aparelho estatal³⁰, representadas através da desestruturação dos sistemas de proteção social atrelados a estruturas estatais, orientando a execução dos mesmos na órbita da iniciativa privada (Couto, 2006).

Desde o momento em que a política neoliberal começa a ser implementada no Brasil até os dias de hoje podemos observar uma alteração na operacionalização e na restrição ao acesso aos direitos constitucionais. As alterações feitas na Constituição através das “Emendas Constitucionais” ou das medidas provisórias, pelos membros do Poder Executivo, que preconizam reformas estatais que privilegiam a implementação do neoliberalismo através das privatizações, da máquina pública e a substituição da lógica do direito pelo apelo à solidariedade .

Uma das características desse período é a retomada da matriz da solidariedade, como sinônimo de voluntarismo e de passagem da

³⁰ De acordo com Behring (2008), as reformas implementadas por Collor, apresentavam um “forte enxugamento” do papel do Estado. Estas reformas estavam orientadas para a substituição do papel do Estado pelo setor privado. Estas alterações tinham o falso pretexto de implantarem o processo de modernização, para recuperar a capacidade financeira e gerencial do Estado.

responsabilidade dos programas sociais para a órbita da iniciativa privada, buscando afastar o Estado de sua responsabilidade central, conforme a Constituição de 1988, na garantia desses direitos. (Couto,2006,p.150)

Através dos argumentos acima apresentados é evidente que a lógica neoliberal conflitaria com as diretrizes da política de seguridade social brasileira. Esta incompatibilidade se expressa na forma pela qual o Estado passa a garantir o acesso aos direitos sociais. Embora o direito esteja garantido em lei, o acesso a ele passa a ser mediado pelos critérios que apresentam o caráter seletivo e distributivo³¹, fazendo com que o acesso a determinadas políticas sociais só seja concedido a segmentos sociais que apresentarem as condições estipuladas pelos gestores daquela política, excluindo os demais usuários que teriam que acessar este direito, caso não existisse o critério de seletividade nas políticas sociais fruto do neoliberalismo. (Behring e Boschetti, 2010).

Todas as políticas sociais que constituem o tripé da seguridade social apresentam algum impacto relacionado a implementação da política neoliberal. De acordo com a Constituição, o acesso a política previdenciária é mediado pela lógica contributiva, e o acesso a política de assistência é concedido a todos que dela precisarem. No entanto a concepção de universalidade da saúde se distingue dos demais modelos porque na lei o acesso a saúde é concedido a todos. Embora o seu acesso seja dificultado devido ao insuficiente repasse de verbas para o provimento de atividades em saúde e da excessiva responsabilidade administrativa atribuída aos municípios durante o processo de implementação da política neoliberal.

A conquista do direito a saúde e da sua manutenção em texto constitucional é produto da luta do movimento da reforma sanitária em conjunto com a população brasileira que permitiu que dentre as políticas presentes no capítulo da seguridade a saúde fosse a primeira a ter uma lei para regulamentá-la³², estabelecendo suas normas e diretrizes.

³¹ De acordo com Behring e Boschetti (2010), a seletividade e a distributividade apontam para a possibilidade de instituir benefício cuja base de orientação é a “discriminação positiva”. Concedendo o direito aos que mais precisam dele naquele momento. De acordo com as autoras, estes critérios não são específicos da política assistencial, eles também estão presentes na política de saúde, apresentando uma tensão com os princípios da universalidade.

³² Embora as reformas alterem os princípios e as diretrizes da política de seguridade, devemos saber que elas ainda continuam inseridas na Carta Magna do país. Por mais que estejam sucateadas ou desmanteladas. Ainda resiste o aparato da lei que nos permite lutar na direção do acesso e da

Para finalizar este capítulo gostaria de sinalizar a importância dos movimentos sociais para a manutenção e ampliação do direito ao acesso às políticas sociais pelos usuários de todas as políticas da seguridade social, inclusive da política de saúde.

O somatório da luta dos segmentos sociais envolvidos na luta pela garantia do direito a saúde foi o processo que possibilitou o surgimento do Sistema Único de Saúde, também conhecido como SUS. Para ter uma noção da importância dele para a sociedade brasileira, bastaria dizer que ele é o instrumento que regula e complementa e normatiza o significado e a implementação da política de saúde em todo território nacional. No entanto, ele consegue representar algo ainda maior, pois embora sofra os rebatimentos da política neoliberal, ainda consegue criar junto com os demais setores das camadas populares estratégias que façam com que ele seja considerado um símbolo de resistência e de garantia de direitos universais.

Dentre estas formas de consolidação e de garantia dos direitos a saúde, destaco o programa de saúde da família e o núcleo de atendimento da saúde da família, que serão abordados nos capítulos 2 e 3, respectivamente.

consolidação dos direitos. Lembremos que a Reforma Sanitária emergiu na sociedade brasileira em um dos momentos mais repressivos da ditadura militar. Então por mais que este cenário esteja tensionado por interesses distintos e contraditórios, não devemos perder o horizonte da luta coletiva através da articulação com outros movimentos sociais, buscando uma forma de resistência ao desmonte das políticas sociais. Salientando a importância da luta pela ampliação e consolidação dos direitos sociais.

CAPÍTULO II

A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA COMO FORMA DE CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

A luta do Movimento de Reforma Sanitária somada aos demais movimentos sociais e aos segmentos populares pressionaram o regime ditatorial até que este decretasse seu fim e começasse o processo de reabertura política.

Assim como já foi dito no primeiro capítulo antes do processo de reabertura política, os movimentos sociais já se organizavam para contestar o regime e, posteriormente para a construção de uma nova Constituição. Processo este que culminaria na promulgação da Constituição de 1988, sendo considerada a Constituição Cidadã, garantindo no corpo do seu texto a inserção da seguridade social, através da política de saúde, previdência social e assistência social. Dentre essas três políticas setoriais a política de Saúde foi a primeira a ter uma lei para regulamentá-la, através da construção da Lei 8.080. O principal exemplo de organização popular que garantiu a inserção do direito a saúde foi a participação do movimento de reforma sanitária, que a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde iniciou o seu processo de elaboração dos princípios da saúde que seria materializado posteriormente nas diretrizes do Sistema Único de Saúde, ratificando o direito universal a saúde a toda população de forma gratuita, tendo o seu provimento garantido mediante o papel Estatal.

A construção do primeiro subtítulo do Capítulo 2 propiciou a caracterização do Sistema Único de Saúde, o segundo subtítulo abordou a forma que o acesso a saúde é concedido a população através dos níveis de atenção em saúde, expressos na alta complexidade, média complexidade e baixa complexidade, ou atenção básica. Este último nível de complexidade citado, será desenvolvido e analisado a partir do terceiro subcapítulo densa por ser o nível de atenção fundamental para a construção desta monografia. Para isso, este subtítulo apresentará um breve

histórico da atenção básica, salientando os principais avanços e as principais dificuldades para sua implementação no Brasil. O quarto subtítulo apresentará a função do Núcleo de Apoio a Saúde da Família para o fortalecimento das ações desenvolvidas na atenção básica, em um momento histórico onde a política de saúde sofre um intenso sucateamento, fruto da redução dos investimentos sociais na órbita estatal e o excesso de responsabilização dos municípios para manterem os programas de orientação ministerial.

É tendo este objetivo que se inicia a partir de agora o Capítulo 2, caracterizando o aspecto legal que garante o acesso da população ao Sistema Único de Saúde.

2.1 - Principais características do Sistema Único de Saúde.

A mobilização em torno da sociedade permitiu conquistas no âmbito do direito a saúde. Este capítulo terá dois principais objetivos. O primeiro será apresentar ao leitor as principais leis que regulamentam este sistema e o segundo será a caracterização dos seus níveis de atenção, priorizando a análise na atenção básica cuja apresentação e apreensão conceitual é imprescindível para esta monografia. Sendo assim, comecemos a apresentação deste sistema.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo conjunto de oito leis que o regulamentam e o complementam, legislando sobre temas específicos³³. São elas: A Constituição da República Federativa do Brasil, Emenda Constitucional nº29, Lei 8.080 (19/09/1990), Lei 8.142 (20/12/1990), Norma de Operacionalização Básica (NOB) do SUS nº1/1993, Norma de Operacionalização Básica 1/1996, Norma Operacional de Assistência a Saúde 1/2002 e Pacto pela Vida.

O SUS está regulamentado a partir da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Através dele estão dispostas “as condições para promoção, proteção e recuperação

³³ Como é o caso da Norma de Operacionalização Básica 96 que dispõe sobre a atenção básica em território nacional, que será detalhada no próximo capítulo.

da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Está constituído através do conjunto de ações e serviços em saúde prestados por órgãos e Instituições públicas e federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações³⁴ mantidas pelo poder público.

É através desta lei que o direito a saúde, já presente da Constituição, é ratificado e complementado, fazendo com que o papel do Estado seja caracterizado como instância responsável pela “formulação e execução de políticas econômicas e sociais e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” em saúde. (Brasil, 1998). Assim como há uma conquista no que tangencia o conhecimento dos principais fatores determinantes e condicionantes³⁵ de saúde, expressando a concepção ampliada de saúde destacada pelo movimento da reforma sanitária.

A concepção de direito universal merece ser destacada porque é a primeira vez na história da Política de Saúde brasileira que se fala em acesso universal a saúde. Desde sua criação na Era Vargas até a Promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, o acesso a saúde era mediado pela inserção do trabalhador ao mercado de trabalho formal e sua inscrição na previdência social, concedendo o acesso a saúde somente aos que laboravam formalmente. (Escorel e Teixeira, 2008). A partir da Constituição de 1988 e da Lei 8.080/90, este sistema excludente é substituído por uma lei inclusiva, garantindo a população o acesso a saúde, independentemente de contribuição ou inserção no mercado de trabalho. O provimento das ações em saúde é prestado a população através de “instituições

³⁴ De acordo com o Projeto Fundação Estatal-Principais Aspectos, elaborado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2007), “embora não haja uma definição jurídica específica, a doutrina brasileira a define como pessoa jurídica, oriunda do direito privado, que se caracteriza pela atribuição de personalidade jurídica a um patrimônio preordenado a um fim social.” (Brasil,2007, p.06) Implantando um novo modelo gerencial, fazendo com que o Estado supervisione a ação destas fundações ao invés de assumir a totalidade do processo administrativo das mesmas. As fundações não desempenham suas atividades somente na área da saúde, mas também “na assistência social, cultura, desporto, ciência tecnologia, meio-ambiente, previdência complementar, comunicação social e promoção do turismo nacional.” (Brasil, 2007,p.05 Proposta fundações)

³⁵ De acordo como 3 ° artigo do SUS, são eles: 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.

públicas, federais e municipais, delegando a participação da iniciativa privada³⁶ em caráter complementar”.

Este artigo deixa uma lacuna para o processo de privatização de saúde e para a mercantilização da saúde, fruto da implementação do receituário neoliberal, promovendo o desmonte das políticas públicas de saúde, deixando espaços para a entrada de empresas que deveriam executar o papel do Estado. (Correia,2011).

Atualmente a iniciativa privada se encontra inserida no aparelho estatal através das Fundações de Saúde e Organizações de Saúde, em especial através da série de reformas gerenciais que vem acontecendo nos hospitais universitários federais através do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais.

Estas reformas em curso desde a década de 90, tem o objetivo de delegar a iniciativa privada a responsabilidade de gerenciar e executar os serviços que deveriam ser feitos na órbita do aparelho Estatal, contribuindo para “uma tendência crescente de repasse do fundo público para o setor privado”.(Correia, 2011,p.43)

O instrumento de governo utilizado para dar início ao projeto de Fundações foi elaborado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão em 2007, através do Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos, remonta um breve histórico das fundações considerando que as mesmas apresentavam desde a sua criação no Egito, uma intrínseca ligação com a prática da solidariedade, característica presente nas atividades desempenhadas pelos seus criadores. No Brasil, acredita-se que a primeira fundação tenha surgido em 1738, criada pela burguesia nacional que tinham no seu patrimônio pessoal os recursos financeiros necessários para o desenvolvimento de atividades filantrópicas . Atualmente as fundações não apresentam uma definição que se expresse no aparato legal brasileiro. No entanto, “embora não haja uma definição jurídica para fundação, a doutrina brasileira a define como pessoa jurídica, oriunda do direito privado, que se caracteriza pela atribuição de personalidade jurídica a um patrimônio preordenado a um fim social.” (Brasil,2007,p.06).

³⁶De acordo com o 20º artigo os serviços privados de assistência à saúde são caracterizados pela atuação, por iniciativa, própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Por mais que este documento apresente que as fundações compõem um novo modelo gerencial do Sistema Único de Saúde, é possível observar as mesmas reforçam o ideário neoliberal. O que acontece a partir da década de 1990 com a atribuição de um novo significado às fundações pelo poder estatal, reinsserindo as fundações no cenário brasileiro a partir da década de 1990, promovendo o acesso ao direito a saúde para a população. Neste contexto, estas instituições têm no financiamento do aparelho estatal o principal instrumento de transferência de recursos da esfera pública para a órbita privada. Podemos observar que o este processo é legitimado pelo aparelho estatal, promovendo a execução e administração por terceiros das principais instituições de saúde brasileiras, iniciando o processo de privatização da saúde. Para Correia (2011)

O processo de privatização via terceiros da gestão e dos serviços públicos, através das OSs³⁷, OSCIPs³⁸ e das Fundações Estatais de direito privado, se dá nas áreas em que se localizam as políticas públicas-Saúde, incluindo os Hospitais Universitários, Assistência Social, Cultura, Desporto, Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, Previdência Complementar do Servidor Público, Comunicação Social, e promoção do Turismo entre outras. Setores através dos quais o Estado viabiliza (ou inviabiliza) os direitos sociais garantidos legalmente através de serviços sociais públicos. Portanto a privatização dos mesmos constitui-se uma grande ameaça à garantia destes direitos.(p.45)

Com o mercado privado assumindo algumas atividades que deveriam ser desempenhadas pelo poder público, podemos observar que as políticas sociais públicas estão sendo fortemente ameaçadas. No entanto, ao mesmo passo que a lei abre uma lacuna que permite a entrada gradativa do processo de privatização, observaremos que na mesma lei também está presente uma alternativa de união entre os municípios, que poderão desenvolver atividades para garantir o acesso e o direito à saúde.

De com o 10º artigo, os municípios poderão se unir, constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes

³⁷ Correia (2011) apresenta que as Organizações sociais qualificam pessoas jurídicas em direito privado, sem fins lucrativos, podendo desenvolver suas atividades no ensino, pesquisa científica, e no desenvolvimento de políticas de saúde, cultura e meio ambiente.

³⁸ A sigla OSCIP significa Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e são caracterizadas pela “nova forma de transferência das funções do Estado para o setor privado, através do “termo de parceria”, de maior alcance e abrangência do que os Contratos de Gestão das OSs quanto aos seus objetivos e projeto político de terceirização e privatização de programas, atividades, ações e serviços públicos.” (Correia, 2011,p.44)

correspondam. Estes contratos poderão ser feitos entre os municípios, sempre com direção única ou através da articulação de recursos, técnicas e práticas. De acordo com o manual Saúde de A a Z (2009), os consórcios públicos são:

Pessoas jurídicas formada exclusivamente por entes da federação, na forma da lei n.11.107/2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito privado sem fins econômicos. Observados os limites constitucionais e legais, os objetivos dos consórcios públicos serão determinados pelos entes que se consorciarem, inclusive, poderão desenvolver as ações e os serviços de saúde desde que obedecidos os princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS. (p.100-101)

No tocante ao financiamento³⁹ à assistência a saúde, “fica vedada a participação de capital estrangeiro, salvo através de órgãos ligados às Nações Unidas (ONU) e entidades técnicas e financiamento e empréstimos. De acordo como artigo 31

o orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde, de acordo com sua receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, tendo em vista as metas e as prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, sendo consideradas outras fontes os demais “serviços que possam ser prestados sem prejuízo à saúde, doações, contribuições, alienação patrimonial, taxas, multas, rendas eventuais.(BRASIL,1988)

A modalidade de financiamento adotada para o repasse das verbas do governo federal aos governos estaduais e municipais é feitas através da modalidade “fundo a fundo”, permitindo que os gestores das esferas supracitadas obtenham os recursos para o desenvolvimento das suas atividades.

³⁹ O financiamento é um aspecto que merece ser salientado. Pois, é através dele que os municípios, os Estados e o Distrito Federal dispõem de condições financeiras necessárias a implementação da política de saúde. O debate que levará a apreensão das razões que contribuíram para a não efetivação do Sistema Único de Saúde assim como está disposto na lei é permeado pela redução do financiamento e pela alteração do papel do Estado no trato com as políticas públicas. Silva (2011) aponta que a partir dos anos 1990, com a reforma Estatal, vivemos o desmonte de parte do aparato do Estado e das políticas sociais, que neste momento são organizadas pelo capital financeiro. Este processo vem acompanhado de privatizações do setor público estratégico. A autora também aponta que os países considerados de terceiro mundo, são obrigados a conduzirem sua política econômica privilegiando o capital que porta juros em detrimento das políticas sociais.

Esses repasses ocorrem por meio de transferências “fundo a fundo”, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de saúde. As transferências regulares e automáticas constituem a principal modalidade de transferência de recursos federais para os estados, municípios e Distrito Federal, para financiamento das ações e serviços de saúde, contemplando as transferências “fundo a fundo” e os pagamentos diretos à prestadores de serviços e beneficiários cadastrados de acordo com os valores e condições estabelecidas em portarias do Ministério da Saúde. As transferências voluntárias são, por sua vez, entregas de recursos correntes ou de capital a outra esfera da federação para cooperação, auxílio ou assistência financeira não decorrente de determinação constitucional, legal, ou que se destine ao SUS. (Brasil, 2009,p.150)

A transferência de recursos intergovernamentais é complementada através da Lei 8.142 que acrescenta critérios imprescindíveis ao repasse de verbas, são eles: o conselho de saúde; os recursos destinados a cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, Estados e Governo Federal que somente serão repassados às demais estruturas caso elas possuam fundo de saúde;fundo de saúde, com composição paritária; o plano de saúde; o relatório de gestão e a contra partida para a saúde no respectivo orçamento.

Após o envio da verba é possível inferir a partir do primeiro parágrafo do artigo 33 do Capítulo II da lei 8.080/90, que os recursos destinados ao provimento da saúde, são depositados em contas específicas, em cada esfera de atuação e estas são movimentadas e fiscalizadas pelo Conselho de Saúde.

A Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde⁴⁰ garantem a participação social e o controle social na criação, gestão e manutenção da política de saúde. Nestes espaços as demandas sociais são apresentadas às demais esferas governamentais, fazendo com que a população participe junto com o poder público do caráter decisório do Sistema de Saúde, nas suas mais diferentes esferas.

⁴⁰ As Conferências de Saúde deverão se reunir a cada 4 anos com representantes dos vários segmentos sociais para avaliar as condições de saúde e propor diretrizes capazes de formular as diretrizes da política de saúde nos níveis correspondentes. Os Conselhos de Saúde são instâncias de participação popular que apresentam caráter deliberativo, sendo também composto por representantes do governo, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente no qual estão inclusos os aspectos econômicos, financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo.

Os recursos repassados aos Municípios, Estados e Distrito Federal para o desenvolvimento de programas e projetos obedecem a uma série de critérios de análise técnica, feitas pelas instâncias responsáveis. Para que este repasse seja efetuado, os projetos e programas deverão apresentar o perfil demográfico da região, o perfil epidemiológico da população a ser coberta, as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde, o desempenho técnico, econômico e financeiro do ano anterior, o nível de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, o plano quinquenal de investimentos na saúde e o ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. Metade dos recursos destinados aos Estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes e independentemente do processo prévio. No caso dos municípios e Estados sujeitos a intenso processo migratório, os critérios demográficos são ponderados através de outros indicadores, um deles é o número de eleitores.

A Lei orgânica da Saúde (LOS), compostas pelas leis 8.080/90 e 8.142 /90 expressa a demanda da população brasileira por uma saúde pública e de qualidade, fazendo com que muitos autores a considerem um avanço na legislação das política sociais. Uma análise deste subcapítulo nos permite observar que as lutas dos movimentos sociais, em especial as apresentadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, inseriu no aparelho legislativo brasileiro, dentre eles a Carta Magna e a LOS, a garantia de direito universal à saúde. Há a partir desse momento um avanço na política social brasileira, garantindo o acesso a saúde de forma gratuita a toda população ao invés das formas pretéritas provisão à saúde, baseada no modelo previdenciário.

Outra característica importante é a garantia da participação popular, permitindo que a política de saúde não estivesse centralizada no governo federal, como acontecia durante a ditadura. Muito pelo contrário, lutava-se cada vez mais pela descentralização político-administrativa, que pode ser caracterizada pela maior participação e autonomia dos Estados e Municípios frente ao poder do Governo Federal, evitando a centralização do poder decisório nas mãos do governo federal, como ocorria da época da ditadura. (Scorel, 2008) O processo de descentralização facilitaria o controle social feito através dos Conselhos de Saúde em todas as esferas, como já preconizava a lei 8.142/90.

Para além do conhecimento teórico acerca do aparato da legalidade que o compõe o SUS, torna-se imprescindível apreender de que maneira se organiza este sistema. Portanto, torna-se necessária a apresentação dos níveis de atenção sobre o qual o provimento da saúde é efetuado. Falaremos a partir de agora dos três modelos de atenção. Sendo eles a atenção básica, de média e de alta complexidade que serão apresentados no período a seguir.

2.2 - Níveis de atenção do SUS: estratégias para a garantia do acesso a saúde pública.

O modo nos quais estão organizados os níveis de atenção em saúde no SUS expressam o grau de complexidade, de desenvolvimento e de abrangência dos cuidados em saúde gestados por este sistema de saúde, procurando garantir o direito a saúde nas esferas correspondentes. Estes modelos estão expressos através de três níveis de atenção em saúde, são eles a atenção básica ou primária, atenção de média e atenção de alta complexidade.

Para iniciarmos este capítulo apresentarei o significado da atenção à saúde. Em seguida serão apresentados os níveis de atenção de alta e média complexidade. Posteriormente será feita uma análise detalhada da atenção básica ou primária, pois é na órbita da atenção básica que se encontra o Núcleo de Apoio da Saúde da Família, cuja importância para a promoção e desenvolvimento da saúde será objeto de estudo no terceiro capítulo desta monografia.

De acordo com o manual Saúde de A a Z , elaborado pelo Ministério da Saúde em 2009, a atenção à saúde é compreendida através do conjunto de cuidados com a saúde do ser humano ,estando incluídas ações e serviços de promoção, prevenção e reabilitação de doenças, garantindo a melhor estruturação e programação do planejamento das ações e serviços do sistema. A forma que este cuidado em saúde é prestado para a população se encontra subdividido em três níveis de atenção, são eles: a atenção básica, de média e de alta complexidade.

Começar a apresentação dos níveis de atenção através do significado da alta complexidade não significa dizer que este nível é mais importante que os demais⁴¹, mas sim tentar tornar mais fácil a apresentação da organização dos níveis de atenção entre si.

Os níveis de atenção compostos pela média e alta complexidade integram o campo da atenção especializada, de acordo com Solla e Chioro (2008) sua conceituação e delimitação é encontrada no mesmo espaço em que o seu conjunto de práticas, conhecimentos e técnicas são desenvolvidas. Os procedimentos desenvolvidos por este segmento da saúde necessitam de maior densidade tecnológica, sendo chamadas tecnologias especializadas, englobando também a produção de conhecimento teórico necessária para os profissionais desenvolverem suas atividades, garantindo desta forma um atendimento de qualidade para o usuário.

Para começar explicar a atenção especializada, começarei abordando o nível da alta complexidade, sendo caracterizada de acordo com o Manual Saúde de A a Z, pelo desenvolvimento de procedimentos que utilizam alta tecnologia e, por isso exigem um alto investimento financeiro. Um de seus objetivos é propiciar a população serviços de qualidade e integrados aos demais níveis de atenção em saúde através da organização de “redes”⁴² de assistência aos pacientes, proporcionando-lhes um cuidado integrado em saúde. Os procedimentos da alta complexidade estão na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatorial em pequena quantidade.

Atualmente observaremos que a “oferta de serviços de alta complexidade do SUS caracteriza-se pelo predomínio do setor privado contratado e dos hospitais

⁴¹ De acordo como Manual Saúde de A a Z, a organização deste sistema em níveis fomenta a sua complementação entre eles, buscando a maior estruturação e desenvolvimento de ações planejadas voltadas às ações e serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde, promovendo um atendimento adequado, de qualidade e integralizado.

⁴² A expressão “Redes” caracteriza a forma de organização do Sistema do Sistema Único de Saúde que deverá integrar todos os níveis de atenção do sistema. De acordo com Solla e Chioro (2008) “ a lógica de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento dos problemas de saúde da população de cada área, favorecendo a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.” (p.627)

universitários, sendo a lógica organização também baseada na oferta e não na necessidade epidemiológica” (Solla e Chioro, 2008, p 640). Ao mesmo tempo esta oferta encontra-se “desvinculada de linhas de cuidado, caracterizando-se pela fragmentação das ações de atenção à saúde, não havendo responsabilização pelos pacientes e sendo realizados, quase exclusivamente procedimentos selecionados.” (Solla e Chioro, 2008,p.640)

As principais características atribuídas pelos autores para o panorama atual da alta complexidade apresenta que o acesso a este nível de atenção pela população não é facilmente acessado e que atualmente não há uma interação entre os níveis de cuidado, o que dificulta um cuidado integralizado do usuário do Sistema Único de Saúde, gerando algumas características e consequências que também serão encontradas na média complexidade.

A média complexidade é criada a partir do decreto nº 4.726/2003. De acordo com este decreto, este nível de atenção é composto por ações e serviços que deverão suprir os problemas e agravos na saúde vivenciados pela população através da prática clínica que demanda disponibilidade de profissionais especializados e de recursos tecnológicos que permitam o apoio diagnóstico e terapêutico. São exemplos de procedimentos de média complexidade os procedimentos médicos, e outros profissionais de nível superior e médio, tais como: cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumatológico-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, anatomopatologia e citopatologia, próteses e órteses, anestesia, patologia clínica e ações especializadas em odontologia. (Brasil, 2003).

Além da definição da média complexidade, faz-se necessário apresentar alguns dados concretos que nos permitam uma análise mais qualificada sobre a condução e caracterização deste nível de atenção pelo Sistema Único de Saúde. Os estudos desenvolvidos por Solla e Chioro (2008) nos apresentam que a dificuldade do acesso vivenciada pela população ao atendimento neste nível de atenção tem suas raízes no financiamento e na exclusão do acesso aos que precisam. Para estes autores:

a oferta de serviços de média complexidade constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema e tem sido organizada e financiada,

historicamente, com base na lógica da oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico da população. Desta forma, a demanda termina sendo condicionada a oferta e enorme dificuldade na aquisição de serviços em função da defasagem dos valores pagos pelo SUS.

Assim, os serviços de média complexidade, em geral, caracterizam-se pela dificuldade do acesso e baixa resolutividade, superposição de ofertas de serviços nas redes⁴³ ambulatorial e hospitalar, concentração em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre as ações dos diferentes níveis de graus de complexidade de assistência. (SOLLA E CHIORO, 2008, p.639)

A partir das definições e das caracterizações dos autores podemos observar que os recursos destinados para o provimento das ações de saúde destes níveis são insuficientes. A falta de recursos dificulta o acesso dos usuários que precisam receber atenção especializada, assim como dificulta a integração entre os níveis de atenção em saúde, fazendo que o sistema não atenda as necessidades do usuário de forma integralizada. Este processo tende a se agravar quando observamos o processo de privatização paulatina da política de saúde através da entrada das Fundações e Organizações de Saúde, administrando as principais instituições do país responsáveis pelo atendimento da população a estes níveis de atenção em saúde. Sendo assim, podemos concluir que o atendimento especializado e de maior densidade tecnológica vem sofrendo um processo de sucateamento, compatível com a implementação do ideário neoliberal e incompatível com os ideais da reforma sanitária.

Ao articularmos os níveis de atenção do SUS com a contribuição do pensamento da reforma sanitária⁴⁴ observaríamos que esses níveis contemplam o cuidado do processo de adoecimento já instalado, enquanto a atenção básica abrange o nível referente ao cuidado preventivo da doença.

A atenção básica ou primária será detalhada por ser parte integrante do objeto central abordado nesta monografia. Ao apreendermos as principais características do atendimento da atenção básica observaremos sua intrínseca ligação com o Núcleo de Atendimento da saúde da Família e a forma pela qual ambos contribuem para a consolidação do Sistema Único de Saúde em um

⁴³ Neste caso, a palavra rede significa instituições nas quais são prestados os serviços deste nível de atenção para a população.

⁴⁴ Principalmente na forma de pensar o processo de saúde, considerando os aspectos econômicos e sociais que vão além do aspecto biológico presente no processo saúde-doença.

município de pequeno porte, como é o caso de São Pedro da Aldeia. Esclarecidos os motivos pelos quais a atenção básica terá uma análise privilegiada, apresentarei os aspectos legais que a integram.

Para termos uma breve idéia do significado da Atenção Básica para o Sistema Único de Saúde, poderíamos dizer que atualmente este nível de atenção é capaz de redefinir os papéis da alta e da médica complexidade (Solla e Chiro,2008). Soma-se a este dado o fato da atenção básica brasileira ser responsável por aproximadamente 80 % dos atendimentos de saúde no Brasil, servindo de modelo de atenção a saúde para países desenvolvidos economicamente. (Solla e Chiro,2008)

A seguir serão apresentadas as principais características da atenção básica ou primária. De acordo com Giovanella e Mendonça (2008),

Atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, é em geral, denominada de Atenção Primária a Saúde. (p.576)

A atual concepção da atenção primária foi feita durante a Conferência Internacional sobre atenção Primária em Saúde, realizada em 1978, em uma cidade do Cazaquistão, chamada Alma-Ata. De acordo com Giovanella e Mendonça (2008),

essa conferência coroou o processo anterior de questionamentos dos modelos verticais de intervenção da OMS⁴⁵ para o combate às endemias nos países em desenvolvimento, em especial África e na América Latina e do modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista. (p.577)

A declaração de Alma-Ata, considerou o provimento da saúde como atividade de responsabilidade governamental, ficando delegada ao Estado a responsabilidade de prover a saúde do seu povo através de medidas sanitárias e sociais que vão além do setor saúde, englobando os aspectos sociais e econômicos⁴⁶.

⁴⁵ Organização Mundial de Saúde.

⁴⁶ Ressalta-se que após a referida Declaração, continuaram sendo feitas propostas de renovação da Atenção primária ou básica. No Brasil, este processo é feito pelo movimento de Reforma Sanitária.

Esta forma de cuidado em saúde deveria obedecer aos critérios elaborados por Barbara Starfield⁴⁷ para a atenção básica, fazendo com que este nível de atendimento em saúde fosse responsável pelo primeiro contato do usuário com o sistema, feito através de instituições de saúde perto da sua residência. Outra característica seria o encaminhamento dos atendimentos feitos neste nível de atenção à atenção especializada. O cuidado desenvolvido nestas instituições deveria ser feito de maneira longitudinal, garantindo a continuidade do cuidado e a criação de uma relação entre a equipe e o paciente ao longo da vida, independentemente da doença. Para isso, seria necessário traçar o perfil da população, através da adscrição territorial da clientela. É por este motivo que os níveis de saúde deverão estar integrados, proporcionando dessa forma o cuidado a saúde do paciente integralmente. (Giovanella e Mendonça, 2008)

No Brasil, as reflexões sobre a importância da atenção básica para a política de saúde é feita pelo Movimento de Reforma Sanitária, que lutava para a reorganização dos serviços básicos de saúde no Brasil. O princípio fundamental que favoreceu a inserção da atenção primária após a consolidação do SUS foi o princípio da equidade, permitindo que os serviços fossem reestruturados garantindo que as ações básicas pudessem ser acompanhadas pelos serviços mais complexos. (Giovanella e Mendonça, 2008).

Com este objetivo é acrescentado ao aparato legislativo do Sistema Único de Saúde é criada a Norma Operacional Básica 01/1996, que além de favorecer a implementação da atenção básica no Brasil, normatiza a responsabilidade de cada ente federativo no provimento da saúde, delegando aos gestores municipais a plena responsabilidade na função de gestor de atenção à saúde dos seus municípios, ao Governo Federal e Estadual⁴⁸ fica delegada a cooperação técnica e financeira aos

⁴⁷ Bárbara Starfield é uma médica e pesquisadora norte-americana que desenvolveu a caracterização da atenção primária abrangente, definindo os principais instrumentos de abordagem deste sistema. (Giovanella e Mendonça, 2008)

⁴⁸ No que tangencia o papel do gestor municipal com o gestor estadual é possível observar que é responsabilidade do poder estadual criar condições e incentivar o poder municipal a assumir a gestão salutar dos municípios integralmente. Na relação do gestor federal com o gestor estadual e municipal observa-se que cabe ao primeiro promover e incentivar o gestor municipal a desenvolver o sistema municipal de saúde. O repasse de verbas da esfera federal e estadual para o governo municipal é feito através do Piso de Atenção Básica (PAB), sendo ele fixo e variável. O PAB fixo é estipulado pelo número de pacientes atendidos no município, sendo um valor fixo por habitante. O PAB variável é composto por incentivos das esferas de governo federal e estadual para que sejam adotados alguns programas estratégicos, dentre eles: saúde bucal e vigilância sanitária. Estes valores só são repassados se os municípios adorem estas medidas estratégicas. (Brasil, 1996).

municípios. A partir desta alteração gerencial o município assume a responsabilidade imediata do atendimento das necessidades e demandas dos munícipes além de solicitar intervenções sanitárias no seu município, na existência de condições que justificassem tais medidas. Cabe, portanto, ressaltar que a NOB01/1996 que ratifica o processo de descentralização estava em curso desde a promulgação da Constituição Federal, delegando mais responsabilidades aos municípios, proporcionando o acúmulo de funções e a maior aplicação de recursos próprios para a implementação da Política de Saúde na órbita municipal. (Monnerat, Senna e Souza,2009)⁴⁹.

O instrumento utilizado para inserir a atenção básica como principal forma de acesso e cuidado em saúde pelo aparelho estatal se consolida atualmente através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), caracterizando a atenção básica como

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012)

A importância atribuída à atenção básica à saúde no sistema de saúde brasileiro adquiriu tamanha proeminência que seu modelo é considerado “a base para um modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão” (Giovannella e Mendonça, 2008, p.575).

⁴⁹ Ressalta-se que a luta para que a gestão do Sistema Único de Saúde fosse descentralizada foi uma proposta do movimento de reforma sanitária tendo o objetivo de não centralizar o poder nas mãos do governo federal, como sempre aconteceu na história da política de saúde. No entanto, a partir da implementação do neoliberalismo, este processo é utilizado para retirar as principais responsabilidades do governo federal na criação, condução e na redução do repasse das verbas destinadas aos Estados e dos Municípios para desenvolver as atividades de saúde. (Bravo e Matos,2007)

A atenção básica é considerado atualmente o principal modelo de atenção de saúde no Brasil, sendo de acordo com Solla e Chioro (2008), o nível de atenção responsável pela reorientação e redefinição da média e alta complexidade. As ações desenvolvidas pelas instituições que fornecem o atendimento do nível de atenção básica respondem pela cobertura de oitenta por cento das necessidades de saúde da população.

Para que o Sistema Único de Saúde funcione de forma integralizada é necessário que os níveis de atenção desenvolvam suas ações articuladamente, garantindo o acesso da população através da oferta de serviços gratuitos e de qualidade. No entanto, através das análises anteriormente expostas, observaremos que esta articulação não acontece e há uma diferenciação relacionada a importância atribuída aos níveis de atenção em saúde, atribuindo maior importância a atenção básica e delegando aos outros níveis o abandono, que abre espaços para a intervenção do mercado pelo aparelho estatal , proporcionando algumas características privatizadoras do SUS. Uma das formas que promovem as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que contempla a maior transferência de investimentos para ações desenvolvidas na baixa complexidade foi a criação do Programa Saúde da Família, na década de 1990. A forma de implementação deste programa e sua inserção no Sistema Único de Saúde será objeto de análise do próximo sub-capítulo, atribuindo maior significado e sentido a análise que será desenvolvida no terceiro capítulo desta monografia.

2.3 - Programa Saúde da Família: estratégia de garantia ao primeiro cuidado na atenção básica.

A caracterização do Programa Saúde da Família e, posteriormente do Núcleo de Apoio da Saúde da Família é o principal objetivo do segundo capítulo. A exposição destes dois dispositivos da atenção básica nos permitirá analisar a importância do Núcleo de Atendimento da Saúde da Família para a efetivação e consolidação do acesso universal ao Sistema Único de Saúde em um município de

pequeno porte e, se de alguma forma há a partir de sua implementação alguma melhoria no quadro da atenção primária de São Pedro da Aldeia.

Explicadas as razões pelas quais serão abordados temas supracitados, comecemos agora o nosso processo de conhecimento de uma das principais estratégias de consolidação da atenção básica que será apresentada a seguir.

A partir da década de 1990, são promovidas diversas medidas de criação e de fortalecimento de ações que tenham um caráter preventivo pelo Ministério da Saúde no Brasil. Para efetivar estas medidas procura-se fazer investimentos em programas que contenham ações básicas que integram a estratégia de organização do modelo de atenção, visando a promoção da saúde. (Giovanella e Mendonça,2008)

Paim (2008), destaca que neste período dois programas atrelados ao movimento sanitário alcançaram grande repercussão no cenário brasileiro. São eles o Programa de Agentes Comunitários (PACs) e o Programa de Saúde da família.

Quando o Programa de Agentes Comunitários foi criado, ele apresentava dois principais objetivos que com o amadurecimento dos debates acerca da atenção básica no Brasil, foram complexificados e complementados.

Inicialmente, o PACs tinha como objetivo melhorar, através dos agentes comunitários de saúde, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde. posteriormente, ampliou-se seus objetivos nos seguintes termos: incorporar ao SUS agentes comunitários de saúde, profissionalizados em auxiliares de enfermagem, para desenvolver ações básicas de saúde; identificar os processos determinantes do processo saúde-doença; desencadear ações de promoção de saúde e prevenção da doença; funcionar como elo de ligação entre a população e os serviços de saúde, contribuindo, assim, com a comunidade, no processo de aprender e ensinar a cuidar da sua própria saúde. O programa assume o agente comunitário de saúde como elo de articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, incluindo entre as suas atribuições o desenvolvimento de ações básicas e educativas nos níveis individual e coletivo.(PAIM,2008,p.561)

O programa acima descrito foi criado em 1991, o Programa de Saúde da Família foi criado a partir da Portaria MS nº 692, de dezembro de 1993. Ambos foram inseridos na Estratégia de Saúde da Família a partir da Norma Operacional Básica do SUS 01/96. (Giovanella e Mendonça, 2008).

De acordo com informações contidas no site do Ministério da Saúde, observaremos que o Programa Saúde da Família é concebido como uma estratégia⁵⁰ de reorientação do modelo assistencial, concretizada pela implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. A estas equipes cabe a responsabilidade de acompanhar de três mil a quatro mil famílias, que residam em uma determinada área geográfica, desenvolvendo ações voltadas a promoção em saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Esta equipe é composta minimamente por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando esta equipe é ampliada, somam-se ao seu quadro de pessoal, um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. As ações desenvolvidas pelos membros dessa equipe são materializadas na própria unidade, na residência do munícipe e na mobilização da comunidade. O Programa Saúde da Família é caracterizado como porta de entrada⁵¹ do usuário a um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, com território definido, com população delimitada e responsabilidade direta sobre a intervenção dos fatores de riscos que se encontram presentes na comunidade, pela assistência integral permanente e de qualidade e por realizar atividades de educação e promoção em saúde.

O programa acima descrito apresenta contribuições para a preservação do papel do Estado brasileiro na organização dos serviços de saúde. Dentre elas, destacam-se o ordenamento da demanda, o direcionamento do financiamento e a conciliação dos interesses organizados em torno da saúde. Aos municípios de pequeno porte com baixa ou nenhuma capacidade instalada, observa-se a implementação acelerada do programa saúde da família. (Giovanella e Mendonça,2008). Sendo este, por muitas vezes, a principal forma de acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde.

Assim como no período de sua criação, observamos que a Estratégia de Saúde da Família apresenta uma estrutura ampla e inovadora, apresentando resultados positivos desde a sua criação, expressos através da redução da

⁵⁰ Giovanella e Mendonça salientam que a Saúde da Família passa a ser concebida como estratégia a partir da NOB 01/1996, cuja importância já foi descrita acima.

⁵¹ A expressão porta de entrada significa dizer que a está deve ser a primeira forma de acesso aos serviços de saúde dos usuários pelo Sistema Único de Saúde.

mortalidade infantil e apresentando uma estrutura que serve de modelo para sistemas da saúde de outros países, incluindo os países considerados desenvolvidos economicamente. Embora este programa apresente estes avanços, ele também apresenta falhas na sua operacionalização, que geralmente está relacionada à redução do volume de verbas destinadas às políticas sociais e as desigualdades regionais presentes nos Estados brasileiros. A redução do repasse de verbas somado a negligência da média e alta complexidade fazem com que este programa apresente dificuldades de se integrar às demais esferas, gerando entraves para a organização fluxo⁵² deste sistema. Contudo estes motivos, embora significativos, não são capazes de anular a importância do Programa de Saúde da Família para a atenção básica.

Giovanella e Mendonça (2008) consideram que a atenção primária que possua uma estrutura abrangente, integrando uma boa rede de serviços, apresenta a capacidade de reduzir as disparidades sociais regionais, garantindo a efetivação do direito a saúde em nosso país.

a reorganização do sistema de saúde brasileiro orientada por uma atenção primária à saúde abrangente, condutora do processo de atenção com boa integração da rede de serviços, é uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde que contribui para efetivar o direito à saúde em nosso país. (GIOVANELLA E MENDONÇA,2008,p.622)

Para que a atenção primária apresente uma estrutura abrangente, capaz de reduzir as disparidades sociais regionais, com maior capacitação profissional, que promova efetivamente o fortalecimento e capacitação do Programa Saúde da Família é implementado no Brasil a partir de 2008 o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A criação do NASF tem o objetivo de contribuir para a ampliação do acesso da população aos serviços da atenção básica, assim como promover o melhor atendimento da saúde. Para conhecermos melhor o NASF e a forma que ele se operacionaliza no SUS será feita uma análise deste núcleo no próximo item.

⁵² Por fluxo, podemos apreender a passagem do usuário aos outros níveis de atenção, dando continuidade ao sistema.

2.4 – Núcleo de Apoio a Saúde da Família: na contramão da lógica da privatização da saúde.

Assim como já foi dito anteriormente, a política de saúde vem sofrendo diversos ataques da política neoliberal, fazendo com que haja uma retração do papel do Estado no provimento e condição das políticas sociais e uma ampliação de suas funções na esfera econômica para garantir os lucros do capital. Contudo, cabe salientar que embora as políticas públicas sofram a todo tempo as propostas ofensivas neoliberais existem medidas que são promovidas pelo aparelho estatal, através do controle social e da participação popular que contribuem para o provimento e a manutenção do acesso a saúde pública universal e de qualidade. É neste cenário onde há uma intensa correlação de forças entre os interesses sociais e os interesses do capital que são elaboradas algumas propostas que visam qualificar e ampliar o atendimento. Dentre estas medidas destaca-se a proposta do Núcleo de Apoio a Saúde da Família que apresenta grandes desafios.

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família é um marco recente na história da atenção básica brasileira. Sendo criada a partir de 2008 através da Portaria GM 154 nº154 de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de prestar apoio às equipes da Estratégia de Saúde da Família e “ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como ampliação das ações de atenção primária de saúde no Brasil.” (Brasil,2009,p.07)

Através desta portaria fica estabelecido que o apoio às equipes da Estratégia de saúde da família será feito por uma equipe por profissionais de diversas áreas do conhecimento, em unidades que poderão ser caracterizadas como NASF 1 e NASF 2. A diferença entre os tipos de Núcleos apresentados é feita basicamente através do seu quadro de profissionais. De acordo com as diretrizes impostas pela Portaria 154, o NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior que serão responsáveis por pelo mínimo 8 e no máximo 20 equipes de saúde da família .

Dentre as profissões que poderão ser inseridas neste quadro estão: acupunturista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata,

nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. O NASF 2, deverá ser composto minimamente por três profissionais de nível superior de ocupações que não coincidam com o quadro do NASF 1, sendo responsável por um número reduzido, composto de pelo menos 3 equipes de saúde da família .

Todos os tipos de NASFs deverão desenvolver atividades dispostas em nove áreas estratégicas, sendo elas as áreas da saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação /saúde integral da pessoa idosa, alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais e práticas integrativas complementares.

Para que estas atividades sejam efetuadas é necessária a articulação da equipe que prestará apoio matricial⁵³ à equipe de saúde da família que servirá de referência para os profissionais da estratégia da saúde da família. Os trabalhos desenvolvidos pelas equipes acima citadas deverão ser feitos de forma combinada e articulada, identificando as principais necessidades de saúde do município, expressas através dos dados epidemiológicos, desenvolvendo a partir delas programas que estejam contemplados na estrutura do NASF que contribuam para o fortalecimento e consolidação da atenção básica e, paralelamente adotem ações que garantam a consolidação do Sistema Único de Saúde.

A importância das propostas do Núcleo de Apoio a Saúde da Família é inegável. No entanto, devido a sua recente operacionalização não há produção teórica suficiente que ofereça dados para o aprofundamento de uma análise no Sistema Único de Saúde.

Contudo através da apresentação do panorama de saúde, expressos através dos níveis de atenção do SUS, desenvolvidos nesse capítulo, podemos observar que a condução desta política de saúde, assim como a maioria das políticas sociais vem sendo tratadas com descaso governamental, fazendo com que as instituições públicas passem por um intenso processo de sucateamento, propiciando a entrada paulatina do processo de privatização, fruto da implementação do ideário neoliberal. Para dar a esta afirmativa um exemplo concreto, apresentei neste capítulo a entrada

⁵³ A expressão apoio matricial significa o suporte assistencial e técnico prestado às equipes do Programa de Saúde da família, propiciando o melhor atendimento às necessidades de saúde da população.

das Fundações de Saúde, atuando nos Hospitais Universitários, ocupando as funções de gerência que deveriam ser desenvolvidas no aparelho Estatal.

Embora seja imposta uma forma de abordagem privatizante da política de saúde, também são criadas no bojo do aparelho estatal, com auxílio da participação popular desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, estratégias que propõem uma nova forma de fortalecer e ampliar as ações desenvolvidas pela atenção básica no país, garantindo o acesso o acesso de qualidade da população aos cuidados em saúde.

O segundo capítulo expôs as características gerais da política de saúde, englobando seu aparato legal formal e seus níveis de atenção, apresentando principalmente a forma que o governo vem conduzindo esta política de saúde e os instrumentos que ele utiliza. Atualmente a estratégia do governo federal, através do Ministério da Saúde é o fortalecimento das Ações da Atenção básica em detrimento aos demais níveis de atenção. No entanto, esse processo é permeado por particularidades, dentre elas o processo de descentralização político administrativa, a partir do processo de municipalização que a partir da NOB01/1996, delega aos municípios a responsabilidade de prover as atividades de saúde contanto apenas com apoio técnico e colaboração financeira.

A proposta do segundo capítulo será articulada com o terceiro, onde observaremos a constituição do município de São Pedro da Aldeia, apresentando as dificuldades e os avanços na política de saúde a partir da implementação da implementação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Para a concretização deste objetivo, comecemos a partir de agora a apresentação do terceiro e último capítulo desta monografia.

CAPÍTULO III

O SIGNIFICADO DA INSERÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A ATENÇÃO BÁSICA DE SÃO PEDRO DA ALDEIA: UMA ANÁLISE DO PRIMEIRO ANO

O terceiro e último capítulo desta monografia abordará o processo de implementação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família em São Pedro da Aldeia.

Foi com este objetivo que a estruturação deste capítulo se encontra organizada da seguinte forma: no primeiro subtítulo será feita uma breve caracterização do Município de São Pedro da Aldeia, através de suas características econômicas sociais e da rede de saúde municipal.

No segundo subtítulo serão apresentadas as dificuldades encontradas no nível da atenção básica do município que apresentam reflexos na integralidade do cuidado dos níveis de atenção em saúde. Para proporcionarmos essa análise, traremos as diretrizes voltadas para a implementação da atenção básica dos municípios do Estado contidas no Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, a seguir será feita a apresentação do panorama situacional da saúde em São Pedro da Aldeia e as dificuldades encontradas para a articulação da atenção básica aos outros níveis de atenção.

O terceiro subtítulo abordará o processo de implementação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, salientando os empecilhos encontrados pela equipe desde o processo de mobilização dos gestores até seu início em dezembro de 2011, abordando sua estruturação, plano de trabalho e perspectivas futuras e também o seu primeiro avanço na atenção básica, durante este primeiro ano de implantação.

A seguir serão feitas as considerações finais deste trabalho, concluindo-o.

3.1- Aspectos Históricos de São Pedro da Aldeia.

Antes de apresentarmos as características da atenção básica em São Pedro da Aldeia, torna-se imprescindível conhecermos um pouco da sua história e dos seus aspectos econômicos. A exposição destes dados nos proporcionará um conhecimento mais aprofundado sobre esta região, facilitando posteriormente o estudo do município.

São Pedro da Aldeia é uma cidade que teve seu processo de colonização no início do século XVII. Em 1617, foi denominada “Aldeia de São Pedro”, pelos membros da Companhia de Jesus, onde foi construída uma Igreja. De acordo com a tradição estas terras estavam localizadas em uma aldeia indígena, provavelmente habitada por índios tamoios e Goitacazes. O processo de colonização trouxe pessoas de outros lugares para ocuparem a região.

Na segunda metade do Século XVIII, por causa de uma lei editada no Reino pelo Marquês de Pombal, os colonizadores tiveram que abandonar a cidade, que passou a ser administrada pela Ordem dos Capuchinhos. Acredita-se que a primeira atividade desenvolvida nesta cidade estava relacionada ao manejo da lavoura, no entanto, após a Lei Áurea, há uma mudança da atividade local, promovendo o desenvolvimento da pesca. A rápida adaptação a este novo modelo favoreceu o processo de emancipação político-administrativa, desanexando a região de Cabo Frio, que durante muitos anos explorou o sal da região. Em 1892, São Pedro da Aldeia volta a ser integrado a Cabo Frio, acontecendo o processo de emancipação definitivo somente em outubro de 1957⁵⁴.

Atualmente a população de São Pedro da Aldeia está estimada em 87.875 mil habitantes⁵⁵. O Produto Interno Bruto (PIB) corrente do município apresentado em

⁵⁴ Informações extraídas da página eletrônica do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística cidades e Prefeitura Municipal de São Pedro da Aldeia, em 2012.

⁵⁵ De acordo com dados do último Censo do IBGE, elaborado em 2010. A partir da avaliação dos últimos Censos elaborados por este Instituto, é possível observar que a partir de 2005 o processo de crescimento da população acontece de forma acelerada. Este fato pode ser creditado ao crescimento e extração do Petróleo realizada na Bacia de Campos e na proposta de alteração da qualidade de vida das pessoas que atualmente estão saindo dos grandes centros urbanos e se destinando ao interior do Estado.

2009 demonstra uma estimativa de 778.182 mil reais e o PIB per capita era de 9.169,54.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde (2008-2011), o município está localizado na Baixada Litorânea, na micro-região Baixada Litorânea I⁵⁶. O instrumento de gestão acima referenciado nos aponta um dado fundamental para a análise desenvolvida neste capítulo. Atualmente, a Capacidade Instalada do Sistema Único de Saúde em todo Estado do Rio de Janeiro apresenta o maior número de instituições responsáveis pelo atendimento na atenção básica. Somente na Baixada Litorânea⁵⁷ estão presentes cento e trinta e cinco unidades básicas de saúde, doze policlínicas, treze hospitais gerais e apenas um hospital especializado⁵⁸. Este dado só ratifica que o nível da atenção básica de fato é privilegiado e que esse processo se repete no Rio de Janeiro e nos seus municípios.

Atualmente, a rede de serviços de saúde responsável pelo atendimento aos usuários é composta por uma unidade hospitalar e vinte e três ambulatoriais, sendo quatorze unidades de Saúde da Família e nove unidades básicas de saúde.

Embora haja mobilização do governo do Estado para a consolidação e ampliação da atenção básica no Estado do Rio de Janeiro é preciso observar que, em alguns momentos não é prestado o apoio necessário aos municípios para o desenvolvimento das ações deste nível de atenção, como apresenta o coordenador de atenção básica do Município de São Pedro da Aldeia, Francisco de Assis, durante o 1º Seminário de Gestão Participativa da Baixada Litorânea, ao apresentar que:

A política de saúde implementada está muito aquém das necessidades observadas na região. [...] Atualmente todas as unidades de saúde estão funcionando, porém as verbas são ínfimas e, como agravante, verifica-se uma queda de quase 50% dos repasses fundo a fundo.

O gestor reconheceu a necessidade de garantir à população qualidade de vida na área da saúde, enfatizando que esta não se restringe a medicamentos, atendimento e consultas, requerendo o respeito aos

⁵⁶ De acordo com o Plano Estadual de Saúde (2008-2011), a região da Baixada Litorânea é composta por nove municípios, subdivididos nas micro-regiões Baixada Litorânea (BL) I e Baixada Litorânea (BL) II. Na BL I estão os municípios de Araruama, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia e Saquarema e na região BL II estão Arraial do Cabo, Armação dos Búzios, Cabo Frio, Casimiro de Abreu de Rio das Ostras.

⁵⁷ Incluindo BL I e BL II.

⁵⁸ Este quadro se repete quando observamos as outras regiões que integram junto com a baixada litorânea o Estado do Rio de Janeiro.

princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), entre os quais destacou: equidade, participação popular, integralidade e descentralização. (Brasil.Ministério da Saúde 2007, p.27).

A partir da fala desse gestor, podemos observar que somente a mobilização para incentivar os gestores da baixada litorânea a ampliarem e consolidarem a Estratégia de Saúde da Família na atenção básica não fornece os elementos que vão ao encontro aos princípios do Sistema Único de Saúde, fazendo este atendimento não seja mediado pela equidade, pela participação popular e pela integralidade, descaracterizando a própria política de atenção básica tem como proposta proporcionar o cuidado em saúde de forma integralizada.

Podemos observar que o processo de descentralização pode ser considerado um dos principais responsáveis para a dificuldade dos municípios gestarem a atenção básica em seu território, uma vez que o Governo reduz gradativamente o repasse fundo a fundo e aumenta a responsabilidade municipal no financiamento deste nível de atenção.

É exatamente nesse cenário, caracterizado pela transferência de responsabilidades do Governo Federal e Estadual para os Municípios que estes tem que desenvolver as ações necessárias a manutenção da atenção em saúde em seu território, quase sempre isolado das outras esferas. Neste panorama é cada vez mais comum a união de municípios através de consórcios municipais para garantirem o cuidado em saúde em uma determinada área, a contratação de serviços privados e o descaso crescente com a política de saúde, abrindo lacunas para a atuação do mercado.

O segundo subtítulo deste capítulo abordará um pouco do atual panorama específico da atenção básica e algumas características da média complexidade no município de São Pedro da Aldeia.

3.2- Dificuldades encontradas na atenção básica e a difícil articulação com outros níveis de atenção.

O Plano Municipal Plurianual de São Pedro da Aldeia (2009-2012), disponível no portal eletrônico do SargSus, apresenta as principais dificuldades da atenção

básica ou baixa complexidade e da média complexidade enfrentados pelos gestor de saúde atualmente.

Este instrumento apresenta a mobilização dos profissionais de saúde em torno do reconhecimento dos problemas do município, criando estratégias de enfrentamento e propondo melhoras para o provimento destes níveis de atenção em seu território. A participação dos profissionais de saúde na construção deste Plano Municipal foi feita através de quatro encontros, que tiveram como eixo principal a abordagem de alguns temas imprescindíveis para a compreensão da saúde atualmente e para a proposição de novas diretrizes que tenham como fortalecimento da estratégia de consolidação da atenção básica e de fortalecimento do Sistema Único de Saúde, por mais limites que o cenário neoliberal possa impor. Os encontros eram iniciados apresentando

A Proposta do Sistema de Planejamento do SUS, a oficina O Sistema de Saúde Municipal em São Pedro da Aldeia, Legislação SUS Lei 8.080/90 e 8.142/90 Reforma Sanitária, NOB 93 e 96 e NOAS 2001/2002, Apresentação do Plano Municipal de Saúde e o Pacto pela Vida⁵⁹, Aspectos Fundamentais do Controle Avaliação e Auditoria, Construção do Plano Municipal de Saúde. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PEDRO DA ALDEIA, 2009,p.49)

De acordo com Teixeira (2008) a discussão do sistema de saúde brasileiro, incluindo seus programas deverá considerar o modelo de desenvolvimento que apresenta a preocupação maior do Estado dar respostas aos interesses do capital internacional, presentes no constante quadro de ajustes e reajustes da economia nacional. Por estes motivos, estes temas, que outrora abordados nesta monografia, são de fundamental importância para o debate da saúde contemporaneamente. Em um cenário cada vez mais marcado pela desigualdade social e pela implantação do ideário neoliberal no Brasil, promovendo a saída paulatina do Estado como principal

⁵⁹ De acordo com o Manual Saúde de A a Z (2008), “O Pacto pela Vida, instituído pela Portaria GM 399, de 22 de fevereiro de 2006 e regulamentado pela Portaria GM 699, de 30 de março de 2006, explicita o compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. As prioridades são estabelecidas a partir da análise de situação de saúde e se estruturam por meio de objetivos e metas.” (Brasil. Ministério da Saúde, p.233). Atualmente são constituídas em nove áreas, são elas: a saúde do idoso, o controle do câncer do colo de útero e mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica.

executor das suas políticas sociais e a entrada do mercado privado na providência do atendimento das necessidades em saúde, torna-se necessário relembrar o significado do Movimento de Reforma Sanitária para a saúde do Brasil, tendo em vista os avanços expressos na Lei 8.080/90 e 8.142/90, assim como também se faz necessário explicar aos profissionais os outros instrumentos de gestão elaborados para a reconfiguração do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de materializar nos próximos quatro anos um Plano de Saúde Municipal que vai ao encontro as diretrizes e principais normas legais que orientam o SUS atualmente.

No entanto, este processo apresenta inúmeros desafios para a órbita municipal. De acordo com os profissionais que elaboraram este instrumento de gestão que será norteador da política de saúde em São Pedro pelos próximos quatro anos estão elencadas uma série de dificuldades presentes para a consolidação da Atenção Básica em São Pedro da Aldeia. São elas: a necessidade de se reestruturar as equipes do Programa de Saúde da família, reestruturação das unidades básicas, capacitação dos funcionários que atuam nas unidades, poucas vagas destinadas a pacientes que precisam receber tratamento na cidade do Rio de Janeiro, má estrutura física e falta de material, assim como uma desvalorização dos profissionais da atenção básica que precisam ter seu plano de carreira e salário revistos, uma prática de educação a saúde de forma permanente, o aumento do número de funcionários que trabalhem em horário integral. No que tangencia a gestão da atenção básica, evidencia-se a falta de comprometimento relacionado à resolutividade e autonomia das ações e uma incapacidade técnica dos gestores para conduzir a política de saúde a nível municipal. Quando abordamos o que foi considerado sobre o panorama situacional do Programa de Saúde da Família, observaremos que estes problemas contemplam o debate atual feito acerca deste programa sobre autores que estudam a referida temática.

Teixeira (2008), aponta que: “o discurso oficial referente ao PSF é de trabalhar voltado para a Atenção integral à saúde. Que ele não seja mais um programa vertical/centralizado”, mas sim um “instrumento de reorganização e reestruturação do Sistema público de Saúde (MS,1997)”. (p.238). No entanto, tudo parece ser

muito racional e lógico, na linha do princípio de custo-benefício, da racionalidade do sistema e saúde e da filosofia do mercado, mas em termos práticos, esse tipo de política acaba mais por servir a uma necessidade compensatória, de baixo custo, que funciona também como controle social da população (no sentido sociológico) pelo Estado, ao mesmo tempo que amortiza os “conflitos internos” (relações familiares) e “externos” (relações sociais) em potencial”. TEIXEIRA,2008,p.238).

Esta afirmativa se materializa e se torna verdadeira ao analisarmos as deficiências apresentadas pelo Programa saúde da família em São Pedro da Aldeia. De acordo com os profissionais que elaboraram o Plano Municipal de Saúde (2009-2012), este programa pode ser caracterizado pela ausência de responsabilidades para referência e falta de contra-referência, precisa ser informatizado e apresentar uma reorganização das micro-áreas que atualmente atendem um quantitativo de famílias superior ao que preconiza a portaria MS 648, salientando que para a melhora atualmente precisa de mais três unidades de programa de saúde da família em seu território.

Por diversas vezes nesta monografia no Capítulo 2 foi mencionado que um dos papéis da atenção básica através da estratégia da saúde da família é o de reorganizar o Sistema Único de Saúde, proporcionando uma forma integralizada do cuidado em saúde. Sendo assim as dificuldades da atenção básica influenciam na média complexidade, dificultando a integralidade entre os níveis de atenção.

O próprio Plano Municipal de saúde apresenta que:

As ações de saúde atualmente consideradas de média complexidade, no modelo de atenção à saúde, devem se concretizar como um estágio assistencial aberto às demandas oriundas da atenção básica, tendo como missão principal o alcance de um grau de resolubilidade de ações que possa evitar o agravamento das situações mórbidas referenciadas, com vistas a reduzir ao máximo a evolução de agravos que possam demandar uma atenção de maior complexidade. A programação da Atenção Básica é de responsabilidade dos municípios e não estão previstos encaminhamentos, no entanto, para a média complexidade ambulatorial a lógica de programação será ascendente, onde os municípios programam as ações de sua população e realizam os encaminhamentos para outros municípios, daquelas ações que não possuem oferta, por insuficiência ou inexistência de capacidade instalada, mantendo consonância com processo de regionalização. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PEDRO DA ALDEIA, 2009,p.92)

A partir do fragmento supracitado podemos inferir que há um ponto comum entre os impasses encontrados na baixa e na média complexidade, respectivamente. Este impasse se materializa na falta de serviços de referência no

município e na excessiva responsabilização atribuída a eles no desenvolvimento de ações que deveriam ser efetuadas pelo governo do Estado ou pelo governo federal.

Atualmente a estratégia dos municípios para solucionar grande parte das suas dificuldades apresenta duas principais formas: primeiro os consórcios feitos pelos municípios ou a parceria público x privado e a segunda é a criação do Núcleo de Apoio da Saúde da Família, que será abordado a partir do próximo subtítulo.

3.3 – Os desafios do NASF de São Pedro da Aldeia para a organização da atenção básica do Município através do PSF.

Assim como já foi dito anteriormente, o Núcleo de Apoio a Saúde da família é uma nova proposta do Ministério da Saúde criada em 24 de janeiro de 2008 através da Portaria GM nº154 com o objetivo de ampliar e qualificar o atendimento da atenção básica, prestando apoio técnico matricial às equipes do Programa Saúde da Família.

A proposta de implementação do NASF em São Pedro da Aldeia se concretizou apenas em dezembro de 2011, em um cenário apresentaria diversos desafios para a equipe que está à frente desse projeto. Dentre as dificuldades encontradas desde o início da sua implementação, salientarei primeiramente aquelas relacionadas a política de saúde de forma geral e os seus reflexos para a atenção básica de um município de pequeno porte. Estes podem ser considerados os primeiros desafios de uma equipe que terá o objetivo de reestruturar a atenção básica, ampliar e qualificar o atendimento concedido as equipes do Programa de Saúde da Família e contribuir para a efetivação do princípio de integralidade, garantindo o encaminhamento e acesso do usuário oriundo da atenção básica aos demais níveis de atendimento do SUS em um cenário que de acordo com um dos profissionais entrevistados eles se apresenta caracterizado através das

inflexões da iniciativa privada e da falta de conhecimento técnico de alguns gestores que estão atualmente na frente dos serviços de saúde, dos programas de saúde. E isso tudo vai interferir no trabalhador da saúde, na falta de estímulo. Sofremos falta de insumos. Nós não temos materiais para trabalhar e isso vai interferir no comprometimento desse trabalhador, com o

cuidado em saúde, ou seja, com a assistência em saúde.(ENTREVISTADO 1).

A falta de comprometimento técnico dos secretários de saúde acerca desta política contribui para a degradação da saúde pública na órbita municipal. Assim como foi pontuado na entrevista podemos observar que este despreparo apresentará reflexos na forma como o gestor se relaciona com a política de saúde, fazendo com que sua falta de conhecimento somada a retração dos investimentos sociais pelo Estado culminem na ausência ou insuficiência de insumos para que os profissionais executem seu trabalho.

Outra forma de apresentar os impactos do despreparo técnico desses gestores também se apresenta na dificuldade que eles tem de apreender a importância das novas mudanças propostas do Ministério da Saúde que propõem novos programas de saúde.

Estes empecilhos estiveram presentes em diversos momentos em que a equipe de saúde precisou sensibilizar os diversos gestores que ocuparam o cargo de Secretário de Saúde Municipal sobre importância do NASF para a reorganização da atenção básica no município. De acordo com um dos entrevistados

[...] Você ter que sensibilizar o gestor ao ponto dele saber, o que é isso? [...] alguns gestores não entendem o processo de construção, eles não entendem o que é uma política pública. Eles não entendem o que é o NASF, que vem do Ministério com garantia de fundo a fundo, estruturando uma equipe. Então tem que sensibilizar este gestor para saber que esse dinheiro vem fundo a fundo, que as equipes são amparadas com recurso federal e que ele precisa só dar uma contra-partida⁶⁰. Até sensibilizar esse gestor com as equipes que esse NASF precisa, não só a equipe como o controle social que seria o Conselho Municipal de Saúde. Discutir com esses atores e ver como é o perfil desse NASF, como esses profissionais serão inseridos mediante a minha rede o que eu tenho de rede. Bom, você já viu ai que isso requer um tempo, uma estratégia de sensibilização[...] como São Pedro da Aldeia tem a dança das cadeiras houve muito a passagem de secretário, então você tinha que estar sensibilizando esses gestores em vários momentos. Alguns que até já vinham com a experiência,

⁶⁰ Sobre a contrapartida, que é considerado responsabilidade do município, podemos dizer que de acordo com a portaria GM nº154 o município receberá o incentivo de R\$20.000,00 para sua implementação a implementação do NASF e mais R\$20.000,00 repassados mensalmente para o custeio das despesas do NASF. De acordo com o entrevistado 1 “não existe contrapartida do município”. No entanto os repasses feitos através dos fundos de saúde, do nível federal até o nível municipal, contribuem para o pagamento do incentivo dos profissionais de saúde que estão na equipe do NASF.

mas hoje por falta dessa má gestão que não se tem hoje a profissionalização da gestão, tem a indicação política do secretário de saúde. Então às vezes ele não tem o diapasão metodológico do conhecimento todo da estratégia em si e indo prejudica o andamento. (ENTREVISTADO 2)

Após este longo processo de lutas dos profissionais voltadas a mobilização dos gestores sobre a importância e necessidade do NASF em São Pedro da Aldeia é que em dezembro de 2011 esta proposta se materializa na atenção básica⁶¹. Dentro os tipos de Núcleos de Apoio a Saúde da Família, São Pedro da Aldeia foi contemplado com o NASF 1. Sua equipe é composta por duas assistentes sociais, duas psicólogas, dois fisioterapeutas, uma nutricionista e uma médica responsável pela saúde da criança e do adolescente. Embora a equipe do NASF contemple outros profissionais⁶² na sua estrutura, os municípios possuem autonomia para poder escolher as categorias que irão compor esta equipe, não tendo que atender obrigatoriamente todas as profissões indicadas na portaria. Em São Pedro da Aldeia, a formação da equipe do NASF é produto do levantamento das demandas das necessidades do município, expressas nos indicadores de saúde⁶³.

A localização das unidades atendidas deve estar em uma área contígua, para facilitar o contato entre as equipes do NASF com as equipes do PSF. Por este motivo, foram escolhidas as unidades do Programa de Saúde da Família localizadas nas áreas programáticas: São João I, São João II, Baixo Grande, Ponta do Ambrósio, Vinhateiro, Porto do Carro, Alecrim e Parque Arruda⁶⁴.

⁶¹ De acordo com o entrevistado 1: “Por ser uma proposta muito recente o NASF não está presente no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, no entanto, se ele estivesse estaria no mesmo nível da coordenação do Programa de Saúde da Família”.

⁶² Para obter maiores informações sobre as outras profissões que podem ser inseridas no NASF, voltar ao tópico 2.4 do capítulo anterior.

⁶³ Informação concedida pelo entrevistado 1.

⁶⁴ O atendimento de Oito equipes corresponde à cobertura de aproximadamente 60% das unidades do Programa de Saúde da Família, que atualmente apresente um total de 14 unidades. A entrevistada 1 aponta que há uma estimativa voltada a expansão do atendimento das equipes do PSF, que será feita pelo NASF 2. No entanto, para que este NASF 2 seja incorporado à estrutura é necessário que haja pelo menos mais duas equipes de Saúde da Família. De acordo com o entrevistado 1 o projeto que prevê a criação de mais dois PSFs no município foi aprovada há aproximadamente 5 anos pelo Estado.

O processo de aproximação da equipe do NASF com as equipes do PSF foi organizado de forma similar ao processo de sensibilização outrora feito pela equipe com os gestores. Podemos observar que durante esse processo havia uma preocupação da equipe para que este Núcleo fosse aceito pelos demais profissionais, apresentando a importância dessa proposta e a forma que ela contribuiria para a atenção básica. De acordo com a fala do entrevistado 2, podemos observar o descontentamento e desmotivação profissional de alguns profissionais que atuam nos PSFs uma vez que

São Pedro da Aldeia já experimenta uma estratégia da saúde da família em 2004, quando a gente teve um “boom” e hoje a gente por falta de estímulos salário a equipe está muito desqualificada. Vocês tem uma equipe muito desestruturada em relação a 648 e um desafio para esses novos profissionais do NASF reconquistar isso , redefinir a porta de entrada e também fazer com que esses atores entendam a proposta do NASF que o NASF veio como a proposta de ,como eu vou dizer a você que se use bem o termo, uma equipe matricial e, entender isso não é fácil.(Entrevistado 2)

Para que a proposta do NASF não fosse desacreditada como foi a do PSF, a explicação do NASF foi feita de forma cautelosa, expondo o verdadeiro significado desta estrutura para a saúde de São Pedro da Aldeia, a partir da apresentação de algumas características relevantes para essa nova estrutura ministerial, para isso a equipe do Núcleo desenvolveu a seguinte estratégia:

[...]A gente fez uma oficina grande de sensibilização das equipes que era uma coisa nova informando o que é realmente o NASF, que não é uma porta de entrada, um atendimento direto, que a equipe do NASF não vai prestar atendimento direto. Depois que a gente teve essa roda, essa conversa, essa oficina com as equipes, a gente foi para as unidades, fazer um levantamento das demandas apresentadas pelas equipes do local, no território, não só a demanda do usuário, mas também a demanda do profissional de saúde.(Entrevistada 1)

A explicação desta estrutura foi fundamental para os passos desenvolvidos a seguir.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica (2009) o apoio prestado as equipes do Programa Saúde da Família é o objetivo central da proposta que criou o

NASF. Através dessa afirmação podemos concluir que a tentativa de aproximação entre as equipes, proporcionando o conhecimento das demandas dos profissionais que atuam diretamente com o usuário é fundamental para que este apoio seja elaborado a partir de elementos que vão ao encontro das necessidades de saúde daquela população.

Com o objetivo de prestar um atendimento qualificado às equipes, voltado a construção coletiva de soluções e estratégias para os problemas vivenciados por elas, foi elaborado um processo de trabalho do NASF, que contemplaria as ações desenvolvidas por cada segmento profissional. Este processo de trabalho foi elaborado da seguinte forma e considerando os seguintes fatores:

Primeiro a gente pensou um pouquinho na organização do processo de trabalho. [...] a gente tem as categorias de fisioterapeuta, assistente social, a gente tem psicólogo, a gente tem uma pessoa que é uma médica responsável pela saúde da criança e a gente tem o serviço social. [...] essas categorias sentaram para fazer um plano de ação. A partir do plano de ação, a gente fez uma agenda compartilhada. O que que é isso? [...] a gente se sentou, e definiu nossa agenda compartilhada, qual era o horário que esse profissional estaria disponível para as equipes. Então hoje como é o processo de trabalho? A gente sabe os dias e as equipes de Saúde da Família sabem os dias que cada profissional está disponível para estar fazendo alguma atividade de educação em saúde. Então hoje o atendimento é direto. Através do contato direto com as equipes. (Entrevistado 1)

A partir da apreensão das dificuldades vivenciadas pelas equipes também foi possível a criação de projetos que vão ao encontro das necessidades de saúde da população. Dessa forma e com esses objetivos estes projetos conseguem inserir a população através das atividades desenvolvidas pelas equipes. A estruturação desses projetos obedeceu aos seguintes critérios:

A gente pactuou na reunião de equipe que cada categoria profissional desenvolveria um projeto e que esse projeto na verdade ia rodar em todas as unidades. Então a gente tem um projeto que é da nutrição: MULHER EM FORMA, a gente tem dois projetos que são desenvolvidos pelo Serviço Social, um é : ADOLESCENTE, E AI? O outro é trabalhando a questão do câncer de colo de útero. A gente tem um projeto de fisioterapia trabalhando a escola de postura, que é super interessante e a gente tem um projeto da saúde mental. [...] (ENTREVISTADO 1).

Outra forma desta equipe contribuir para a viabilização do direito em saúde é o atendimento prestado diretamente a população. Em geral, a visita do NASF ocorre “quando é identificado um caso que precisa da visita de um profissional e aí isso normalmente vem realmente para a reunião de equipe a gente vai discutir sobre o caso” (Entrevistado 1) .

Tanto a elaboração de projetos quando as visitas feitas nos casos específicos aos usuários exigem deste profissional um processo de capacitação contínua, de modo que ele consiga referenciar o serviço corretamente, proporcionando um atendimento de qualidade ao usuário e à equipe. A iniciativa da periodicidade sobre a forma que seria feita essa capacitação partiu dos próprios profissionais, que além de atuarem coletivamente, também partilham seus conhecimentos referentes às suas respectivas áreas. A seguir, segue um pouco da forma que eles pactuaram processo de educação permanente da equipe.

A gente faz a reunião de equipe realmente para a gente debater sobre o nosso processo de trabalho. Sempre lembrando as diretrizes do NASF que é preconizada pelo Ministério da Saúde, as dificuldades apresentadas na implementação dessas equipes, discutindo como a gente tem dois profissionais de cada categoria profissional, então a gente tem essa visão de discutir com o outro, debater com o outro da sua categoria e discutir com a equipe multidisciplinar. Entendeu? Em relação a esse processo de trabalho. Então essa é na verdade a nossa formação, a nossa educação permanente. Uma coisa que a gente pactuou e é a nossa educação permanente e aí a gente também tem uma roda de conversa, que é com os profissionais das equipes (Entrevistado 1).

Neste momento de discussão e aprimoramento do seu exercício profissional, que “acontece uma vez por mês a cada segunda quarta-feira do mês”(Entrevistado 1) são levados para toda equipe textos, artigos e dados epidemiológicos, fazendo com que o trabalho desses profissionais seja qualificado constantemente diante dos desafios impostos pelas mudanças macroeconômicas que apresentaram reflexos na forma de organização da política de saúde no Brasil que invariavelmente apresentarão conseqüências no objeto de trabalho deste profissional. Estando este cenário marcado pela falta de recursos financeiros, falta de insumos necessários ao desenvolvimento das atividades profissionais dos trabalhadores de saúde, desmotivação profissional, entre outros que esta equipe precisa apresentar respostas qualificadas para a população e para as equipes referenciadas,

apresentando alguns avanços promovidos na atenção básica desde a sua implementação.

Embora o NASF seja uma proposta ministerial muito recente, e sua implementação em São Pedro da Aldeia data de muito pouco tempo, é possível um avanço da atenção básica após a implementação da equipe de apoio ao Programa de Saúde da Família. O primeiro dado elaborado pela equipe está relacionado ao atendimento do pré-natal. De acordo com a entrevistado 1, este processo se inicia através de uma observação elaborada por um dos membros da equipe.

A área da saúde da mulher conseguiu identificar que a grande maioria das unidades não tinha médico obstetra. As enfermeiras na verdade não estavam treinadas para fazer esse acompanhamento do pré-natal junto com o médico. Então houve um plano de ação feito pela médica da saúde da mulher do NASF e aí houve realmente uma melhora na qualidade do PSF. Do pré-natal. (Entrevistado 1).

Este avanço pode ser considerado produto da união entre as equipes que, mesmo em um cenário marcado por dificuldades, conseguem estabelecer estratégias, dando respostas qualificadas às necessidades de serviço de saúde da população. A elaboração desde primeiro dado colabora para que estas equipes sejam legitimadas perante às outras equipes do PSF reestimulando a voltarem a acreditar no seu trabalho.

Durante esse processo pude observar que há vontade das equipes de cumprirem as diretrizes do NASF, no entanto, eles esbarram na gestão, que de acordo com a entrevistada 1, não se encontra nesse momento comprometido com a proposta do NASF. Há, contudo, um indicativo de mudança, uma vez que no ano de 2013, outro prefeito tomará posse. Assim, não sabemos de que maneira os rumos da gestão será estruturada, no entanto, já sabemos que a correta implementação deste programa poderá conseguir uma importante consideração apresentada pelo Entrevistado 2

para gente ele [...] vai permitir, dar qualidade desse atendimento, ele vai ampliar esse atendimento, ampliar o acesso, ele vai ampliar o cuidado, ampliar essa rede de cuidado que se tem, eu acho que ele vai rediscutir o cuidado integral em saúde, permitir o acesso através da referência e contra-referência. (Entrevistado 2).

A análise dos entrevistados 1 e 2 nos possibilita inferir que a equipe integrante do NASF conhece as potencialidades e a importância deste projeto para a consolidação do Sistema Único. Embora os gestores não atentem para a relevância desta estrutura os profissionais que desempenham o contato direto com a população e com as equipes do Programa de Saúde da Família sabem o caminho para começar a conduzir o processo de organização da atenção básica.

O primeiro dado estatístico que revela a capacidade dessa equipe em dar resposta às dificuldades enfrentadas pela atenção básica já foi produzido, através da qualificação do pré-natal. Este processo foi permitido porque a equipe de saúde da mulher envolvida no NASF fez uma busca quantitativa e qualitativa dos atendimentos realizados às gestantes somado ao conhecimento prévio da estrutura que disponibilizava o serviço na rede.

A partir desse passo, criou-se uma estratégia, que já apresenta resultados voltados a um segmento populacional que demanda um cuidado específico proporcionado em diversas áreas da atenção básica, que deverão também estar articuladas, como é o caso da puericultura e vacinação.

A partir de uma solução, temos mais desafios. Desafios estes que precisam ser transpostos por profissionais cada vez mais qualificados para o reconhecimento das demandas e para dar respostas às necessidades da população. Observamos que esse processo já é feito em São Pedro da Aldeia através da abordagem interdisciplinar que visa imprimir em cada estudo de casa um novo olhar sobre aquele problema, agregando o máximo de reflexões e soluções possíveis. O conhecimento e reestruturação da rede também é um passo que pode ser dado a curto prazo, acredito até que esse processo será estimulado através dos questionamentos das equipes do NSF, do PASF e posteriormente a partir da participação popular.

Como essa estrutura é muito nova, não temos ainda os dados suficientes. No entanto, cabe salientar que postura profissional assumida pelos profissionais do NASF encontra-se apta a elaborar respostas para as necessidades de saúde da população, contribuindo efetivamente para a consolidação do princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto nos capítulos apresentados nessa monografia salientarei algumas reflexões ligadas a proposta e a materialização do NASF.

Ao analisarmos o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, observaremos que ele apresenta uma nova iniciativa ministerial que vai ao encontro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, que tende a ser alcançado a partir da reorganização da atenção básica, promovendo a integralidade do acesso do usuário aos outros níveis de atenção do SUS. No entanto como foi anteriormente analisado, para que o paciente seja referenciado a outro nível de complexidade é necessário que esta rede esteja funcionando e que o usuário ao chegar na instância responsável pelo cuidado especializado, tenha seu atendimento garantido. Porém não é esse procedimento que vem acontecendo com o usuário atualmente.

Devido ao processo de retração do papel do Estado na área social, através da imposição das medidas de corte neoliberal, observamos que os recursos financeiros que deveriam ser investidos nas políticas públicas estão sendo investidos na área econômica, favorecendo a concentração de renda daqueles e aprofundando o processo de pobreza e desigualdade.

A transferência do papel do Estado e a reorientação das suas funções, voltadas à promoção da expansão econômica, abrem espaço para a atuação do mercado nos espaços que deveriam ser ocupados pelo papel estatal, promovendo a privatização. Esta dinâmica pode ser encontrada atualmente nas Organizações e Fundações de saúde, prestando alguns serviços de saúde de média e alta complexidade nos principais hospitais universitários brasileiros, privatizando, além da saúde, a educação.

Esse panorama na esfera da saúde é fruto de uma organização estrutural direcionada pela lógica hegemônica que tenta priorizar os interesses de acumulação capitalista, em detrimento das necessidades das políticas públicas de Saúde.

É nesse cenário que contraditório que se circunscribe a proposta ministerial do NASF que ao mesmo tempo que visa garantir o acesso ao direito da saúde compactua para a efetivação das medidas de ajuste econômico e financeiro voltadas, privilegiando o capital.

Esta afirmativa poderá ser ratificada ao analisarmos que a partir da Norma Operacional Básica 96 que redefine o papel dos entes federativos no provimento da saúde delega aos municípios a maior parte das responsabilidades relacionadas ao financiamento e execução das atividades em saúde desenvolvidas em seu território, restando ao Governo Federal e Estadual as funções de normatizador e fiscalizador, respectivamente.

Esta NOB ratifica o processo de descentralização político-administrativa que permite o isolamento cada vez maior entre entes federados, ao invés de proporcionar uma interlocução destes atores nessa estrutura, voltado a organização de propostas que visem atender as necessidades de saúde da população.

Este processo pode ser comprovado quando analisamos a estrutura da atenção básica de São Pedro da Aldeia durante esta monografia. Tanto o Plano Municipal de Saúde (2009) como a fala dos profissionais entrevistados convergem para equivalência das informações concedias pelo entrevistado 2, ao caracterizar situação da rede da atenção básica como “precária” .

Se formos analisar de forma criteriosa, observaremos que ele não está errado. Atualmente São Pedro da Aldeia, apresenta sua estrutura de saúde voltada a atenção básica, apresentando apenas um pronto-socorro e uma policlínica. Os casos que demandam um atendimento especializado são feitos fora do município, em geral do Rio de Janeiro. Isso dificulta o processo de articulação da rede com o sistema de Saúde, imprimindo mais desafios ao trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, cuja função é organizar a rede da atenção básica referenciando este atendimento em uma rede que é atualmente insuficiente para suprir de forma qualificada e integrada as necessidades da população.

Tendo feito esta análise sobre esta nova política ministerial, apresento a partir de agora alguns apontamentos finais que pretendem contribuir para o processo de efetivação do NASF em São Pedro da Aldeia.

A análise da entrevista e do Plano Municipal de Saúde 2009-2012 apresentam que os gestores atualmente se encontram desqualificados e incapacitados, para isso entendo que ao invés de haver indicação do gestor municipal da política de saúde, uma proposta possível seria que esta escolha fosse feita de forma coletiva, considerando a participação popular, só podendo assumir o cargo, os gestores que tenham conhecimento na área.

Sugiro também que os dados elaborados pela secretaria de saúde sejam disponibilizados por programas e que estas informações sejam de fácil acesso a população, podendo deixar estes dados do portal eletrônico da prefeitura de São Pedro da Aldeia. Dever-se a também criar um espaço nesse site voltado ao repasse de informações da área de saúde, que deverá ser atualizado a proporção que os dados elaborados pelo município sejam repassados às demais instâncias.

Outro aspecto importante é a maior participação do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de saúde, que além de impor normas poderiam participar ativamente do processo de implantação, disponibilizando um profissional do Ministério da Saúde responsável pela capacitação da equipe que fosse responsável pelo desenvolvimento de algum projeto na órbita municipal. De acordo com o que foi observado, não houve essa estratégia por parte do Ministério da Saúde, somente a delegação de função, e isso fez com que os próprios profissionais tivessem que sensibilizar os gestores sobre a importância do NASF para a estrutura da secretaria de saúde.

Indico também atividades que promovam a integração entre as equipes das unidades, independentemente de estarem ou não inseridas na área estratégica do NASF. Esta interlocução entre as equipes além de promover o debate, faz com que os profissionais possuam conhecimento das estratégias municipais.

Como última proposta apresento a importância da participação popular na construção dos projetos do NASF, facilitando seu controle social e explicitando as suas demandas de saúde, ao invés de utilizar somente os dados epidemiológicos.

Assim, concluo ressaltando a relevância de fortalecer propostas como a do NASF que priorizem uma articulação dos trabalhos desenvolvidos na instância municipal na contra hegemonia da privatização da saúde, fortalecendo a universalização do SUS. Dessa forma, apesar das dificuldades de implementação do NASF em São Pedro da Aldeia o trabalho desenvolvido põem-se no rol de possibilidades de defesa da saúde pública, de qualidade e universal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2.ed. São Paulo: Cortez , 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. 7.ed. São Paulo : Cortez, 2010.

BRAVO, Maria Inês S. Lutas Sociais e Práticas Profissionais. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Saúde e Serviço Social. 4.ed. São Paulo: Cortez,2009.

_____; MENEZES, Juliana Souza B. (Org). Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez, 2012.

_____; PEREIRA, Potyara A.P. (Org).Política Social e Democracia. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL, Constituição Federal de 1988. Colaboração de PINTO, Antonio Luiz de Toledo; WINDT, Márcia Cristina Vaz dos Santos; CÉSPEDES, Livia. 45ª ed. Atual e ampl.. São Paulo: Saraiva, 2011.

_____.Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set 1990. Disponível em: <http://saude.gov.br/legislacao> acesso em: 18/09/2012

_____.Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS - e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília,31 de Dezembro.1990. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/legislacao> acesso em 18/09/2012.

_____. Ministério da Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde,1998.

_____.Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – Brasília: 2012. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> acesso em: 18/09/2012.

_____.Ministério da Saúde. 1º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro. Brasília: Editora do Ministério da Saúde,2007.

_____.Ministério da Saúde. O SUS de A a Z:Garantindo a Saúde nos Municípios. 3.ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e Novos Modelos de Gestão: faces contra a contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza B.(org) *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde, estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius,2011.

CORREIA, Maria Valéria C. Por que ser Contra os novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, Maria Inês; Menezes, Juliana Souza B.(org) *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde, estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius,2011.

COUTO, Berenice Rojas. O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível? 2.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

FAUSTO, Boris. História Concisa do Brasil. 2. 6. ed. São Paulo: EDUSP, 2006.

GIOVANELLA, Ligia (Org) et alii. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro : Fiocruz,2008.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza B.(org) *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde, estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius,2011.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 22 ed . São Paulo: Cortez, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). [Site oficial do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE)]. S.I 2012. Disponível em: <<http://ibge.gov.br>> acesso em: 22/11/2012

MOTA, Ana Elizabete (Org) et alii. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 4 ed.São Paulo: Cortez, 2009.

MPOG. Ministério do Planejamento,Orçamento e Gestão. Projeto Fundação Estatal. Secretaria de Gestão. Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos. Brasília, 2007. Disponível em: <[http:// planejamento.gov.br/gestão](http://planejamento.gov.br/gestao)> acesso em: 08/11/2012

NETTO, José Paulo. *Ditadura e Serviço Social : uma análise do serviço social no Brasil no pós-64*. 13 ed.São Paulo: Cortez,2009.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Plano Estadual de Saúde (2001-2004). Disponível em <<http://cide2.rj.gov.br>> acesso em : 30/11/2012.

_____.Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Plano Estadual de Saúde (2008-2011). Disponível em: <[http:// cide.2.rj.gov.br](http://cide.2.rj.gov.br)>

São Pedro da Aldeia (Município). Secretaria Municipal de Saúde de São Pedro da Aldeia (2009-2013). Disponível em:<<http://saude.gov.br/sargsus>> acesso em 04/11/2012.

SILVA, Giselle Souza da. *Financeirização do Capital, Fundo Público e Políticas Sociais em Tempos de Crise*. In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza B.(org) *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde, estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro para as entrevistas.

Qual o panorama da Saúde em São Pedro da Aldeia ?

Em direção aos princípios e diretrizes do SUS ?

Quais são os níveis de saúde de São Pedro da Aldeia?

Alta Complexidade, então não está na estrutura? Ela é feita fora do Município?

Qual é a estimativa da população coberta atualmente pela equipe do NASF?

Há estimativa da expansão de Cobertura ?

Do NASF?

E isso tem alguma estimativa ?

Você pode por favor, repetir a pergunta?

Há estimativa da expansão de cobertura?

Qual a forma de financiamento do NASF atualmente?

Então há alguma contra-partida do Município?

: Então atualmente em São Pedro da Aldeia, são 14 equipes que compõem o PSF. Dentre essas, oito são referenciadas pelo NASF. De que maneira é feito o contato das equipes do PSF com o NASF?

O NASF possui sede própria?

Essa unidade vai estar perto das unidades ?

Entrevistadora: Foi necessária alguma adaptação ao projeto original para São Pedro da Aldeia ou não?

O que o NASF exige da sua equipe? Existe alguma forma de aprimoramento profissional de vocês que estão nessa equipe de referência?

Vocês levam textos, dados, artigos?

Como é feito o contato das equipes do NASF com os usuários? A relação NASF com o usuário? De que maneira essa relação se constrói?

Em geral qual seria o público-alvo do NASF?

Há algum programa ou projeto sendo desenvolvidos na estrutura no NASF?

Entrevistadora: A abordagem é feita de forma interdisciplinar, multidisciplinar?

Há algum organograma que situe o NASF na estrutura da Secretaria de Saúde de São Pedro da Aldeia?

Entrevistadora: Pretende inserir?

Vocês enquanto profissionais observam as contribuições do NASF para a consolidação do Sistema Único de Saúde?

E você observa esse comprometimento ?

Existem dados epidemiológicos que comprovem a melhoria do panorama da saúde após a implementação do NASF?

Foi a primeira melhora que vocês observaram?

Bom, cabe a mim desejar felicidades e agradecer.

Para a gestão qual seria a importância do NASF em São Pedro da Aldeia?

Entrevistadora: Quais são os principais entraves para a implementação do NASF atualmente em São Pedro da Aldeia?

Diversas vezes você falou na questão da rede, na construção de uma rede. Como está a rede que poderia servir como apoio ao NASF atualmente em São Pedro da Aldeia? Entre outras políticas setoriais de que maneira vem sendo feita essa relação do NASF com a rede?

Entrevistadora: Uma busca ativa?

consolidação da estratégia do Sistema Único de Saúde?

Entrevistado: Consolidação. Não entendi a pergunta.

Entrevistadora: Se ele pode ser considerado uma forma de consolidar o SUS?

Entrevistado: Fazer ele acontecer?

Entrevistadora: Isso, isso.

Entrevistadora: Diversos autores consideram a atenção básica como uma das principais formas de gestão do Sistema Único de Saúde, talvez a mais importante. Você consideraria a atenção básica como uma das principais estratégias de manutenção do Sistema de Saúde enquanto política pública?

Através do NASF tem como vocês na gestão terem uma idéia do que está acontecendo em termos da elaboração para dados epidemiológicos no município? Na construção dos dados epidemiológicos o NASF de alguma forma contribui para a construção desses dados?

Entrevistadora: Qual a sua expectativa enquanto profissional de saúde e sanitária para o NASF em médio e longo prazo?