

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
PÓLO UNIVERSITÁRIO DE RIO DAS OSTRAS  
FACULDADE FEDERAL DE RIO DAS OSTRAS  
DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ELIZABETE DA SILVA ARAÚJO

**OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS –**

**RJ: um breve panorama atual da sua organização**

Rio das Ostras

2015

ELIZABETE DA SILVA ARAÚJO

**OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS –**

**RJ:** um breve panorama atual da sua organização

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense – Pólo Universitário de Rio das Ostras

Orientador: Juan Retana Jiménez

Rio das Ostras

2015

ELIZABETE DA SILVA ARAÚJO

**OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS –  
RJ: um breve panorama atual da sua organização**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense – Pólo Universitário de Rio das Ostras

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Juan Retana Jiménez  
Orientador  
Universidade Federal Fluminense – Pólo Universitário de Rio das Ostras

---

Prof<sup>ª</sup>.Ms. Paula Martins Sirelli  
Examinadora I  
Universidade Federal Fluminense – Pólo Universitário de Rio das Ostras

---

Prof. Ms. Bruno Ferreira Teixeira  
Examinador II  
Universidade Federal Fluminense – Pólo Universitário de Rio das Ostras

Dedico este trabalho a minha mãe, amiga, companheira, confidente e alma gêmea Abigail. Exemplo de determinação, força e coragem e a qual admiro profundamente e me espelho todos os dias.  
“Razão da minha vida eu te amo tanto, te amo tanto...”.

Belo

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que eu chegasse até aqui diante de tantos obstáculos deparados durante e principalmente na conclusão dessa trajetória acadêmica e que por vezes pareceram impossíveis de serem superados. Obrigada Senhor por ter me dado forças quando eu pensava não ter mais de onde tirá-las devido ao forte esgotamento físico, mental e emocional e por não ter me deixado desistir nos momentos em que mais fraquejei, até mesmo, quando já estava descrente.

A minha avó Angélica pela sua amorosidade mesmo em meio à distância geográfica Rio x Salvador e pelo exemplo de vida. Ao meu avô Florêncio (in memoriam) que mesmo não estando de corpo presente desde o começo dessa longa e árdua jornada, tenho a absoluta certeza que de alguma forma, me ajudou de onde está a conseguir concretizar esse sonho. Saudades eternas!

Aos meus pais por tudo o que já fizeram e fazem por mim até hoje buscando sempre me dar “aquilo” que não tiveram a oportunidade de ter. Sou grata a vocês pelo o que me tornei. Vocês são os alicerces da minha vida. A minha mãe Abigail pela doação e dedicação sem medida e apoio incondicional as minhas escolhas estando sempre ao meu lado e sendo minha maior incentivadora e também aquela que nos momentos de desânimo me incentivou incansavelmente para continuar e a crer no “impossível” através de suas orações e palavras de fé e esperança. Obrigada mãe por acreditar em mim, muitas vezes, mais do que eu mesma e ressaltar o quanto se orgulha e que vem se realizando através de mim. Essa vitória é nossa! Desejo que Deus permita que esteja presente em muitas outras.

Ao meu pai Ribamar por ser esse super pai. Obrigada por sempre estar pronto para me buscar todos os dias no ponto de ônibus quando eu chegava tarde da faculdade e depois por ter custeado boa parte das despesas acadêmicas, principalmente, quando por conta disso precisei me mudar para Rio das Ostras.

Ao meu namorado e futuro marido Cristiano pela paciência durante a construção deste trabalho e por tentar compreender meus momentos de ausência física, que foram necessários para este fim. Obrigada por todo amor e carinho que sempre recebi e por estar sempre presente nos momentos mais importantes da minha vida. Te amo!

A minha família baiana que se orgulha da primeira neta, sobrinha e prima com formação superior. Que essa conquista sirva de estímulo para as gerações de hoje e as

próximas da nossa família. Espero ainda que minha prima Lucélia que atualmente está cursando o quarto período de Serviço Social mantenha a motivação para continuar estudando.

A todos os companheiros de turma, em especial as que se tornaram minhas grandes amigas durante a graduação Luciana, Nayla, Patrícia, Cristiane e Bárbara pela cumplicidade em todos os momentos vivenciados no decorrer desta caminhada, os quais jamais esquecerei. E aos amigos que fazem parte da minha vida há mais tempo, especialmente Luane, Louren e Renatinha, mais que melhores amigas são como irmãs, pelo valor da nossa amizade e de que seja de perto ou de longe estão sempre na torcida pelas minhas realizações.

A minha supervisora de estágio Julie Malena, pela troca de saberes, anseios, angústias e pelos ensinamentos sobre a profissão.

Aos professores da Universidade Federal Fluminense do Pólo Universitário de Rio das Ostras que contribuíram para minha formação acadêmica e aos que aprovaram no Colegiado de Curso o meu retorno permitindo assim que eu pudesse concluir a graduação, especialmente aos professores Paula Sirelli e Juan Retana por serem tão humanos e pelo apoio prestados a mim e a minha família quando precisei. Paula, obrigada por todas as palavras de carinho e conforto e também pelas críticas construtivas principalmente em relação ao meu perfeccionismo, o qual reconheço e me esforçarei em melhorar. Também não me esqueço de quando há um tempo atrás me enviou por email que tinha certeza que eu seria uma “ótima assistente social”. Juan agradeço por ter me tranquilizado nos momentos mais difíceis e pelo esforço extremo em me ajudar. Obrigada também pela liberdade de pesquisa e elaboração deste trabalho e pelos retornos constantes das minhas dúvidas e questionamentos e pelas sugestões dadas que me deram uma “luz” em meio a situações de “apagão” da minha mente e sem inspiração para continuar a escrever.

Aos professores Paula e Bruno por aceitarem fazer parte da minha banca examinadora.

A todas as pessoas que diretamente e indiretamente de alguma forma torceram e colaboraram para que esse trabalho fosse possível de ser realizado. O meu muito obrigada!

“Vejo o nosso trabalho, enquanto dirigentes municipais de saúde, como uma guerra. Uma guerra contra as consequências, no campo da saúde, da miséria, da fome, da ignorância, dos ambientes de trabalho insalubres e inseguros, de toda uma forma de organização social violenta, cruel, geradora de desigualdades brutais.

Numa palavra, nós travamos uma guerra, em defesa da saúde e da vida, contra o rastro de sofrimento e de morte com o qual o capitalismo brasileiro marca a existência de milhões de pessoas.

Se esta imagem se sustenta, temos de nos equipar com uma estratégia. Chamo de “organização dos serviços de saúde” (OSS) o cerne dessa estratégia. [...]

Se é assim- e acredito que seja assim – OSS é um meio, um instrumento, subordinado ao objetivo maior, que é vencer a guerra. Já que estamos usando essa imagem- tão comum em saúde pública – vamos recorrer a um vencedor de guerras, um gênio militar, para ilustrar esse ponto.

Mão Tse-Tung, analisando a relação entre a arte militar e a política – e também entre economia e política, organização e política – sintetizou o problema com uma fórmula excelente: “a política no posto de comando”.

Evidentemente, para Mao, a política aqui significa o objetivo, a meta.

Aproveitamos a fórmula de Mao para dizer que a OSS *subordina-se* ao objetivo maior: aliviar os sofrimentos da população, reduzindo a morbidade e a mortalidade, fazendo a prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento ambulatorial e hospitalar, a reabilitação.

Em suma, defendo o ponto de vista de que, em matéria de OSS, deve reinar o mais amplo pragmatismo, e deve ser banido qualquer preconceito, qualquer dogmatismo. Creio que se deve trabalhar com a ótica de atacar os problemas principais, os riscos maiores para a vida e a saúde da população, identificados pela investigação epidemiológica, pela experiência e pela pressão popular. E atacar com os meios, materiais e humanos, disponíveis, com as forças que tivermos à mão.

[...]

Para finalizar, quero dizer que entendo a OSS como algo diferente de engenharia organizacional. Só teremos sucesso em nosso trabalho como dirigentes municipais de saúde se entendermos que OSS significa *organização de gente* (técnicos, lideranças populares e assim por diante) para enfrentar certos desafios, realizar em caráter ininterrupto certas atividades.

Organizar gente exige capacidade de apontar objetivos claros, caminhos e possibilidades. Exige conhecimento das pessoas, saber o que as move e do que são capazes. Significa saber trabalhar com a razão (a paixão fria) e com a emoção (a paixão propriamente dita). Significa aprender a trabalhar as realidades duras, aquilo que é tangível, mas também no plano dos valores, no campo das representações que a coletividade construiu ao longo de sua história – isto é, no campo do simbólico.

Não é difícil, e muito menos impossível, trabalhar assim. O único requisito indispensável é o *compromisso*. Compromisso com a vida e compromisso com os que sofrem”.

(CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 35; grifo do autor)

## RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso tem como tema central apresentar um breve panorama atual da organização dos serviços públicos da rede de atenção à saúde do município de Rio das Ostras - RJ, tendo como objetivo de compreender seus principais avanços e desafios. Sua escolha foi motivada, inicialmente, devido minha condição de estagiária por dois anos da equipe de Serviço Social do Hospital Municipal de Rio das Ostras ter possibilitado presenciar de perto a desorganização dos serviços públicos de saúde na instituição supracitada, o que me levou a curiosidade de saber e a questionar o porquê a Administração Municipal de Rio das Ostras vem enfrentando dificuldades para promover uma melhoria contínua na organização dos serviços ofertados em sua rede. Sendo assim, este estudo foi elaborado a partir de uma pesquisa de caráter qualitativo, primeiramente, através do método adotado de levantamento bibliográfico para obter melhor fundamentação teórica sobre a política de saúde brasileira com foco na abordagem de seu desenho organizacional em diferentes contextos históricos, nesse sentido, também foram utilizadas legislações pertinentes a mesma; pesquisa documental sobre o lócus da pesquisa, além de terem sido realizadas entrevistas semi-estruturadas conduzidas por meio da aplicação de questionário com a ex-conselheira municipal de saúde e com uma servidora pública municipal da saúde que trouxeram importantes contribuições acerca do objeto de estudo investigado. Ao longo da pesquisa desenvolvida, pudemos constatar semelhanças entre a atual forma de organização dos serviços públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde municipal de Rio das Ostras com a do Brasil. Sendo assim, no contexto da Política Neoliberal, o município atualmente tem priorizado, sobretudo, a Saúde Básica desenvolvendo uma gama de programas focais dando ênfase principalmente a Estratégia da Saúde da Família e fazendo constantes encaminhamentos de referência dos munícipes para cidades vizinhas. Ainda observou-se que os principais desafios locais do setor saúde estão relacionados aos fatores endógenos do município como o problema do aumento populacional e da própria gestão, mas também, aos exógenos nacionais, especialmente, ao financiamento e a municipalização da saúde.

**Palavras-chave:** Serviços públicos de saúde. Organização. Descentralização. Rio das Ostras.



## ABSTRACT

This course conclusion work is focused on presenting a brief overview of the current organization of public services of the health care network of the city of Rio das Ostras - RJ, with the goal of understanding its main advances and challenges. His choice was motivated initially because my intern condition for two years of the social service of the Municipal Hospital of Rio das Ostras have enabled close to witness the disorganization of public health services in the above mentioned institution, which made me curious to know and to question why the city government of Rio das Ostras has struggled to promote continuous improvement in the organization of services provided in your network. Thus, this study was drawn from a qualitative research, first, by the method adopted from literature to get better theoretical framework of the Brazilian health policy focusing on addressing its organizational design in different historical contexts, this sense, have also used the same relevant legislation; documentary research on the locus of research, and have been carried out semi-structured interviews conducted through a questionnaire to the municipal health former counselor and municipal public network of health that brought important contributions about the subject matter investigated . Throughout the developed research, we found similarities between the current form of organization of public services under the Municipal Health System in Rio das Ostras with Brazil. Thus, in the context of Neoliberal Policy, the municipality currently has prioritized above all, the Basic Health developing a range of focal programs emphasizing mainly the Strategy of Health and making constant reference to the citizens referrals to neighboring towns. Yet it was observed that the main local challenges of the health sector are related to the municipality endogenous factors such as the problem of population growth and management itself, but also to national exogenous especially to finance and decentralization of health.

**Keywords:** Public health services. Organization. Decentralization. Oysters River.

## **LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS**

GRÁFICO 1 - Dados Populacionais de Rio das Ostras (1996-2015).....	59
QUADRO 1 - Total de Estabelecimentos da Rede Pública de Saúde de Rio das Ostras.....	62
QUADRO 2 - Rede Primária de Atenção à Saúde de Rio das Ostras.....	63
QUADRO 3 - Funcionamento dos Programas de Saúde da Rede Municipal de Rio das Ostras.....	69
QUADRO 4 – Unidades de Atenção à Saúde Especializada de Rio das Ostras.....	72

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>Artigo</b>	<b>Art.</b>
<b>Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990</b>	8.080/90
<b>Lei 8.142 de 18 de dezembro de 1990</b>	8.142/90

## LISTA DE SIGLAS

<b>AIS</b>	Ações Integradas de Saúde
<b>CAPs</b>	Caixas de Aposentadorias e Pensões
<b>CECOVE</b>	Central de Consultas, Vagas Hospitalares e Exames
<b>CF/88</b>	Constituição Federal de 1988
<b>COGA</b>	Coordenadoria de Gestão, Avaliação e Auditoria
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
<b>CONASP</b>	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>HMRO</b>	Hospital Municipal de Rio das Ostras
<b>IAPs</b>	Institutos de Aposentadorias e Pensões
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>LOM</b>	Lei Orgânica do Município
<b>LOS</b>	Lei Orgânica da Saúde
<b>MPAS</b>	Ministério da Previdência e Assistência Social
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NOAS</b>	Norma Operacional da Assistência à Saúde
<b>NOBs</b>	Normas Operacionais Básicas
<b>SEMUSA</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUDS</b>	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1 BREVE PANORAMA HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>19</b>
1.1 Do Brasil Colônia a 1930.....	19
1.2 De 1930 a 1964.....	25
1.3 De 1964 a 1975.....	29
1.4 O processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde no país.....	31
1.4.1 De 1975 a Constituição Federal de 1988.....	32
1.5 O Sistema Único de Saúde e as mudanças no desenho organizacional da política de saúde brasileira: de 1990 aos dias atuais.....	38
<b>2 OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS – RJ.....</b>	<b>58</b>
2.1 Alguns aspectos históricos de Rio das Ostras: <i>o cenário da pesquisa</i> .....	58
2.2 Breve panorama atual da organização dos serviços da rede pública de saúde do município.....	60
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>88</b>
<b>WEBGRAFIA.....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>92</b>
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	93
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista.....	94

## INTRODUÇÃO

Antes da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema de saúde brasileiro caracterizava-se por ser bastante centralizado em suas ações no nível federal, marcado pela dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médico-hospitalar e com ênfase nas privatizações. Além disso, não se verificava a participação popular na gestão da política de saúde brasileira.

No que se refere a organização dos serviços de saúde não havia integração entre os mesmos e eram dispostos de forma isolada.

Cabe ressaltar também que os municípios brasileiros, até então, não tinham uma responsabilidade efetiva com a questão saúde. No entanto, isso mudou com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88) que atribuiu como uma de suas competências, a responsabilidade de ser o principal prestador direto dos serviços de atendimento à saúde da população, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado (BRASIL, 2012, art. 30, inciso VII).

Essa mesma constituição, em seu art. 198 estabeleceu que as ações e os serviços públicos de saúde devem fazer parte de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo assim, um sistema único, o SUS (BRASIL, 2012).

Ainda segundo o mesmo art. da CF/88, o SUS seria organizado de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo (União, Estados e municípios) (BRASIL, 2012, inciso I). Outras diretrizes que orientam sua organização é o atendimento integral e a participação da comunidade, com controle social na gestão do SUS (BRASIL, 2012, incisos II e III).

Quanto ao conceito de descentralização<sup>1</sup> do SUS, de acordo com o documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* publicado pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) a mesma

Baseia-se no entendimento de que a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde deve ser distribuída entre as esferas de governo, considerando-se

---

<sup>1</sup> Este trabalho não tem a pretensão de esgotar a discussão sobre a descentralização da saúde, mas sim, de mostrar de forma sucinta, a sua correlação com a municipalização da saúde.

que a chance de acerto de uma decisão será maior se ela for tomada por quem está próximo do fato que a mobiliza (BRASIL, 2009a, p.12).

Nessa perspectiva, a principal estratégia de descentralização adotada pelo SUS foi a municipalização da Saúde (BRASIL, 2009a) reforçada no art.7º, inciso IX, da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 - 8.080/90 que determinou a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, mas com *ênfase principalmente na descentralização dos serviços para os municípios* (BRASIL, 1990a, art.7º, inciso IX, letra a), que se tornaram o principal responsável pela saúde de sua população (BRASIL, 2006a).

Sendo assim, no âmbito dos municípios, a direção do SUS é exercida pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) ou outro órgão equivalente (BRASIL, 1990a, art. 9º, inciso III), que tem entre as suas atribuições, a função de *organizar as ações e os serviços de saúde em seu território*, como é o caso de Rio das Ostras, que diante do crescente aumento populacional do município verificado nos últimos anos, vem enfrentando cotidianamente esse grande desafio, ressalta-se ainda no contexto dos impactos do neoliberalismo na política de saúde brasileira.

Nesse sentido, o presente trabalho se propõe a apresentar um breve panorama atual da organização dos serviços públicos de saúde no município de Rio das Ostras – RJ.

A escolha da temática se deu devido a observações realizadas no campo de estágio<sup>2</sup> em Serviço Social no Hospital Municipal de Rio das Ostras (HMRO), no qual pude observar os reflexos da falta de organização dos serviços públicos de saúde ofertados na rede municipal na vida de seus usuários, uma vez que estes, constantemente sofriam com: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde oferecidos; acolhimento não humanizado aos serviços; demora no atendimento; falta de profissionais; longa lista de espera para agendamento de exames, principalmente, os de alta complexidade; cancelamento de cirurgias eletivas e de emergência por falta de material; o não funcionamento do sistema de referência e contrarreferência o que acarretava em constantes “idas” e “vindas” dos mesmos geralmente encaminhados para diferentes unidades sem resolutividade de seus problemas em saúde, entre outros problemas.

Essas inúmeras questões (que chegaram a ser registradas por mim no diário de campo na época) geravam grande insatisfação dos usuários, que se apresentavam como demanda para

---

<sup>2</sup> Onde permaneci por dois anos.

a equipe de Serviço Social da instituição supracitada, uma vez que o assistente social que atua na área da saúde também é responsável por intermediar “a relação entre o dever do Estado e o direito à saúde do cidadão” (CAVALCANTI e ZUCCO, 2009, p.79).

Por outro lado, o discurso<sup>3</sup> nos meios de comunicação sobre o problema no atendimento da demanda da população por serviços públicos de saúde em Rio das Ostras era sempre o mesmo: “*O desafio de promover uma Saúde Pública de qualidade no município diante do acelerado crescimento populacional*”; “*A demanda aumenta porque a cidade não pára de crescer*” e etc. Essas supostas explicações, logo me despertou o interesse em conhecer o “outro lado da moeda”. Ao invés de analisar a percepção dos usuários sobre os serviços de saúde ofertados, então, porque não, compreender esse desafio assumido pela Administração Municipal em organizá-los de forma a garantir o atendimento integral a população, diante de um sistema tão complexo e contraditório como o SUS?

Acredita-se na relevância acadêmica deste tema relacionado a questão saúde por se tratar de um setor que absorve um grande número de assistentes sociais, e entre os muitos desafios colocados a estes, está também o de conhecer a estrutura e como estão organizados os serviços de saúde tanto em âmbito local como regional. Já do ponto de vista social, esperamos que este trabalho possibilite que os usuários dos serviços de saúde do SUS em Rio das Ostras e de outras localidades conheçam um pouco mais sobre o funcionamento do SUS em seu município, e conseqüentemente, incite o interesse da sua participação, na tomada de decisões voltadas às ações e organização da Saúde Pública onde residem.

O objetivo geral deste trabalho é compreender os principais avanços e os desafios atuais na organização dos serviços públicos da rede municipal de saúde de Rio das Ostras – RJ.

Dentre os objetivos específicos estão: Conhecer os serviços oferecidos pelo município, bem como sua organização; Saber a percepção das entrevistadas sobre a descentralização; Conhecer algumas das ações que vem sendo realizadas pela SEMUSA frente as demandas em saúde da população rioestrense.

A pergunta problema deste trabalho busca saber quais fatores interferem na boa organização dos serviços públicos de saúde no município de Rio das Ostras?

---

<sup>3</sup> Que eu me recordo, mas sem muitos detalhes.



A hipótese sustentada é de que a falta de planejamento das ações pelos gestores municipais interfere diretamente na organização e na resolutividade dos serviços de saúde, tendo em vista que diante da complexidade do sistema os mesmos tem que estar preparados para assumir os novos desafios postos na realidade que está em constante mudança, desde que seus objetivos estejam em consonância com as reais demandas de sua comunidade.

A metodologia utilizada baseia-se na pesquisa de caráter qualitativo sendo: a) primeiramente realizada uma pesquisa bibliográfica buscando autores que abordam o tema sobre a política nacional de saúde brasileira e também as leis que abordam sobre ele; b) as informações sobre o cenário da pesquisa - Rio das Ostras - foram com base no banco de dados Cidades @ do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Site Oficial da Prefeitura de Rio das Ostras; c) análises documentais de relatórios finais das conferências municipais, relatório de gestão e lei orgânica municipal<sup>4</sup>. Para complementar a pesquisa documental foram realizadas duas entrevistas semi-estruturadas que seguiram um roteiro (APÊNDICE B) com perguntas previamente elaboradas, gravadas e posteriormente transcritas realizadas com a ex-conselheira municipal de saúde de Rio das Ostras e uma servidora municipal da saúde.

Cabe ressaltar duas grandes dificuldades encontradas que tive durante a realização da pesquisa. A primeira foi a demora do retorno da minha solicitação junto a SEMUSA aos cuidados da atual Secretária para convite de participação como voluntária da nossa pesquisa “Organização dos serviços públicos no município de Rio das Ostras - RJ” inerente ao meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Por esse motivo, meu objetivo inicial, que era apresentar um panorama histórico da organização dos serviços públicos de saúde no município, não foi possível ser realizado. A outra dificuldade foi a aquisição de documentos atualizados que possibilitassem um melhor aprofundamento da análise do objeto de estudo.

Apesar dos problemas expostos, a temática proposta atendeu em parte minhas expectativas, pois esperava poder aprofundar mais sobre o assunto. Por isso, ressalto a necessidade de ampliação e aprofundamento da pesquisa, sendo assim, espero que este trabalho sirva de estímulo para pesquisas futuras.

---

<sup>4</sup> Ressalta-se que pode ocorrer de algumas informações obtidas não apresentarem a profundidade necessária para a pesquisa, por não estarem atualizadas em relação ao ano de entrega deste trabalho.

O referido estudo foi desenvolvido em dois capítulos, além da introdução e das considerações finais.

No primeiro capítulo será apresentado um breve panorama histórico da organização dos serviços de saúde no Brasil, desde a época do Brasil Colônia em que seguia o mesmo modelo da Colônia Portuguesa, perpassando o Império onde ainda era rudimentar e bastante centralizada até chegar a Proclamação da República, período que começou a surgir algumas propostas de descentralização das ações em saúde, contudo, vista ainda, com certa desconfiança por alguns segmentos da sociedade.

Ainda nesse capítulo será mostrado o surgimento de algumas iniciativas de organização do setor saúde no século XX impulsionadas por médicos sanitaristas que constituíram um movimento pela mudança na organização sanitária brasileira. Um destaque no período foi a realização da III Conferência Nacional de Saúde de 1963 em que apareceu a proposta da municipalização dos serviços de saúde. No entanto, em contraposição, veio uma organização da prática médica voltada para a lucratividade do setor saúde com foco na privatização durante o período Ditatorial. Em seguida, serão destacados alguns fatos importantes que contribuíram para a disseminação da proposta de um novo modelo de organização das ações e serviços de saúde através de um sistema mais descentralizado, como o Movimento da Reforma Sanitária, as Ações Integradas de Saúde (AIS), os Sistemas Unificados de Saúde (SUDS), a VIII Conferência Municipal de Saúde de 1986, até chegar a promulgação da CF/88 que orientou a constituição do SUS, integrando todas as ações e serviços públicos de saúde em uma rede organizada de forma regionalizada, hierarquizada, descentralizada, de atendimento integral e com a participação da comunidade.

Outro ponto neste capítulo que serão apresentadas são as mudanças significativas verificadas no desenho organizacional da política de saúde brasileira a partir da implantação do SUS, analisando seus principais princípios e diretrizes com ênfase na diretriz da descentralização dos serviços para os municípios, ou seja, a municipalização da saúde mostrando as implicações da hegemonia neoliberal na política de saúde brasileira, mais especificamente nos serviços de saúde, abordando a sua atual forma de organização no Brasil.

Ressalta-se ainda que ao longo de todos os itens do primeiro capítulo será destacado também a evolução da responsabilidade dos municípios no tocante as ações e serviços de saúde oferecidos em seu território.

Já no segundo e último capítulo será feita uma breve contextualização histórica do cenário da pesquisa, o município de Rio das Ostras. Em seguida, apresentaremos um breve panorama atual dos serviços públicos de saúde no município de Rio das Ostras buscando compreender os principais avanços e desafios da rede municipal no que se refere a sua organização. Nessa perspectiva, serão apresentados os serviços ofertados, algumas das ações realizadas pela SEMUSA, entre outras questões relevantes.

# 1 BREVE PANORAMA HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

A compreensão da atual forma de organização dos serviços públicos de saúde no Brasil nos remete a análise de diferentes contextos históricos, políticos, econômicos e sociais para nos atentarmos ao que levou a necessidade da construção de um novo sistema de atenção à saúde vigente de modelo descentralizado, regionalizado, hierarquizado, integral e submetido ao controle social. Para tanto, teremos o Brasil Colônia como marco inicial desse breve percurso histórico que percorremos a partir do item a seguir.

## 1.1 Do Brasil Colônia a 1930

Durante o período colonial, a organização sanitária do Brasil seguia o mesmo modelo da metrópole portuguesa. Os serviços de saúde das suas tropas militares estavam sob a responsabilidade do “cirurgião-mor” dos Exércitos de Portugal. Já o “físico-mor” do reino era quem respondia pelo saneamento dos portos, pela profilaxia das doenças epidêmicas que assolavam algumas regiões do país como a varíola, a febre amarela, a malária, entre outras, e às questões relativas ao exercício do trabalho dos boticários, cirurgiões, curandeiros e de outras profissões existentes. Desse modo, os problemas de saúde e higiene eram de responsabilidade das autoridades locais (PAIM, 2009; BRASIL, 2008).

É interessante saber que

A primeira organização sanitária do Brasil foi criada por D.João VI, que, na sua fuga para o nosso país, perseguido pelo exército Junot, trouxe muitos dos mais notáveis cirurgiões do Reino e chegando à Bahia, a 26 de janeiro de 1808, já em 7 e 9 de fevereiro baixava alvarás, transferindo para o Brasil toda a legislação sanitária de Portugal, sem nenhuma consideração pelas realidades locais (BRASIL, 1963, p.193).

Nessa época, a assistência médica era realizada por entidades filantrópicas ligadas a Igreja Católica como as Santas Casas de Misericórdia consideradas a “raiz” da assistência

médico-hospitalar no país (MOURA e GARCIA, 1994; BRASIL, 2008). Já aqueles que dispunham de recursos financeiros recorriam aos médicos particulares liberais (PAIM, 2009). Portanto, observa-se que cabia aos indivíduos, a responsabilidade de resolver por conta própria os seus problemas de doença, uma vez que, até então, o direito à saúde “não estava vinculado a condição da cidadania” (PAIM, 2009,p.33).

Aciole (2006) frisa que essa responsabilidade individual e local em questões de saúde, gradativamente foi dando espaço a uma concepção de saúde como preocupação mais coletiva e nacional. Veremos através das determinações sócio-históricas o porquê dessa mudança no decorrer deste capítulo.

Com a vinda da família real para o Brasil em 1808, houve uma piora da situação sanitária do país, isso porque, as já precárias condições de saneamento agravaram-se ainda mais com o crescente aumento populacional contribuindo assim rapidamente para a disseminação de doenças transmissíveis, o que acarretou um alto índice de mortalidade. Neste mesmo ano, foram criadas as duas primeiras escolas de medicina, uma no Rio de Janeiro e outra na Bahia (MOURA e GARCIA, 1994).

Ainda neste período, a assistência à saúde passou a ser supervisionada diretamente pelo poder central com ênfase principalmente nas medidas de vigilância sanitária e baseada em normas e estabelecimentos de controle do espaço urbano (MOURA e GARCIA, 1994).

A partir de 1828, durante o Império, foram extintos os cargos de cirurgião-mor e físico-mor da saúde. Com isso, as responsabilidades da saúde pública passaram a ser atribuições das Câmaras Municipais. Em 1850, após uma reforma dos serviços sanitários foi criada uma Junta de Higiene Pública, dividida em serviços terrestres e marítimos. Uma nova reforma efetuada culminou na criação da Inspeção Geral de Higiene e de Saúde dos Portos e de um Conselho Superior de Saúde Pública (MOURA e GARCIA, 1994; PAIM, 1994; GALVÃO, 2009).

Paim (2009) relata que diante da presença de epidemias na época, a ação comunitária

se organizava no nível local, em comissões formadas a cada episódio de saúde relevante ou por intermédio da câmara de vereadores. Mas quando a situação se complicava, a opção era pela concentração das decisões no governo central (PAIM, 2009, p.27).

Diante da citação do autor acima, Galvão (2009) nos chama atenção para a questão da municipalização *versus* centralização. Segundo o mesmo, esse fenômeno teria ocorrido durante todo o período colonial e persistido também no Brasil Império marcado, sobretudo, pela constante alternância de poder e responsabilidade sobre a higiene pública entre o poder central e o poder das câmaras municipais.

Sendo assim, no final do período imperial, tinha-se uma organização sanitária brasileira rudimentar, centralizada e “incapaz de responder às epidemias e de assegurar a assistência aos doentes sem discriminação” (PAIM, 2009, p.27).

Com a proclamação da República em 1889, a responsabilidade pelas ações de saúde passou a ser uma atribuição dos estados<sup>5</sup>. No entanto, ainda havia a “ausência de um Estado atuante na questão da saúde e, por extensão, nas questões sociais, ao passo que a própria prática médica também era restrita em sua ação e em sua abrangência” (ACIOLE, 2006, p.128).

Com relação a citação anterior, Paim (2009) explica que isso se deve ao fato de durante a República Velha<sup>6</sup> ter imperado a concepção liberal de Estado, a de que deveria intervir somente nas situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de solucionar. Além disso, segundo o mesmo autor, o poder público era bastante omissivo no que chama de espécie de “não-sistema de saúde”.

Quanto a organização dos serviços de saúde no Brasil antes da institucionalização do SUS, Paim (2009) expõe que era bastante “complicada” e “confusa”, pois cada parte que a compunha, não estabelecia relações com as outras, atuando de forma isolada e com objetivos bastante diferentes, muitas vezes realizando as mesmas ações. O mesmo autor afirma que esta “duplicação de esforços” desperdiçava recursos e conseqüentemente dificultava a resolução dos reais problemas de saúde da população.

Diante disso, Moura e Garcia (1944) salientam que apesar da Constituição de 1891 ter estabelecido a descentralização das ações de saúde, ainda assim, permaneceu “uma certa indefinição, dualidade de poderes e incapacidade de vários níveis em lidar com a defesa sanitária” (MOURA e GARCIA, 1994, p.38).

---

<sup>5</sup> No art. 5º da Constituição de 1891 foi incumbido a cada Estado “prover, a expensas próprias, as necessidades de seu Governo e administração”, aí incluído a saúde (BRASIL, 1891).

<sup>6</sup> Período que compreende os anos de 1889 a 1930.

Ainda com relação à descentralização, Paim (2009) destaca que a mesma até então era vista com certa desconfiança por alguns segmentos da sociedade e considerada como algo negativo, devido aos estados nesse contexto, estarem sendo reconhecidos como o “locus” da oligarquia.

Segundo Aciole (2006) o Brasil das duas primeiras décadas do século XX foi “um cenário violento de transformações político-sociais” (ACIOLE, 2006, p.127).

De acordo com Braga e Paula (1986:41-42 apud Bravo, 2009) foi no início do século supracitado, nos marcos da economia capitalista exportadora cafeeira, contexto de avanço da divisão do trabalho e emergência do trabalho assalariado, que a saúde emergiu no cenário brasileiro como uma “questão social”<sup>7</sup>, também colocado por Paim (2009, p.27) como “um problema que não se restringia ao indivíduo, exigindo respostas da sociedade e do poder público”.

Desde o início do século passado, as epidemias se tornaram uma grande ameaça a economia agroexportadora. Com isso, o poder público foi obrigado a adotar algumas medidas sanitárias nas cidades como o combate a “vetores”, a vacinação e etc. Nessa época, a saúde pública foi marcada pela reforma dos órgãos federais e realização de campanhas sanitárias. Este tipo de organização da saúde pública no Brasil foi denominado por alguns autores de “modelo sanitário campanhista” (PAIM, 2009; BRASIL, 2008).

No entanto, vale ressaltar que a questão saúde era tratada muito mais como “caso de polícia do que como questão social” (PAIM, 2009). Nesse sentido, a realização de campanhas sanitárias “lembrava uma operação militar, e muitas das ações realizadas inspiravam-se no que se denomina polícia sanitária” (PAIM, 2009, p.29). A vacinação, por exemplo, era obrigatória, sendo assim, as pessoas não tinham direito de escolher o tratamento preferido. Além disso, os pobres eram constantemente expulsos das áreas centrais das cidades.

Estas medidas de cunho autoritário provocaram o surgimento de intensos protestos por parte de alguns setores da sociedade, mas que foram violentamente reprimidos pela polícia na época (MOURA e GARCIA, 1994).

---

<sup>7</sup> A questão social é “expressão das desigualdades sociais constitutivas do capitalismo. Suas diversas manifestações são indissociáveis das relações entre as classes sociais que estruturam esse sistema e nesse sentido a Questão Social se expressa também na resistência e na disputa política” (YAZBEK, 2009, p.2).

Desse modo, pode-se observar que nesse período, o planejamento e programação das ações em saúde, não levavam em consideração o verdadeiro perfil epidemiológico da população (BRASIL, 2008).

Também é importante mencionar que ao longo do período da história da política de saúde esteve presente nas ações em saúde a noção de “ausência de doenças”. Devido a isso, a organização dos serviços centrava-se na “lógica do adoecimento do indivíduo” o que pressupunha uma intervenção médica no sentido de recuperar sua saúde, por meio do uso de medicamentos, internação, entre outras prescrições médicas. Para tanto, eram requisitados profissionais com a função de curar ou evitar a propagação das enfermidades (CAVALCANTI e ZUCCO, 2009).

Segundo as autoras, essa explicação do processo saúde-doença só foi superada teoricamente em 1948, com uma nova concepção da Organização Mundial de Saúde (OMS) em relação a saúde, ao conceituá-la como “complexo bem-estar físico, mental e social” (CAVALCANTI e ZUCCO, 2009). Para as autoras, essa nova compreensão significou um verdadeiro avanço no entendimento de que o indivíduo não se limitava apenas à dimensão biológica e de que a medicina não era a única profissão voltada à garantia de saúde e recuperação da população, mas devendo haver um olhar multidisciplinar para o processo saúde-doença, com a atuação também de outros profissionais na viabilização das políticas de saúde.

Todavia, essa visão “avançada” de saúde, ainda manteve a doença sob a responsabilidade do médico, colocando os outros profissionais na condição de “paramédicos” (CAVALCANTI e ZUCCO, 2009). Além disso, segundo as mesmas, propunha “um estado ideal de saúde compartimentado em áreas (mental, física e social) que estão relacionadas ao organismo, sem situá-lo na realidade social, econômica e política na qual estava inserido” (CAVALCANTI e ZUCCO, 2009, p.68). As autoras ressaltam ainda que esse entendimento deu a diretriz para a estruturação dos serviços, bem como da formação e atuação dos profissionais de saúde na segunda metade do século XX.

Na década de 1990 começaram a surgir algumas iniciativas de organização do setor saúde que foram aprofundadas mais efetivamente a partir da década de 1930, como veremos mais adiante no item 1.2 deste capítulo (BRAVO, 2009).



Os serviços de saúde pública são ordenados, surge uma política de saneamento para os centros urbanos de importância sócio-econômica e são introduzidas novas práticas ligadas às descobertas bacteriológicas da época (MOURA e GARCIA, 1994, p.38).

Na década de 1910, surgiu um movimento pela mudança na organização sanitária brasileira liderado por médicos sanitaristas como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, entre outras figuras importantes, que contou com a presença de algumas autoridades políticas e intelectuais. Sua importância foi reconhecida a partir da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e de uma estrutura permanente de serviços de saúde pública nas áreas rurais.

Aciole (2006) assinala que no Brasil, até a década de 1920, “não se verifica uma clara definição de política de saúde, nem de nenhuma política social, no cenário social em evolução” (ACIOLE, 2006, p.124). Nessa mesma década segundo Bravo (2009), a saúde pública adquiriu um “novo relevo no discurso do poder” havendo tentativas de ampliação dos serviços no país. Com relação a isso, Aciole (2006, p.140) destaca que

O surgimento de novas demandas trazidas pelas transformações sociais, econômicas e políticas inaugura um período, a partir da década de 1920, de significativas e inquietantes mudanças para o setor de serviços, entre os quais a questão da saúde, individual e coletiva, aparecerá como elemento inquestionável.

Neste período, foram tomadas algumas medidas que segundo Bravo (2009) se constituíram no “embrião” do sistema previdenciário brasileiro. Dentre essas, a mais importante foi a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), após a aprovação da Lei Elói Chaves em 1923. Behring e Boschetti (2009, p.80) colocam que as CAPs foram “as formas originárias da previdência social brasileira, junto com os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), sendo o dos funcionários públicos o primeiro a ser fundado”.

Organizadas por empresas, as CAPs eram financiadas de forma tripartite pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados sendo que estes últimos e os patrões tinham participação paritária na administração das mesmas. Os benefícios eram de acordo com as contribuições, sendo previstos: assistência médica-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadorias por tempo de serviço, invalidez e velhice, pensão para os dependentes, além de auxílio funeral (BRAVO, 2009).

Em relação ao “não-sistema de saúde”, Paim (2009) destaca que este foi formado ao longo do século XX, marcado pela dicotomia entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar, como veremos no item a seguir.

## 1.2 De 1930 a 1964

A partir da década de 1930, ocorreram algumas mudanças significativas na sociedade brasileira que segundo Bravo (2009) teve como indicadores mais expressivos: o processo de industrialização cujas características principais foram a aceleração da urbanização e a consequente ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de saúde, higiene e moradia; a redefinição do papel do Estado que passou a intervir mais efetivamente na saúde e o surgimento das políticas sociais para responder às questões sociais, de forma mais “orgânica” e “sistemática”, incluindo as de saúde, já colocadas desde a década de 1920 (BRAVO, 2009).

Nessa mesma década de 1930 também foi colocada a questão da saúde do trabalhador com a criação do Ministério do Trabalho. Dois anos depois, foi criada a Carteira de Trabalho que passou a ser “o documento da cidadania” no Brasil (BEHRING e BOSCHETTI, 2009).

Bravo (2009) informa que, ainda nesse período, foi elaborada uma política de saúde de caráter nacional, mas organizada em dois subsetores que segundo Paim (2009) desde as suas origens, “percorreram caminhos paralelos, de forma relativamente autônoma e respondendo a pressões distintas” (PAIM, 2009, p.30): o de saúde pública e o de medicina previdenciária.

O subsetor de saúde pública era destinado “à população que não estava inserida no mercado formal de trabalho” (CAVALCANTI e ZUCCO, 2009, p.69) e foi predominante até meados da década de 1960 atuando com foco na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, ainda restritamente, para as rurais (BRAVO, 2009).

Braga e Paula (1986 apud Bravo, 2009) citam as principais medidas adotadas para a saúde pública no período de 1930 a 1940, que foram: ênfase nas campanhas sanitárias; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em virtude dos

intensos fluxos migratórios de mão de obra para as cidades; criação de serviços de combate às endemias; reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, entre outras.

Já a medicina previdenciária era destinada aos contribuintes da previdência social que se encontravam inseridos no mercado formal de trabalho, e em vista disso, possuíam carteira de trabalho assinada. A ênfase de sua atuação era centrada na especialização clínica e na medicina hospitalar (CAVALCANTI e ZUCCO, 2009).

Este subsetor teve início com as antigas CAPs que posteriormente foram sendo substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que passou a ter a participação direta do Estado na sua arrecadação, financiamento e administração (MOURA e GARCIA, 1994).

Segundo Bravo (2009) o subsetor de medicina previdenciária sob a lógica do “seguro social”<sup>8</sup> (MOURA e GARCIA, 1994) teve a pretensão de ampliar os seus benefícios para um maior número de categorias de assalariados urbanos como uma maneira de “antecipar” as suas possíveis reivindicações e “não proceder uma cobertura mais ampla” (BRAVO, 2009, p.92).

Organizados por categorias profissionais e não mais por empresas, a partir dos IAPs, os trabalhadores foram agrupados de acordo com cada ramo de atividade<sup>9</sup>.

Diante do exposto até aqui, ao analisar a organização dos serviços de saúde no Brasil antes da existência do SUS, Paim (2009) observa que

Vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como *saúde pública*; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a *medicina previdenciária* e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009, p.31; grifo do autor).

No entanto, Aciole (2006) destaca que após os anos 1930, houve uma diferenciação na organização da produção de serviços de assistência médica à população brasileira, “produto

---

<sup>8</sup> Os benefícios eram proporcionais ao pagamento e dirigido somente aos contribuintes e seus familiares (MOURA e GARCIA, 1994).

<sup>9</sup> Foram criados os institutos dos marítimos (IAPM) em 1933, o dos bancários e comerciários (IAPC) em 1934, os dos industriários (IAPI) em 1936, o dos servidores do Estado (IPASE) em 1938, entre outros. Informação obtida no Wikipédia. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Instituto\\_Nacional\\_de\\_Previd%C3%Aancia\\_Social](https://pt.wikipedia.org/wiki/Instituto_Nacional_de_Previd%C3%Aancia_Social)>. Acesso em: 6 out.2015.

do modelo de desenvolvimento social e econômico que então se adota” (ACIOLE, 2006, p.140).

Um aspecto importante no período de 1930 foi em relação à modificação do modelo econômico agroexportador para uma característica mais industrial que alterou o foco de atuação da assistência à saúde. As ações voltadas para a necessidade de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias foram direcionadas para as ações de manutenção do indivíduo, no sentido de valorização da mão de obra responsável por manter o processo de produção e acumulação do capital (BRAVO, 2009). Essa mudança deu origem a uma assistência médica individual e curativa (ACIOLE, 2006).

Já na década seguinte, em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) por meio de um convênio com órgãos do governo americano e patrocinado pela Fundação Rockefeller (PAIM, 2009; BRAVO, 2009).

Bravo (2009) salienta que a Política Nacional de Saúde que começou a ser delineada desde 1930, como vimos anteriormente, só foi consolidada no período de 1945-1950. A partir deste período, aconteceram importantes reformas que marcaram a “trajetória evolutiva da saúde como uma política pública que adquire sua marca mais expressiva” (ACIOLE, 2006, p.156).

Na visão de Oliveira e Teixeira (1986:61-65 apud Bravo, 2009) o modelo de previdência que conduziu os anos 1930 a 1945 no Brasil foi o de “orientação contencionista”. Para as autoras, um dos principais determinantes para essa diminuição dos gastos foi em virtude do rápido crescimento da massa de trabalhadores inseridos. Nessa direção, a previdência se preocupou mais com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços (BRAVO, 2000 apud BEHRING e BOSCHETTI, 2009; BRAVO, 2009). Com isso, foram estabelecidos os limites orçamentários máximos para as despesas com a “assistência médico hospitalar e farmacêutica” (BRAVO, 2009). Observa-se, portanto, que a saúde não era uma prioridade.

Moura e Garcia (1994) assinalam que entre 1946 e 1947, após a segunda Guerra Mundial, em relação aos serviços de saúde deparava-se com

Degradação do quadro sanitário, um modelo ineficaz e inadequado de Saúde Pública verticalista, a emergência da rede privada hospitalar privada lucrativa e a tendência crescente à especialização mercantilizada e à

fragmentação da medicina (e seu encarecimento). O modelo previdenciário passa a comprar serviços médico-hospitalares na rede privada, mediante apresentação de faturas (MOURA e GARCIA, 1994, p.39).

Na década de 1950, mais precisamente em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MS), órgão responsável pela medicina preventiva (CAVALCANTI e ZUCCO, 2009). Segundo Paim (2009) após sua institucionalização, o combate a determinadas doenças passou a ser realizado por serviços específicos e centralizados. Até o presente ano, verificou-se também a transformação de muitas campanhas sanitárias em órgãos ou serviços responsáveis pela febre amarela, tuberculose e etc (PAIM, 2009).

Bravo (2009) aponta que a partir de 1950, já havia uma estrutura de atendimento hospitalar de caráter privado com fins lucrativos que direcionou para a formação das “empresas médicas”. Apesar disso, segundo a mesma autora, a assistência médica previdenciária continuou sendo fornecida pelos serviços próprios dos IAPs até 1964. No entanto, as formas de compra dos serviços médicos a terceiros que antes apareciam de forma “minoritária” no quadro da prestação da assistência médica destes institutos, se sobressaem durante a ditadura militar, como veremos no item 1.3 deste capítulo.

Entre dirigentes e burocratas dos institutos, prevaleceu a opção de comprar serviços médico-hospitalares do setor privado para os segurados da previdência, ao invés de investir em serviços próprios, de modo a ampliar a infraestrutura pública de serviços de saúde. Esta política, conhecida como *privatização*, foi intensificada nos governos militares (PAIM, 2009, p.34; grifo do autor).

Um marco importante na história da saúde pública no Brasil foi a realização da III Conferência Nacional de Saúde em 1963, convocada pelo então ministro de saúde da época, Wilson Fadul (BRASIL, 1963).

Em seu relatório final foi exposta a situação sanitária da população brasileira marcada na época pela rápida disseminação de doenças de massa, pestilenciais e transmissíveis, como vimos no item anterior. Além disso, foi fixado um plano nacional de saúde e proposta a “distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal” definindo suas respectivas atribuições, visando, sobretudo, a municipalização dos serviços de saúde (BRASIL, 1963).

Todavia, na contramão dessas proposições, veio um novo regime que se instalou no país após o golpe militar de 1964, que fez com que o Brasil passasse a viver sob uma ditadura civil-militar.

### 1.3. De 1964 a 1975

De acordo com os autores estudados, no período da ditadura militar, houve uma forte expansão da política social brasileira como estratégia de busca de legitimidade do regime “militar-tecnocrático-empresarial” (BEHRING e BOSCHETTI, 2009). No entanto, os problemas estruturais além de não terem sido resolvidos foram aprofundados, tornando-se ainda mais complexos e atingindo uma dimensão maior (Bravo 2009).

Cabe ainda lembrar que essa foi uma época marcada por forte censura, tortura e repressão.

Nesse contexto, a questão social foi reconfigurada passando a ser enfrentada por parte do Estado num “mix” de repressão e assistência para manter sob controle “as forças do trabalho” que despontavam no cenário brasileiro (BEHRING e BOSCHETTI, 2009). Sobre isso, Bravo (2009, p.93) destaca que

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o 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 as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2009, p.93).

Em 1966, com exceção do instituto dos servidores do Estado, todos os institutos foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que ofertava seus benefícios somente para os trabalhadores com carteira assinada.

Bravo (2009) destaca que essa unificação da Previdência Social se deu atendendo a duas características principais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e a retirada definitiva dos trabalhadores da gestão da previdência, restando-lhes somente o papel de financiadores. Ainda segundo a mesma autora, foi principalmente após essa reestruturação

do setor que houve um significativo declínio da saúde pública e, em contrapartida, o rápido crescimento da medicina previdenciária. Em ambas, foi imposta a “medicalização da vida social” incluindo, por exemplo, modificações tecnológicas na prática da medicina.

Oliveira e Teixeira Fleury (1986:207 apud BRAVO, 2009) relatam que nessa conjuntura foi implantado no país o modelo de “privilegiamento do produtor privado” que teve como características: a ampliação da cobertura previdenciária para quase toda a população urbana, incluindo após o ano de 1973, os trabalhadores rurais e autônomos e as empregadas domésticas; ênfase na prática médica, individual, curativa, assistencialista e especializada; interferência do Estado na previdência; organização da prática médica que ao assumir as características capitalistas esteve voltada para a lucratividade do setor, favorecendo a capitalização da medicina e com diferenciação do atendimento em relação à clientela, entre outras.

Verifica-se nesse período, a ampliação do processo de privatização pela prática da compra de serviços a terceiros, baseados predominantemente no atendimento hospitalar (MOURA e GARCIA, 1994). Desse modo, a Ditadura Militar acabou abrindo espaços para a saúde, a previdência e a educação privadas, “configurando um sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar” (BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p.137). As autoras afirmam que essa é uma das principais heranças deixadas pelo regime militar para a política social.

Paim (2009) menciona um estudo realizado no interior do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que identificou o sistema de saúde brasileiro como: insuficiente, descoordenado, inadequado, mal distribuído, ineficiente e ineficaz. Para o autor, o mencionado estudo não explicitou outras quatro: autoritário, centralizado, injusto e corrupto (MOURA e GARCIA, 1994).

As autoras Cavalcanti e Zucco (2009) destacam os principais fatores que teriam contribuído para a ineficiência do sistema de saúde brasileiro em responder ao quadro epidemiológico da época: a generalização da demanda social por consultas médicas em virtude das graves condições de saúde da população; a progressiva predominância de um sistema de atenção médica de massa; a desvinculação do ensino médico da realidade sanitária e a consolidação da relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre serviços de saúde e os usuários.

Consequentemente com isso, agravou-se ainda mais o estado sanitário da população, acarretando diversas críticas sobre a estrutura dos serviços de saúde. Logo, no final dos anos 1970, o sistema de saúde vigente passou a ser amplamente questionado por diversos setores da sociedade gerando grande insatisfação da população e crescimento do número de denúncias na área da saúde (CAVALCANTI e ZUCCO, 2009).

Por toda a sociedade surgiram denúncias ao modelo econômico, concentrador de renda e causador do arrocho salarial e da piora das condições de vida. Na saúde, o processo de denúncia partiu da estrutura de serviços, sua ineficiência (em termos de relação custo/benefício), descontrole dos gastos públicos e falta de capacidade gerencial-administrativa para controlar as contas do setor privado, principalmente contratado (MOURA e GARCIA, 1994, p.40).

É justamente nesse contexto que foi organizado um movimento social composto por segmentos populares, profissionais de saúde, estudantes, pesquisadores, representantes de instituições, entidades comunitárias e organizações da sociedade civil ligadas ao movimento popular que lutavam por melhores condições de vida, serviços de qualidade e o controle público da saúde (MOURA e GARCIA, 1994; PAIM, 2009). Trata-se do “Movimento da Reforma Sanitária” que propôs uma reforma do setor saúde e a implantação do SUS.

Este movimento foi o grande responsável pela “politização” do papel da saúde e por materializar seu conceito mais ampliado na VIII Conferência Nacional de Saúde (MOURA e GARCIA, 1994; PAIM, 2009; CAVALCANTI e ZUCCO, 2009).

A partir de 1974, o bloco de poder instalado no aparelho estatal em 1964, ao não conseguir consolidar sua hegemonia, precisou modificar gradualmente sua relação com a sociedade civil definindo novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa, assim como suas consequências políticas, econômicas e sociais (BRAVO, 2009). Entretanto, não tardou muito para seu esgotamento.

Assim, os anos seguintes foram marcados pela distensão e abertura lenta e gradual do regime, num processo de transição para a democracia e superação do regime ditatorial, mas também do início de uma crise econômica que perdura até os dias de hoje (BRAVO, 2009; BEHRING e BOSCHETTI, 2009).

#### 1.4 O processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde no país



Após uma avaliação dos efeitos perversos da política de saúde consolidada na ditadura militar, caracterizada por seu caráter centralizado, burocratizado, privatista e excludente, como vimos no item anterior, nesse contexto de efervescência do movimento sanitário e de redemocratização do país, marcado também, pelo aprofundamento da crise econômica e do Estado, a discussão em torno da descentralização no campo da saúde ganhou grande destaque político no cenário nacional (MONNERAT, SENNA e SOUZA, 2012).

Nessa direção, alguns fatos históricos importantes contribuíram para a consolidação da nova proposta de organização das ações e serviços de saúde a partir da descentralização, vejamos os principais deles no item a seguir.

#### 1.4.1 De 1975 a Constituição Federal de 1988

No ano de 1975 foi sancionada a lei nº 6.229<sup>10</sup> que dispôs sobre a criação e organização do Sistema Nacional de Saúde estabelecendo as principais competências das distintas esferas de governo (PAIM, 2009; BRASIL, 1975).

Todavia, ainda assim

A saúde pública continuava sendo marcadamente de responsabilidade federal, cabendo ao Estado-membro manter centros de saúde e, ao Município, responder pelo pronto-socorro local (SANTOS, 2005, p.137-158 apud SANTOS e ANDRADE, 2006, p.191).

Moura e Garcia (1994) ressaltam que até 1964, houve uma forte tendência de centralização das ações de saúde pública em nível federal. Concordando com o autor, Andrade, Pontes e Junior (2000) acrescentam que havia uma nítida separação entre as ações coletivas que eram de competência do MS e individuais, de competência do MPAS. Desse modo, não se estabelecia um comando único em cada esfera de governo. Esse tipo de

---

<sup>10</sup> Em seu art. 1º ficou estabelecido que “o complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde” (BRASIL, 1975).

organização do sistema de saúde acabou recebendo fortes críticas de setores acadêmicos e da sociedade civil na época.

Em 1976 foi criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) que se constituiu “num espaço divulgador da concepção democrática como valor e articulador das posições político-ideológicas presentes no movimento” (ACIOLE, 2006, p.187). No ano seguinte foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPs) que acentuou ainda mais a característica “centrípeta” do sistema (ACIOLE, 2006).

Em 1979 ocorreu o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados onde o CEBES apresentou o documento intitulado “A questão democrática na área da saúde” propondo pela primeira vez, a criação do SUS (PAIM, 2009; MOURA e GARCIA, 1994).

Dentro desse contexto de intensos debates e discussões no campo da saúde, o relatório final da VII Conferência Nacional de Saúde serviu de base para a elaboração do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o PREV-SAÚDE que propôs a “universalização dos cuidados primários a todo o território nacional, da integração interinstitucional, simplificação do cuidado, regionalização e hierarquização dos serviços e participação comunitária” (MOURA e Garcia, 1994, p.41). No entanto, este programa não chegou a ser implementado.

A década de 1980 no Brasil foi um período marcado por importantes lutas sociais e de conquistas democráticas avançadas principalmente após a aprovação da CF/88.

Ainda nessa década, a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais para o setor saúde, dentre eles, os profissionais de saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de esquerda e movimentos sociais. Assim, a saúde “deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2009, p.95).

Esses sujeitos debateram principalmente as seguintes propostas: universalização do acesso aos serviços de saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor saúde através da estratégia de um Sistema Unificado de Saúde; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento

efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão, a exemplo dos Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009).

Nesse período, a previdência também passava por um quadro de crise financeira “na relação entre despesa total/receita total dos institutos” (MOURA e GARCIA, 1994, p.39). Em resposta, o governo criou em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) considerado um marco em direção ao sistema unificado de saúde. Este propunha o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde que estabelecia entre seus pontos: o aumento da produtividade da qualidade; equalização dos serviços prestados entre a população urbana e rural; hierarquização de procedimentos, adoção de um modelo assistencial hierarquizado e regionalizado, com base em convênios entre o MS, MPAS e Secretarias Estaduais de Saúde, como uma forma de buscar uma maior integração entre as instituições.

Sendo assim, as medidas adotadas nesse período visaram

a integração das ações e a unificação dos serviços de saúde, por meio de convênios entre os governos federal, estadual e municipal com a implantação de programas como se fossem pontes capazes de facilitar a travessia para a outra margem do rio, ou seja, o SUS. Entre essas iniciativas, podem ser mencionadas as *Ações Integradas de Saúde (AIS)* e os *Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)*, reconhecidos como uma *estratégia-ponte* para o SUS (PAIM, 2009, p.40; grifo do autor).

Um dos projetos do CONASP, o programa AIS, representaram a busca de integração de várias instâncias políticas e gerenciais a partir de uma reorganização da assistência médico-sanitária através do INAMPS. Contudo, Aciole (2006) destaca que essa primeira forma de interlocução das três esferas de governo ainda era bastante desnivelada.

Outro acontecimento importante que colaborou na discussão da questão saúde no Brasil foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, na cidade de Brasília, no Distrito Federal.

Para Bravo (2009) essa conferência que contou com a participação de aproximadamente quatro mil e quinhentas pessoas, dentre estas, mil delegados, sem sombra de dúvidas, representou um marco ao introduzir a discussão da saúde na sociedade brasileira com a participação das entidades representativas da população como sindicatos, moradores, partidos políticos e etc. Com isso, a questão saúde “ultrapassou a análise setorial, referindo-se

a sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (BRAVO, 2009, p.96).

Esse evento teve três eixos temáticos principais para debate: ”Saúde como direito”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”; “Financiamento do setor” (BRASIL, 1986).

Quanto ao primeiro eixo, o relatório final apresenta uma das principais mudanças, um conceito mais ampliado de saúde que passou a ser compreendida como

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4).

Com isso, a saúde deixou de ser considerada de forma isolada das condições que cercavam o indivíduo e a coletividade. Além disso, o presente relatório trouxe uma noção de direito à saúde significando a

Garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, p.4).

Já o segundo eixo temático propôs uma reestruturação do Sistema Nacional de Saúde a partir da criação de um Sistema Único de Saúde, o SUS, que representasse verdadeiramente a construção de um “novo arcabouço institucional” separando totalmente a “saúde” da “previdência”, por meio de uma ampla reforma sanitária.

Nessa perspectiva, o novo Sistema Nacional de Saúde, no que se refere a organização dos serviços de saúde, deveria ser regido pelos seguintes princípios:

- descentralização na gestão dos serviços;
- integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;
- unidade na condução das políticas setoriais;
- regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
- participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;
- fortalecimento do papel do Município;

- introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida (BRASIL, 1986, p.10).

Ainda nesta direção, outros tópicos aprovados foram: a coordenação do novo sistema no nível federal por um único Ministério; definição do papel do nível municipal de acordo com suas características e peculiaridades, exercido em coordenação com o nível estadual; a gestão dos serviços básicos de saúde como a responsabilidade mínima do município, entre outros (BRASIL, 1986).

A integração institucional das AIS, possibilitou a criação do SUDS em 1987 que representou um verdadeiro “rearranjo institucional” visando prioritariamente a universalização do atendimento com a redefinição dos princípios de integração, integralidade, regionalização e hierarquização do sistema de saúde e controle social (BRASIL, 2008). Segundo Aciole (2006), o SUDS, avançou ainda mais em direção a unificação das três esferas de governo.

Nesse mesmo ano, entrou em cena “um novo ator social” atuando na luta pela criação do SUS e descentralização das ações e serviços de saúde com a criação do CONASEMS (BRASIL, 2008).

Em seguida, veio o processo constituinte e a promulgação da CF/88 que segundo Bravo (2009) representaram, no plano jurídico,

a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2009, p.96).

Essa nova constituição foi chamada por Ulysses Guimarães de “Constituição Cidadã” pelo seu caráter democrático, participativo e voltado para a cidadania tendo contemplado significativos avanços no campo dos direitos civis, políticos, sociais e trabalhistas.

Ela ainda inaugurou um novo sistema de proteção social pautado na concepção de seguridade social que compreende “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, 2012, p.115).

Com relação à questão saúde, o texto constitucional atendeu grande parte das reivindicações do movimento sanitário, prejudicou os interesses empresariais do setor hospitalar, entretanto, não alterou a situação da indústria farmacêutica.

Pela primeira vez, esta passou a ser reconhecida no art. 6º da CF/88 como um direito social, portanto, inerente à condição de cidadão, ao lado da educação, alimentação, trabalho, lazer, moradia, segurança, previdência, proteção à maternidade e a infância, e etc (BRASIL, 2012). Além disso, a Constituição trouxe uma seção específica (Seção II – Da Saúde) contendo cinco artigos destinados ao setor (artigos 196 ao 200).

A CF/88 ainda impôs como competência aos municípios brasileiros, a responsabilidade de ser o principal prestador direto dos serviços de atendimento à saúde da população, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado (BRASIL, 2012, art.30, inciso VII).

Para Teixeira (1989: 50-51 apud Bravo, 2009) os principais pontos aprovados na CF/88 foram os seguintes: o direito universal à saúde em seu artigo 196 que diz que

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1986, p.35).

É interessante observar que o direito à saúde passou a ser de todas as pessoas em geral, sendo assim, “não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia)” (PAIM, 2009, p.43). Portanto, pode-se dizer que pelo menos teoricamente buscou-se acabar com as discriminações existentes entre segurado e não segurado, rural e urbano.

Em seu art. 197, as ações e os serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle. Já o art. 198 menciona a constituição do SUS, integrando todos os serviços públicos em uma rede organizada de forma regionalizada, hierarquizada, descentralizada, que seja de atendimento integral e tenha a participação da comunidade (BRASIL, 2012).

Outro aspecto importante aprovado no art. 199 do texto constitucional foi que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, sendo que, as instituições privadas poderiam participar do SUS, mas de forma complementar (BRASIL, 2012).

Segundo Teixeira (1989:50-53 apud Bravo, 2009) os principais aspectos da política de saúde na década de 1980 foram: a “politização da questão saúde”, cujo objetivo foi aumentar o nível de consciência sanitária, conseguir a visibilidade suficiente para incluir as demandas na agenda governamental e também garantir apoio político para implementação das mudanças necessárias. Um acontecimento importante nesta direção que vimos foi a VIII Conferência Nacional de Saúde.

A “alteração da norma constitucional”, que ocorreu no processo constituinte resultando em um texto específico para a saúde que incorporou grande parte das reivindicações do movimento sanitário.

E a “mudança do arcabouço e das práticas institucionais”, realizada através de algumas medidas tomadas que visaram principalmente a universalização do atendimento, o fortalecimento do setor público, a diminuição do papel do setor privado na prestação de serviços de saúde, a descentralização político e administrativa do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local que culminou na criação do SUDS em 1987, e posteriormente do SUS em 1988, considerado o passo mais avançado na reformulação administrativa do setor. É sobre este último e as mudanças operadas por ele no desenho organizacional da política de saúde brasileira que abordaremos no item a seguir

## 1.5 O Sistema Único de Saúde e as mudanças no desenho organizacional da política de saúde brasileira

Ao considerar o desenvolvimento histórico da organização sanitária que antecedeu o SUS examinado ao longo dos itens anteriores deste capítulo, Paim (2009) afirma, de um modo esquemático, que o Brasil

Exibiu uma proteção social incipiente, uma espécie de *assistencialismo* exclusivo ou modelo *residual*, até a década de 1920. A partir dos anos 1930,

adotou o *seguro social* para os trabalhadores urbanos e, depois da Constituição de 1988, vem tentando implantar a *seguridade social*, a partir da qual foi concebido o SUS (PAIM, 2009, p.41; grifo do autor).

Produto do movimento de reforma sanitária brasileira, o SUS, foi criado a partir do art.198 da CF/88 no qual cita que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 2012, p.35).

A implantação desse novo sistema de atenção à saúde na década de 1990 e a operacionalização de alguns de seus princípios e diretrizes ao longo do mesmo período introduziu uma série de mudanças significativas no desenho organizacional da política de saúde brasileira.

De acordo com o art. 198 da CF/88, o SUS seria organizado a partir de três diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 2012, p.117).

O inciso I acima citado determina a descentralização do SUS com direção única, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo MS; no âmbito Distrito Federal e dos Estados, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente e no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, art. 9º, 1990a).

Desse modo, de acordo com Paim (2009) a descentralização buscou adequar o SUS à diversidade regional do Brasil, um país de dimensões continentais que possui realidades econômicas, sociais e sanitárias bastante distintas em cada região. Por isso, as decisões do SUS não deveriam estar centralizadas em Brasília, sede do governo federal, mas serem tomadas em cada município, estado e Distrito Federal através das respectivas secretarias de saúde (PAIM, 2009). É justamente isso, segundo o autor, que a CF/88 estabelece como diretriz da “descentralização com comando único em cada esfera de governo”.

Capistrano Filho (1995) afirma que a base do SUS “democrático” exige:

- A clara atribuição a cada instância estatal – no caso do Brasil, país nominalmente federativo: União, estados e municípios – de uma determinada função nesse Sistema Único.



- O reconhecimento de que a instância mais básica, mais próxima do cidadão (indivíduo) e da coletividade organizada – o município – deve ser a base de todo o Sistema Único, a instância que planeja, executa e avalia as ações de proteção e recuperação da saúde (CAPISTRANO FILHO, 1995, p.19).

É a partir dessa última concepção que houve o fortalecimento do papel do município no tocante as ações e serviços de saúde no cenário local, o qual abordaremos mais adiante.

O inciso II prevê o atendimento integral que englobe as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a). Mas, além disso, o atendimento no SUS deve priorizar as atividades preventivas a fim de evitar que as pessoas adoçam. Contudo, esta prioridade, não deve prejudicar os serviços assistenciais que são os que cuidam das pessoas que já se encontram doentes. Assim, esta diretriz do SUS por buscar “compatibilizar ações preventivas e curativas, individuais e coletivas” (PAIM, 2009, p.50) é conhecida como “integralidade da atenção”, o que representou uma verdadeira “inovação” no modo de cuidar das pessoas.

Já o inciso III reforça a democratização dos serviços e das decisões em relação à saúde por meio da estimulação da participação comunitária. Esta diretriz do SUS é vista como “um dos caminhos para a superação do autoritarismo impregnado nos serviços e nas práticas de saúde desde os governos militares” (PAIM, 2009, p.50). Nessa perspectiva, foram criados importantes espaços para um maior envolvimento dos cidadãos nos rumos do sistema de saúde, os Conselhos e as Conferências de Saúde<sup>11</sup>, as duas instâncias colegiadas do SUS (BRASIL, 1990b).

Essa diretriz busca além da “perspectiva do exercício da democracia no cotidiano dos serviços de saúde” (PAIM, 2009, p.51) assegurar também o controle social sobre o mesmo.

Na concepção de Aciole (2006) o SUS tem, portanto,

---

<sup>11</sup> De acordo com a lei 8.142/90 “a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (BRASIL, 1990b, p.1).

caráter fortemente utópico<sup>12</sup> ao pretender construir uma outra relação entre Estado e sociedade, e por possuir uma concepção incluyente, pluralista, democrática, descentralizadora, de base municipalista, além de transparente porque submetida ao controle externo, de um público, sobre a ação estatal (ACIOLE, 2006, p.195)

Apesar de ter sido criado em 1988, a regulamentação do SUS só ocorreu dois anos depois com a aprovação das leis 8.080<sup>13</sup> de 19 de setembro de 1990 (lei 8.080/90) e 8.142 de 18 de dezembro de 1990 (lei 8.142/90) que juntas formam a Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRAVO e MATOS, 2012; ACIOLE, 2006; PAIM, 2009).

A primeira lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de dar outras providências. Como esta lei sofreu diversos vetos do então presidente da República da época, Fernando Collor de Mello, referentes ao financiamento e ao controle social, foi posteriormente complementada pela lei 8.142/90 que trata mais especificamente sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, dando ainda outras providências (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A lei 8.080/90, em seu art.1º “regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (BRASIL, 1990a, p.1).

No art. 2º, a saúde foi ratificada como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Já em seu art. 3º é destacado que a alimentação, o meio ambiente, a moradia e etc são os fatores determinantes e condicionantes da mesma, considerando que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990a).

O SUS foi definido mais detalhadamente no art. 4º da lei 8080/90 como

---

<sup>12</sup> O autor adotou a menção construída por Thomas Morus para significar “o lugar ou país ideal em que vigorem normas e/ou instituições políticas altamente aperfeiçoadas e em que um governo, organizado da melhor maneira possível, proporciona ótimas condições de vida a um povo equilibrado e feliz, isto é, o não-lugar, um lugar a ser inventado” (ACIOLE, 2006,p.195).

<sup>13</sup> Posteriormente, esta lei foi regulamentada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, além de dar outras providências (BRASIL, 2011).

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990a, p.1).

Seus objetivos e atribuições foram estabelecidos no art. 5º desta lei e dentre eles estão: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde; assegurar a assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das atividades preventivas e das ações assistenciais; executar ações de: vigilância epidemiológica e sanitária, saúde do trabalhador, de saneamento básico e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; controlar e fiscalizar produtos, serviços e substâncias de interesse para a saúde, entre outros (BRASIL, 1990a).

A lei 8080/90 também elucida que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada<sup>14</sup> que poderá participar do SUS em caráter complementar. Sendo assim, o SUS poderá recorrer aos serviços privados de assistência à saúde, mas somente quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área (BRASIL, 1990a).

De acordo com o art. 7º da lei 8.080/90, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, além de serem desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da CF/88, destacadas no item anterior deste trabalho, devem obedecer ainda aos seguintes princípios (BRASIL, 1990a):

Universalidade - garantia de acesso da população aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

Integralidade de assistência - entendida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a, p.3).

Igualdade da assistência à saúde - sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza.

---

<sup>14</sup> Será formalizada por meio de contrato ou convênio dando-se preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1990a).

Participação da comunidade – abordada anteriormente e consubstanciada na Lei 8.142/90.

Outros princípios importantes do SUS estabelecidos ainda no art.7 da lei 8.080/90 foram:

- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário (BRASIL, 1990a, p.3).

O primeiro inciso mencionado acima prega a liberdade de escolha dos cidadãos, ou seja, o respeito a sua autonomia diante das ações e serviços de saúde que são colocados à sua disposição, não devendo haver, portanto, imposição do poder público. A partir dos incisos V e VI acima supracitados, as pessoas passaram a ter o direito de serem informadas e esclarecidas sobre seu estado de saúde, bem como sobre os serviços de saúde, o que representou outro avanço democrático importante garantido na legislação do SUS (PAIM, 2009).

A lei 8.080/90 regulamentou também em seu art. 7º que as questões organizacionais do SUS deverão obedecer as seguintes diretrizes: a “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática” (BRASIL, 1990a, p.3).

Com base em dados epidemiológicos buscou-se, um melhor planejamento e programação de ações que antes não havia, de forma a possibilitar o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer tipo de mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde seja individual ou coletiva, para assim definir prioridades e tomar as medidas necessárias para a prevenção e controle das doenças e agravos (PAIM, 2009; BRASIL, 2008; BRASIL, 1990a), além da possibilidade de destinar mais recursos para aqueles que mais necessitam (PAIM, 2009).

Ainda no mesmo art. 7º da lei 8.080/90, foram estabelecidas outras diretrizes:

- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;  
XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a, p.3).

A partir da proposta dessa forma de organização dos serviços de saúde, o novo sistema de saúde busca garantir uma assistência à saúde efetiva e de qualidade, que seja capaz de resolver os problemas de saúde de seus usuários em todos os níveis de atenção (que serão discriminados mais adiante) contando para isto, com recursos intergovernamentais e evitando seu desperdício.

Outra diretriz definida no art. 7º da lei 8.080/90 foi a da *descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo* que deu ênfase principalmente na “descentralização dos serviços para os municípios” (BRASIL, 1990a). Quanto a isso, as autoras Monnerat, Senna e Souza (2004, p.102) relatam que

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios e diretrizes foram definidos nos anos 1980 e formalizados na Constituição de 1988, avança, durante a década seguinte, em meio a uma série de medidas e ações governamentais voltadas para o aprofundamento da descentralização do setor em direção aos municípios.

As autoras acima supracitadas colocam que com a implantação do SUS, a dinâmica do processo de descentralização da saúde assumiu neste contexto, uma espécie de “municipalização radical” uma vez que a esfera municipal de governo passou a ser considerada a principal responsável pelas funções de coordenação, gestão da política de saúde e execução dos serviços em seu território. Como a competência para formular e gerir a política de assistência à saúde historicamente esteve vinculada à esfera federal, hoje, os municípios brasileiros segundo Monnerat, Senna e Souza (2002, p.512) “se veem diante da tarefa de gerir uma rede de serviços heterogênea e não integrada institucionalmente”.

Ainda de acordo com as mesmas autoras, a década de 1990 foi marcada pelo aprofundamento do processo de municipalização dos serviços de saúde no país (MONNERAT, SENNA e SOUZA, 2012). As autoras assinalam que de fato,

uma das características mais marcantes da reforma do setor saúde nos anos 1990 é, sem dúvida, o avanço da municipalização, o que promoveu alterações substanciais no desenho organizacional do sistema de saúde no país à medida que os municípios passaram a arcar com novas funções e responsabilidades, anteriormente prerrogativas exclusivas do nível federal (MONNERAT, SENNA e SOUZA, 2004, p.102).

Nesse sentido, Arretche (2002) destaca que a municipalização dos serviços de saúde implicou

um processo de reestruturação da estrutura nacional de organização dos serviços, cuja principal consequência seria a transferência de atividades até então desempenhadas pelo nível federal para os municípios. O novo modelo estaria assentado na separação entre financiamento e provisão dos serviços (Costa et al., 1999), ficando o financiamento a cargo das três esferas de governo e a provisão dos serviços a cargo dos municípios (ARRETCHE, 2002, p.41).

Com efeito, nesse período, “os cerca de 5.500 municípios brasileiros passaram a assumir, de uma forma inédita, um conjunto de atribuições e responsabilidades pela gestão e provisão de serviços de saúde” (MONNERAT, SENNA e SOUZA, 2004, p.97).

No capítulo IV, Seção II, art. 18 da Lei 8.080/90 podemos encontrar as atribuições que competem especialmente a direção municipal do SUS, que são: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde; gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador; gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; formar consórcios administrativos intermunicipais; Celebrar contratos com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, assim como controlar e avaliar sua execução, entre outras (BRASIL, 1990a).

Conforme Monnerat, Senna e Souza (2004), essa crescente autonomia e a série de atribuições municipais, sem sombra de dúvidas, trouxe grandes desafios aos gestores locais do sistema de saúde, exigindo-lhes maior eficiência no gerenciamento da rede de serviços e na administração dos recursos públicos.

Entretanto, Paim (2009) frisa que no início dos anos 1990, os estados e municípios não se encontravam em condições de exercer as novas competências e atribuições estabelecidas na lei 8.080/90.

As autoras ainda salientam que esse deslocamento do processo decisório da política de saúde “em prol dos municípios” acarretou em impactos bastante diversificados como também contraditórios. Para as mesmas, essa mudança também introduziu “um conjunto de incertezas, gerando uma reforma setorial cujo conteúdo, alcance e implicações são ainda de difícil

avaliação” (MONNERAT, SENNA e SOUZA, 2012, p.71) uma vez que este processo teve cursos e impactos bastante diferenciados, de acordo com a realidade de cada local (MONNERAT, SENNA e SOUZA, 2002).

Levcovitz ET.al. (2001 apud Monnerat, Senna e Souza, 2004) nos chamam a atenção para a complexidade que marcou a efetiva implantação da descentralização da saúde, decorrentes de obstáculos de ordem estrutural como a marcante desigualdade do país, como conjuntural. Devido a isso, o autor reconhece que o alcance da municipalização depende de um conjunto de fatores, tanto exógenos quanto internos ao próprio setor.

Nesse sentido, as autoras explicam que por esse motivo, a implementação da descentralização no campo da saúde tem mostrado

A heterogeneidade de experiências quanto às mudanças nos sistemas locais de saúde. Observa-se desde experiências inovadoras/virtuosas até aquelas em que o poder local tampouco foi capaz de manter o padrão tradicionalmente ofertado antes da municipalização, seja devido tanto a fatores exógenos à política, seja devido às condições de infraestrutura das secretarias municipais de saúde (MONNERAT, SENNA e SOUZA, 2012, p.86).

Capistrano Filho (1995) concorda que a descentralização e a municipalização abrem possibilidades variadas, acrescentando que muitas delas poderão ser pessimamente aproveitadas, trazendo também repercussões negativas, como abordaremos mais adiante.

Ainda assim, as autoras assinalam que o aprofundamento da descentralização em direção à municipalização da saúde, particularmente intenso a partir de 1996, potencializou inúmeras inovações no tocante ao

Incremento da eficácia e eficiência da gestão do sistema, e à alocação de recursos, produzindo impactos diversificados, seja nas condições de acesso aos diversos níveis de atenção, seja no desenho de novas modalidades de interseção entre público e privado, seja ainda no padrão de relacionamento Estado/sociedade a partir do estabelecimento de mecanismos de controle social; enfim, no modelo de atenção em saúde como um todo (MONNERAT, SENNA e SOUZA, 2012, p.71).

Outra diretriz definida no art. 7º da lei 8.080/90 foi a “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”, de forma a garantir “o atendimento integral à população e a evitar a fragmentação das ações em saúde” (BRASIL, 2006a, p.22).

Nessa perspectiva, a partir do SUS, a rede de serviços foi hierarquizada em três níveis de atenção em saúde: 1) básica ou primária, 2) média e 3) alta complexidade.

Desse modo, quanto mais os serviços fossem complexos, eles seriam organizados na seguinte sequência: unidades de saúde, município, polo e região (BRASIL, 2006a).

Segundo o modelo adotado pelo SUS, a atenção básica é compreendida como um “conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 1998). É, preferencialmente, a “porta de entrada” do sistema de saúde (BRASIL, 2006a). Neste nível de atenção, a população deverá ter acesso as especialidades básicas, tais como: clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia (BRASIL, 2006a).

Como uma alternativa de reorganizar a rede de assistência à saúde, em 1994, o governo federal implementou nos municípios brasileiros a Estratégia Saúde da Família (ESF) buscando substituir o modelo de atenção à saúde centrado no hospital e de caráter curativo das doenças para o modelo de atenção integral à saúde com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde expandindo para a população o acesso à atenção primária da saúde, a fim de consolidar os princípios e diretrizes do SUS.

No entanto, é importante ressaltar que a ESF nos dias atuais tem sido alvo de várias críticas, direcionadas principalmente no que se refere a contribuição efetiva na mudança do modelo de atenção à saúde.

Ainda dentro dessa lógica de rede de serviços de saúde, os casos considerados de maior complexidade (seja média ou alta complexidade) <sup>15</sup> devem ser encaminhados aos serviços de saúde mais especializados (atenção ambulatorial e hospitalar), que poderão ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda de cada município (BRASIL, 2006a).

---

<sup>15</sup> A média complexidade “tem o objetivo de atender os principais agravos de saúde da população, com procedimentos e atendimento especializados. São serviços como consultas hospitalares e ambulatoriais, exames e alguns procedimentos cirúrgicos. É constituída por procedimentos ambulatoriais e hospitalares situados entre a atenção básica e a alta complexidade” (BRASIL, 2006a, p.22). A alta complexidade são Procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo. São exemplos de procedimentos de alta complexidade: traumatologia, ortopedia, cardiologia, terapia renal substitutiva e oncologia. As principais áreas estão organizadas em redes, como as de cirurgias cardíacas e de atenção oncológica” (BRASIL, 2006a, p.18).



Vale ressaltar, no entanto que, há municípios que não possuem condições de oferecer determinados serviços em seu território, por outro lado, há aqueles que apresentam serviços de referência, tornando-se importantes polos regionais na garantia do atendimento à saúde da sua população bem como de municípios vizinhos (BRASIL, 2008). Frente a essa realidade, no sistema deverá haver centros de referência para graus de complexidade diferentes de serviços (BRASIL, 2006a). Isso é o que se chama de “referencialização”. Portanto, na estratégia de atendimento deverá haver um local de referência para determinado serviço, ou seja, para cada tipo de enfermidade.

Por isso é que são frequentes os “intercâmbios” de serviços entre cidades próximas para garantir o atendimento integral à sua população. Dessa forma, a construção de consensos, e estratégias regionais é vista como uma solução fundamental, que permitirá ao SUS superar as restrições de acesso, ampliando a capacidade de atendimento e o processo de descentralização (BRASIL, 2008). Acredita-se que para que o sistema funcione seja necessário “que haja uma estratégia regional de atendimento (parceria entre estado e municípios) para corrigir essas distorções de acesso” (BRASIL, 2006, p.13). Nesse sentido, a regionalização também representa

a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento (BRASIL, 2006a, p.23).

Lembrando que de acordo com o art. 10 da lei 8080/90 “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam” (BRASIL, 1990a, p.4).

Esse sistema de “referência” também é o que determina que após ter sua necessidade atendida, o paciente de alta complexidade seja reencaminhado, ou seja, uma “contra-referência” para uma unidade de menor complexidade, a fim de que possa dar continuidade ao seu tratamento. Isso é o que se chama de modelo de hierarquização do sistema de referência e contra-referência<sup>16</sup> do SUS.

---

<sup>16</sup> Esse sistema de referência e contra-referência representa o “modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a

Paim (2009) ressalta que o caráter hierarquizado da rede não deve ser entendido para qualificar um serviço como sendo mais importante ou melhor do que o outro, mas sim no sentido de utilizar os recursos disponíveis de uma forma mais racional para atender melhor as pessoas.

No entanto, o mesmo autor acredita que as redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas propostas pela CF/88 e LOS ainda se encontram bastante incipientes, isso porque nos primeiros anos de implantação do SUS teria sido dada mais ênfase à descentralização, como pudemos ver aqui anteriormente, e à busca de financiamento, mas poucas iniciativas para a organização dos serviços e reorientação do modelo de atenção.

Vale ressaltar que para viabilizar a operacionalização do sistema e a descentralização do SUS, o MS criou diversas portarias e normas, dentre elas, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) que segundo Aciole (2006, p.199) tratam-se de

um instrumento normativo, regulamentador dos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde, e constituem tarefa constitucional atribuída ao Ministério da Saúde, como função precípua de quem cumpre realizar a definição operativa do Sistema, desde a sua regulamentação em 1990.

A NOB 91 “redefiniu a lógica de financiamento com o pagamento por produção de serviços” (CAVALCANTI e ZUCCO, 2009, p.73) e impôs um modelo de atenção à saúde que dava preferência pelas ações mais bem remuneradas. Já a NOB 92 redefiniu alguns critérios de aplicação de recursos, propondo mecanismos de incentivo para gerência estadual e municipal (CAVALCANTI e ZUCCO, 2009).

A NOB 93 impulsionou ainda mais a descentralização para estados e municípios estabelecendo as responsabilidades, os requisitos e prerrogativas para a gestão local do SUS, sob três modalidades de gestão: incipiente, parcial e semiplena (MONNERAT, SENNA e SOUZA, 2012; CAVALCANTI e ZUCCO, 2009). Esta NOB ainda criou duas importantes instâncias de pactuação do processo de descentralização: as Comissões Intergestores Bipartite, no campo estadual, e a Comissão Intergestores Tripartite, no campo federal (CAVALCANTI e ZUCCO, 2009).

---

atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes” (BRASIL, 2009b, p.67).

Cavalcanti e Zucco (2009) ressaltam que as NOBs 91 e 93 buscaram resolver principalmente dois grandes obstáculos que eram a centralização financeira na União e a descentralização das ações e serviços de saúde.

A NOB 96 ratificou o avanço da descentralização que foi acompanhado de medidas de fortalecimento e reorganização do nível de atenção básica (MONNERAT, SENNA e SOUZA, 2004). Esta NOB

Resgatou parte dos princípios legais de transferência regular e automática fundo a fundo (modalidade de transferência financeira entre fundos de saúde, independente da assinatura de convênios e contratos) e, ao redefinir o financiamento do SUS, deu tratamento especial às ações básicas de saúde (CAVALCANTI e ZUCCO, 2009, p.73).

Os autores Bravo e Matos (2012) criticam que a NOB 96 ao dar ênfase aos Programas de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS) tem uma clara “orientação focal” por priorizar a atenção básica, desarticulada da atenção secundária e terciária, dificultando assim, a integralidade da atenção.

Esta NOB ainda estabeleceu duas condições de gestão para os municípios: a Plena da Atenção Básica e a Plena do Sistema Municipal (Brasil, 2006c). Monnerat, Senna e Souza (2012) explicam que a diferença básica entre essas duas modalidades de gestão é que na primeira, o município possui responsabilidade somente sobre a rede de atendimento básico, enquanto que, na segunda, o município administra todo o atendimento à saúde no seu território, até mesmo, a rede hospitalar pública e privada conveniada. Para tanto, recebe repasse direto de recursos do MS para o Fundo Municipal de Saúde, sem interferência da esfera estadual.

Já a Norma Operacional de Assistência à saúde (NOAS) 01/01 teve a pretensão de ampliar as responsabilidades dos municípios em relação à atenção básica. Esta norma objetivou promover maior equidade na alocação dos recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, estabelecendo o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde ao instituir o Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento de ordenamento do processo de regionalização. A NOAS 01/02 definiu os mecanismos de financiamento para os procedimentos de média e alta complexidade (CAVALCANTI e ZUCCO, 2009).

Em 2006 foi editada a Portaria 399, de 22 de março de 2006 que divulga o “Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto” (BRASIL, 2006b). Este passou a ser o “documento definidor do funcionamento do SUS” em âmbito nacional (SANTOS e ANDRADE, 2006) que estabeleceu as responsabilidades sanitárias dos gestores da saúde através de metas, atribuições e com prazos acordados, nova forma de financiamento e etc., buscando assim, “superar a descentralização tutelada pelo governo federal com vistas à constituição de um SUS solidário entre as três esferas de governo” (PAIM, 2009, p.67).

Com isso, deixou de existir as habilitações do tempo das NOBs, que implicavam na “permissão” do MS para que o estado e os municípios fossem reconhecidos como gestores da saúde em seus territórios. Em substituição disso foi instituído o “termo de compromisso”, instrumento responsável por formalizar os acordos e os pactos firmados entre os gestores da saúde (SANTOS e ANDRADE, 2006).

Com o Pacto pela Saúde, os estados e municípios passaram a receber os recursos federais através de cinco blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Antes havia diversas formas de repasses de recursos financeiros, o que acarretava em dificuldades para a sua aplicação (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

O referido pacto possui três componentes: o Pacto Pela Vida; O Pacto em Defesa do SUS; e o Pacto de Gestão do SUS<sup>17</sup> (BRASIL, 2006b).

Capistrano Filho (1995) ressalta que fazem parte da organização dos serviços de saúde, a questão do financiamento e o tema de recursos humanos<sup>18</sup>.

De acordo com o parágrafo único do art. 198 da CF/88, o SUS será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 2012).

Na lei 8.142/90 que também trata sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde ficou estabelecido que os recursos para a cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito

---

<sup>17</sup> Ver especificamente sobre cada um deles em (BRASIL, 2006b).

<sup>18</sup> Este trabalho não pretende aprofundar a discussão do financiamento e recursos humanos, mas sim de ressaltar a sua relação com o objeto de estudo proposto.

Federal serão repassados para os mesmos de forma regular e automática, de acordo com os critérios<sup>19</sup> previstos no art. 35 da Lei 8080/90. Buscou-se desse modo, garantir o uso racional dos recursos da saúde assegurando maior eficiência e efetividade nas ações e serviços.

Na concepção de Paim (2009) ao privilegiar critérios técnicos e transparentes de planejamento para a alocação de recursos, o mecanismo de repasse “fundo a fundo” reduz o espaço do “ilícito” e as possibilidades de desvios. No entanto, cabe mencionar que para recebê-los, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal devem contar com: Fundo de Saúde; Plano de Saúde; Conselho de Saúde; relatórios de gestão; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) (BRASIL, 1990b).

Em 13 de setembro de 2000 foi editada a Emenda constitucional nº29 que assegurou a coparticipação da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios no financiamento das ações e serviços de saúde pública. Essa nova legislação estabeleceu também os limites mínimos de aplicação em saúde para cada unidade federativa (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2000).

Os recursos humanos também assumem uma grande importância nos sistemas de saúde, pela grande responsabilidade dos trabalhadores do setor em desenvolver atividades que contribuirão para o atendimento das demandas postas no seu cotidiano de trabalho.

Diante da necessidade de formação adequada e capacitação desses profissionais para atuação nesse setor, a lei 8.080/ 90 trata em seu título IV sobre a política de recursos humanos na área da saúde orientada por princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS estabelecidas na NOB/RH-SUS. No entanto, vale ressaltar que os recursos humanos vêm sofrendo com o processo de desregulamentação da força de trabalho dentro da política neoliberal de reforma do Estado no país, como veremos mais adiante.

Diante de tudo que já foi colocado até aqui, para Paim (PAIM, 2009, p.51) pode-se concluir que o SUS é, portanto, “uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no

---

<sup>19</sup> De acordo com o art. 35 da lei 8.080/90 para o estabelecimento de valores a serem transferidos aos mesmos, será utilizada “a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: Perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo” (BRASIL, 1990a, p.11).

Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes”.

Para Aciole (2006) o mesmo ainda encontra-se

Em polimorfo processo de instauração; mas com significativos avanços, se tomarmos sob o aspecto da municipalização das ações, e se examinarmos do ponto de vista da adesão da quase totalidade dos municípios brasileiros aos mecanismos formais de inserção ao sistema, que passam, por exemplo, pela organização local de serviços e ações colocados à disposição da população atendendo aos dispositivos legais das Leis 8080 e 8142 (ACIOLE, 2006, p.195).

No entanto, apesar dos notórios avanços obtidos com a CF/88, observou-se a partir da década de 1990 um redirecionamento do papel do Estado, sob forte influência da chamada “Política de Ajuste Neoliberal”. Esta segundo Bravo (2009) tem sido a grande responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, aumento da pobreza, sucateamento da educação e da saúde e etc e por outras tantas mazelas no cenário nacional.

Ao longo dos anos 1990 propagou-se no país uma grande campanha em torno de “reformas” orientadas para o mercado, no contexto em que os problemas no âmbito do Estado eram apontados como as principais causas da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos 1980 (BEHRING e BOSCHETTI, 2009).

De acordo com Aciole (2006) essa necessidade de reformas foi aprofundada como projeto político pelos governos de Fernando Collor, primeiro presidente a tentar implementar o projeto neoliberal no país e Fernando Henrique Cardoso em que se dará a sua implantação (BRAVO e MATOS, 2012) ambos sob um “discurso modernizador que apregoava a imperativa necessidade de adequação do Brasil às condições de inserção na onda globalizante que soprava do primeiro mundo” (ACIOLE, 2006, p.199).

Nessa direção, a Reforma do Estado teve ênfase nas privatizações e na previdência social, desprezando as conquistas da CF/88 em torno da seguridade social, especialmente na área da saúde (BEHRING e BOSCHETTI, 2009). Com isso, Behring e Boschetti (2009, p.151) afirmam que nesse contexto houve “o desmonte (Lesbaupin, 1999) e a destruição (Tavares, 1999), numa espécie de reformatação do Estado brasileiro para a adaptação passiva à lógica do capital”.

Essa proposta de reforma do Estado, na verdade, acabou tratando a crise como se fosse somente uma crise de uma forma do Estado e não uma crise econômica e política (BRAVO e MATOS, 2012). Para os autores ela se caracteriza mais como uma estratégia de “Contrarreforma” na saúde por ter entre suas proposições, por exemplo, a pretensão de que os trabalhadores sejam “os novos financiadores do capital” por meio dos planos de saúde privados (BRAVO e MATOS, 2012), como veremos mais adiante, destacando-se ainda: “ênfase nas parcerias com a sociedade, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise, como também a refilantropização, ou seja, a desprofissionalização com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais” (BRAVO e MATOS, 2012, p.204).

Conforme Bravo e Matos (2012) a reforma do Estado atingiu o setor saúde claramente no que diz respeito aos serviços de saúde ao governo federal propor três ações de reforma do setor saúde:

1ª) Uma descentralização mais rápida e decisiva, com maior definição das atribuições e do poder de decisão das três esferas de governo, mantendo-se os estágios atuais: “centralizado”, “descentralização incipiente”, “descentralização parcial” e “descentralização semiplena”.

2ª) A montagem de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado, composto por dois subsistemas. O primeiro denominado subsistema de entrada e controle, em que a porta de entrada seriam os postos de saúde e o Programa Saúde da Família (PSF), responsáveis pela integralidade das ações, encaminhamentos para atendimento de casos de maior complexidade e de especialização para a rede ambulatorial e hospitalar, através de Autorização de Internação Hospitalar, que passaria a ser distribuída pelo número de habitantes e não mais por número de leitos. O segundo, intitulado subsistema de referência ambulatorial e especializada, seria formado pelas unidades de maior complexidade e especialização na rede ambulatorial e por hospitais credenciados (estatais – futuramente Organizações Sociais -, públicos não estatais e privados). As unidades de emergência seriam as únicas a terem atendimento direto; em seguida o usuário deverá ser encaminhado ao distrito sanitário de sua área. Estima-se que 60% a 75% dos casos atualmente atendidos não sejam de emergência.

3ª) Montagem de um sistema de informações em saúde, gerenciado pelo SUS, através do Datasus, que controlará despesas, avaliará qualidade, irá gerar indicadores para a vigilância epidemiológica e medir os resultados obtidos. Pretende-se que esses dados fiquem disponíveis em rede, possibilitando, assim, o controle da execução dos recursos (BRAVO e MATOS, 2012, p.212).

Os autores acima percebem que nessa proposição de Reforma do Estado para o setor saúde houve uma divisão do SUS em dois: o básico, através de programas focais e o hospitalar que seria o de referência.

De acordo com Bravo (2009) é nesse contexto também que se veem dois projetos em disputa na área da saúde: o de saúde pública e o de saúde “articulado ao mercado” ou “reatualização do modelo médico assistencial privatista”

Fruto de intensas lutas e forte mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular, o primeiro projeto anteriormente referido, explicitado no item 1.4.1 deste capítulo, foi construído durante a década de 1980 e posteriormente inscrito na CF/88 tendo como uma de suas estratégias principais, o SUS, partindo da premissa de que a saúde é “um direito de todos e um dever do Estado” (BRAVO, 2009; BRAVO e MATOS, 2012).

Sua preocupação central segundo os mesmos autores é assegurar que o Estado “atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde” (BRAVO, 2009, p.101). Nessa perspectiva, destacam-se como fundamentos dessa concepção: a democratização do Estado, melhor clareza do interesse público e criação de uma esfera pública com controle social. Dessa forma, propôs uma nova relação do Estado com a sociedade, ao estimular a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, por meio das Conferências e os Conselhos de Saúde. Outros aspectos importantes propostos foram: universalização das ações, democratização do acesso, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na equidade e na integralidade das ações (BRAVO, 1996 apud BRAVO e MATOS, 2012). Entretanto, Moura e Garcia (1994) frisam que devido

ao modelo de medicina neoliberal e a própria prática popular, por seu histórico da falta (em quantidade e qualidade) de serviços públicos, além da fragilidade das autoridades em cumprir a Constituição, comprometem o sucesso deste modelo” (MOURA e GARCIA, 1994, p.42).

Os autores anteriormente mencionados afirmam que na atual conjuntura brasileira, o projeto de saúde pública tem sido amplamente questionado, tornando-se uma proposta contra a hegemonia neoliberal.



Contra-pondo-se ao projeto de reforma sanitária, o projeto saúde privatista se tornou hegemônico na segunda metade da década de 1990 pautado na “Política de Ajuste Neoliberal” que tem como principais tendências: a diminuição dos gastos com racionalização da oferta, o desfinanciamento da saúde, e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central (BRAVO e MATOS, 2012; BRAVO, 2009).

Nesse projeto, a tarefa do Estado consiste basicamente em garantir “um mínimo” àqueles que não possuem condições de pagar, cabendo ao setor privado o atendimento daqueles que tem acesso ao mercado (BRAVO, 2009). Para tanto, tem como suas principais propostas: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do “pacote básico para a saúde”, ampliação da privatização, desvinculação da fonte com relação ao financiamento, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local que acabou abrindo possibilidades para o surgimento de instituições do terceiro setor, e etc (COSTA, 1997 apud BRAVO, 2009).

Segundo Bravo (2009, p.101) esse projeto tem como premissa “concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico”.

Nesse quadro, a política de saúde na década de 1990 de acordo com Bravo (2009) deu ênfase na *focalização* com a defesa do papel do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população destacando-se o ESF; *terceirização* dos recursos humanos; *precarização* das relações de trabalho, tendo como exemplo, as contratações por tempo determinado sem realização de concurso público (BRAVO, 2009); o *desmonte* da proposta de Seguridade social abarcada na CF/88 com a segmentação das três políticas setoriais: assistência social, saúde e previdência social; o desfinanciamento, considerado a questão mais séria por estar articulada ao gasto social do governo que acabou reduzindo os gastos com a saúde. Além disso, ainda persistem o desperdício de recursos e a duplicidade de esforços no sistema de saúde.

Portanto, podemos afirmar que a proposta de política de saúde construída na década de 1980 tem sido altamente “destruída”.

Com relação ao SUS, apesar das declarações oficiais a sua adesão, nessa conjuntura, verificou-se o total descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais do SUS (BRAVO, 2009). Um dos seus fundamentos mais importantes que é a universalidade do

direito à saúde, por exemplo, tem sido um dos aspectos que mais tem provocado resistência dos elaboradores da proposta do projeto saúde voltado para o mercado.

A partir da regulamentação dos planos e seguros de saúde houve o crescimento do mercado de saúde suplementar (PAIM, 2009). Com isso, o cidadão acabou sendo dicotomizado em cliente, o que é objeto das políticas públicas, ou seja, do “pacote mínimo” para a saúde e em consumidor, aquele que tem acesso via mercado (BRAVO e MATOS, 2012). Desse modo, foi configurada duas portas de entrada para o sistema: uma para os usuários do SUS e a outra para os clientes de planos de saúde, estabelecendo uma relação “público-privado”.

Essa forma de prestação de serviços de saúde reforçou ainda mais as desigualdades na acessibilidade da população. Para Paim (2009, p.90) essas “variações no acesso e no consumo de serviços de saúde expressam as desigualdades na qualidade da atenção”.

Para Bravo (2009), algumas questões acabam por comprometer a possibilidade de avanço do SUS no cenário atual:

o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio de integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO, 2009, p.101)

Tais problemas expostos acima, explicam os motivos das diversas críticas em relação ao SUS e a grande insatisfação dos seus usuários e dos trabalhadores do setor.

Apesar de alguns avanços o qual não podemos negar, nota-se que o SUS real ainda está muito longe do SUS formal ou constitucional (BRAVO, 2009; PAIM, 2009). É justamente neste atual cenário, que os municípios brasileiros vêm cotidianamente enfrentando enormes obstáculos para assegurar o cumprimento de seus princípios e diretrizes no atendimento as necessidades de saúde da população em seu território. Com efeito, o gerenciamento, a organização e execução dos serviços de saúde no nível local tem se constituído dentro do contexto de afirmação da hegemonia neoliberal, em uma *ádua tarefa* para os gestores municipais de saúde.

## 2 OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS - RJ

Antes de chegarmos ao objeto de estudo proposto neste trabalho, é importante conhecermos um pouco da história do cenário da pesquisa para compreendermos algumas de suas particularidades.

### 2.1 Alguns aspectos históricos<sup>20</sup> de Rio das Ostras: *o cenário da pesquisa*

A história de Rio das Ostras “perde-se nos meados de 1575”, confirmada através de relatos dos antigos navegadores que passaram por esta região.

Situada na Capitania de São Vicente era denominada de Leriipe<sup>21</sup> ou Seripe e habitada por índios das tribos Goytacazes e Tamoios. Parte das terras da Sesmaria foi cedida pelo Capitão-Mor Governador Martins Corrêa de Sá em 20 de novembro de 1630 aos jesuítas, os principais responsáveis pelas primeiras construções na localidade como a antiga igreja e o Poço de Pedras do Largo de Nossa Senhora da Conceição. Seu crescimento inicial se deu ao redor dos mesmos.

Cabe mencionar que o Rio das Ostras era importante rota de tropeiros e comerciantes com destino as cidades de Macaé e Campos dos Goytacazes.

No século XIX, ficou conhecida como Baía Formosa, se tornando um próspero arraial. Já no início do século seguinte, passou a ser então chamada de Terra dos Peixes, uma simples aldeia de pescadores, mas com pesca abundante no rio e no mar. Com isso, a atividade pesqueira foi uma importante base econômica até meados deste século.

---

<sup>20</sup> As informações que serão apresentadas neste item tiveram por base as informações disponibilizadas no Site Oficial da Prefeitura de Rio das Ostras e da base de dados Cidades@ do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

<sup>21</sup> Em tupi-guarani significa “Lugar de Ostra”

Alguns fatos históricos colaboraram definitivamente para seu desenvolvimento: a construção da Rodovia Amaral Peixoto na década de 1950, a consequente expansão turística da Região dos Lagos e a instalação da Petrobrás em Macaé, cidade vizinha.

Após a aprovação de um plebiscito que consultou a população sobre a criação do município de Rio das Ostras, ocorreu sua emancipação política-administrativa em 10 de abril de 1992, desmembrando-se, por isso, do município de Casimiro de Abreu, a qual pertencia. Logo, foi elevada a categoria de município pela Lei Estadual nº 1984<sup>22</sup>, de 10 de abril de 1992 com a denominação de Rio das Ostras com a qual permanece até os dias atuais.

Rio das Ostras, hoje, está entre um dos destinos turísticos mais visitados na Região dos Lagos. A cerca de 170 km de distância da capital fluminense, a cidade está localizada geograficamente na Região da Baixada Litorânea<sup>23</sup> do Estado do Rio de Janeiro.

Nos últimos anos, o município vem apresentando uma alta taxa de crescimento demográfico, cerca de 10% ao ano, o que o levou a ganhar o título de “A cidade que mais cresce no país”.

De acordo com o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, a população rioestrense era de 105.676 habitantes. Se comparado ao censo do ano 2000, houve um aumento de 69.257 pessoas. Portanto, esse número demonstra que no período de dez anos a população triplicou, o que representou em percentuais o equivalente a aproximadamente 190% de crescimento. Atualmente, a população de Rio das Ostras está estimada em 131.976 habitantes.

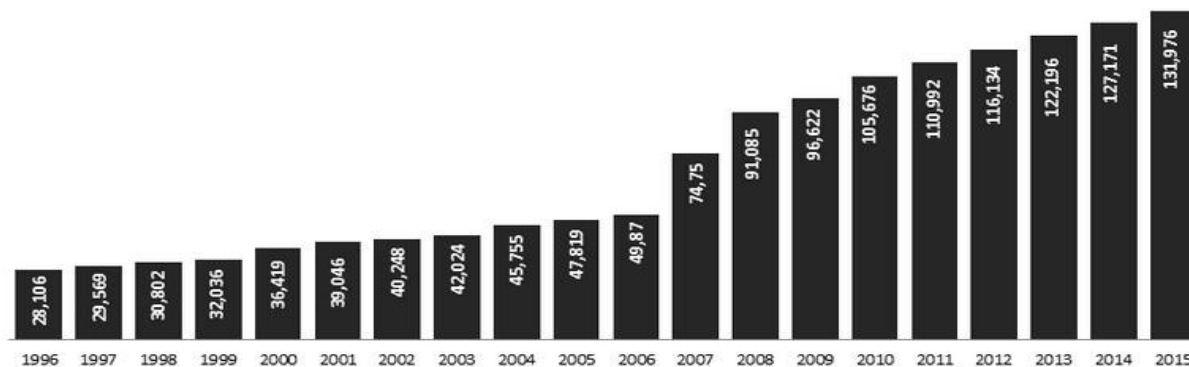
No gráfico abaixo podemos acompanhar essa evolução populacional do município de Rio das Ostras no período de 1996 a 2015.

#### GRÁFICO 1 – Dados Populacionais de Rio das Ostras (1996-2015)

---

<sup>22</sup> Lei que estabelece a criação do município de Rio das Ostras. Disponível em: <<http://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/151117/lei-1984-92>>>. Acesso em: 24 out.2015.

<sup>23</sup> De acordo com o Plano Estadual de Saúde (2008-2011), a região da Baixada Litorânea é composta por nove municípios, são eles: Saquarema, Araruama, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia, Cabo Frio, Arraial do Cabo, Armação dos Búzios, Rio das Ostras e Casimiro de Abreu.



Fonte: Site Oficial da Prefeitura de Rio das Ostras

Esse “boom populacional” pode ser associado ao crescimento da oferta de vagas de emprego na região após a expansão das empresas ligadas a indústria do petróleo em Macaé. Devido a essa proximidade, muitas pessoas acabam migrando para a região em busca de colocação no mercado de trabalho. Por outro lado, há também os que optam por sair da capital do Estado para uma cidade do interior, como Rio das Ostras, visando uma melhor qualidade de vida em um lugar mais distante do “Caos Urbano” que se instalou nos grandes centros das metrópoles. Com efeito, cresce a cada dia a demanda por serviços públicos no município tanto em quantidade como em qualidade.

No relatório final da 9ª Conferência Municipal de Saúde de Rio das Ostras realizada no ano de 2011 foi destacado que, “Em decorrência desse incremento sócio-democrático muitos serviços sofreram demanda multiplicada, com necessidade de investimento e alterações no planejamento” (RIO DAS OSTRAS, 2011, p.1), como foi o caso dos serviços públicos de saúde. Estes necessitaram “fortalecer-se em qualificação e tecnologia, com expansão estrutural a fim de atenderem às novas demandas e manterem a oferta e com reorganização administrativa para acompanharem os novos modelos de gestão” (RIO DAS OSTRAS, 2009, p.1).

Diante disso, apresentaremos no item a seguir um breve panorama atual da organização desses serviços na rede municipal de saúde de Rio das Ostras – RJ.

## 2.2 Breve panorama atual da organização dos serviços públicos na rede municipal de saúde

Neste item iremos trazer alguns dados referentes ao SUS no âmbito do município de Rio das Ostras, a fim de conhecermos um pouco melhor seu funcionamento, algumas das ações que vem sendo realizadas pela SEMUSA frente as demandas em saúde da população rioestrense, os serviços oferecidos nas unidades de saúde existentes e a organização destes, bem como os principais avanços e dificuldades da rede municipal.

Nessa perspectiva, as informações que serão apresentadas neste item foram obtidas com base: 1) no Site Oficial da Prefeitura de Rio das Ostras; 2) em documentos oficiais do município tais como: relatórios finais das conferências municipais, relatório anual de gestão, plano municipal de saúde e lei orgânica municipal; 3) em entrevistas que seguiram um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE B) a partir da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) realizadas com a ex-conselheira municipal de saúde de Rio das Ostras que é graduada, mestre e doutora em enfermagem e também docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense – Pólo Universitário de Rio das Ostras e com uma servidora pública municipal da saúde que não possui formação na área e pediu para ter sua identidade<sup>24</sup> preservada por estar com vínculo empregatício de contrato.

As entrevistadas serão referidas respectivamente como: “ex-conselheira municipal da saúde” e “servidora municipal”.

Segundo informações contidas no site oficial da Prefeitura, Rio das Ostras “possui uma das melhores redes públicas de saúde do país, que oferece atendimento humanizado, remédios, exames e cirurgias de ponta, gratuitamente, a todos”<sup>25</sup>.

Atualmente, essa rede é composta por 4 (quatro) Postos de Saúde da Família (PSF), 6 (seis) Postos de Saúde, 2 (dois) Centros de Saúde, 1 (uma) Farmácia Municipal, 1 (um) Pronto Socorro Municipal, 1(um) Hospital Municipal, 2 (dois) Centros de Reabilitação, 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial, 1 (uma) Coordenadoria de Gestão, Avaliação e Auditoria (COGA)<sup>26</sup> e 1 (uma) Coordenação de Vigilância em Saúde, conforme demonstrado no quadro abaixo:

---

<sup>24</sup> A mesma só aceitou conceder a entrevista para colaborar com a minha pesquisa por saber que serviria de base para a elaboração do meu Trabalho de Conclusão de Curso.

<sup>25</sup> O trecho extraído não faz menção sobre os reais problemas enfrentados pela rede.

<sup>26</sup> Antiga Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria (COCAA).

QUADRO 1 – Total de Estabelecimentos da Rede Pública de Saúde de Rio das Ostras

Tipos de Unidades de Saúde	Quantidade
Posto de Saúde da Família	4
Posto de Saúde	6
Centro de Saúde	2
Farmácia Municipal	1
Pronto Socorro Municipal	1
Centro de Reabilitação	2
Coordenação de Vigilância em Saúde	1
Coordenadoria de Gestão, Avaliação e Auditoria	1
Centro de Atenção Psicossocial	1
Hospital Municipal	1

Fonte: Site Oficial da Prefeitura de Rio das Ostras

Quando perguntada sobre a forma de organização da Rede de Atenção à Saúde de Rio das Ostras, a servidora municipal afirmou que

“A rede de atenção aqui está organizada de forma hierarquizada”

De acordo com o art. 174 da Lei Orgânica do Município (LOM) de Rio das Ostras, as ações e os serviços de saúde que são realizados no município fazem parte de uma rede organizada de forma regionalizada e hierarquizada constituindo assim, o SUS no âmbito do Município.

A cartilha “Entendendo o SUS” informa que a regionalização significa uma maneira de “organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento” (BRASIL, 2006a, p.23).

Ao ser questionada sobre como se dá o acesso da população aos serviços de saúde dessa rede, a servidora municipal deu a seguinte explicação

É assim. O paciente aqui é atendido primeiro em algum posto de saúde daqui, aí se o médico lá vê necessidade de algum tipo de serviço, ele é encaminhado para outros serviços. Ele tem que passar primeiro pela atenção básica de preferência”.

Como vimos no capítulo anterior, a partir do SUS, a rede de serviços de saúde foi hierarquizada em três níveis de atenção em saúde: primária ou básica, média e alta complexidade.

A rede primária de atenção à saúde de Rio das Ostras é constituída pelos Postos de Saúde da Família, Postos de Saúde, Centros de Saúde e Farmácia Municipal, que se encontram distribuídos conforme demonstrado no quadro abaixo:

QUADRO 2 – Rede Primária de Atenção à Saúde de Rio das Ostras

Tipos de Unidades	Bairros
Posto de Saúde da Família (PSF)	Âncora
	Cantagalo
	Rocha Leão
	Mar do Norte
Posto de Saúde (OS)	Operário
	Nova Esperança
	Jardim Mariléa
	Boca da Barra
	Recanto
Centro de Saúde (CS)	Extensão do Bosque
	Nova Cidade
Farmácia Municipal	Extensão do Bosque

Fonte: Site Oficial da Prefeitura de Rio das Ostras

A partir do quadro acima, observa-se que as unidades de saúde estão distribuídas em diferentes bairros da cidade (11 bairros), o que a servidora municipal considera como um aspecto positivo da regionalização.

“Com a regionalização, houve avanço da melhora dos serviços prestados a população. Pra mim, as pessoas aqui acabaram tendo certa facilidade de acesso aos serviços básicos de saúde justamente porque há postos espalhados em vários lugares do município, incluindo os bairros mais distantes como Âncora e Cantagalo”.

Essa visão da entrevistada será contestada pela ex-conselheira municipal de saúde, como veremos mais adiante.



No site oficial estão divulgados todos os serviços ofertados<sup>27</sup> para a população rioestrense em cada unidade da rede primária de atenção a saúde, entre os quais alguns apresentaremos a seguir.

Os PSF dos bairros Âncora, Cantagalo, Rocha Leão e Mar do Norte em geral oferecem o atendimento em medicina da família, pediatria, clínica geral, ginecologia e nutrição. Frisase que, além destes, somente o PSF do Âncora possui a especialidade de alergologia<sup>28</sup>.

O PSF do Âncora ainda oferece os serviços de fisioterapia, serviço social, enfermagem, vacinação, fornecimento de preservativos, realização de curativos, coleta de sangue e preventivo, pré natal, entre outros. Atende ainda os grupos de: Gestante, Puerpério, Hipertensão, Planejamento Familiar, Núcleo de Assistência à Saúde do Adolescente (NASA) e da Melhor Idade (Vitalidade).

O PSF do Cantagalo possui atendimentos médicos de diferentes especialidades; realiza coleta de exames clínicos e preventivos e os programas de planejamento família, do leite e assistência familiar, Hipertensão (Hipertensos e Diabéticos) e Idoso.

O PSF de Rocha Leão oferece os seguintes programas de saúde: Saúde da Família, Saúde da Criança e Programa de Tuberculose e Hanseníase, Hipertensão, Saúde Bucal, Saúde da Mulher.

O PSF do Mar do Norte oferece os serviços de consulta e visita domiciliar, preventivo para gestantes, vacinação.

Os PS dos bairros Cidade Praiana, Operário, Nova Esperança, Jardim Mariléa e Boca da Barra em geral prestam o atendimento em clínica geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria e nutrição.

O PS de Cidade Praiana além de realizar os atendimentos básicos tem referência para vacinação antirrábica. Os demais serviços oferecidos são: Grupo do Idoso – União Praiana, Grupo do Baixo Peso, Grupo Gestante, Grupo de Hipertensos e Diabéticos, Grupo de Educação da Saúde Bucal, Planejamento Familiar, Acompanhamento do Bolsa Família, entre outros.

---

<sup>27</sup> Ver mais detalhadamente no site oficial da Prefeitura

<sup>28</sup> Trata das doenças alérgicas

O PS do Operário oferece serviços de consulta de pré Natal, coleta de exames laboratoriais, enfermagem, Eletrocardiograma (ECG), Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). Atende ainda o Grupo Hiperdia.

O PS de Nova Esperança realiza os programas Nacional de Vacinação, Saúde da Mulher (pré-natal), Planejamento Familiar; atende os grupos de gestante e Hiperdia.

O PS do Jardim Mariléa oferece as seguintes vacinas: infantil, tríplice viral para adultos e antitetânica; realiza primeira consulta pré-natal (acolhimento de gestantes) com realização de algumas sorologias, exames laboratoriais, curativos sem secreção e com secreção.

O Posto de Saúde do Recanto faz aferição de pressão arterial (livre demanda), pré-natal de baixo risco e verificação de peso e triagem pré-natal com coleta sanguínea em papel filtro; consulta com o Grupo de Gestantes; atende os grupos: hiperdia e de Planejamento Familiar.

O Posto de Saúde de Boca da Barra oferece Odontologia e Odontopediatria.

O CS da Extensão do Bosque oferece atendimentos em homeopatia, oftalmologia, endocrinologia, alergologia, ortopedia, cirurgia ortopédica, otorrinolaringologia, nutrição, cardiologia, reumatologia, dermatologia, mastologia e pediatria.

O CS de Nova Cidade presta atendimentos em pediatria, clínica médica, ginecologia, obstetrícia, gastroenterologia, urologia, cirurgia geral, pediátrica e ginecológica, proctologia, angiologia, hematologia, neurologia, neuropediatria, nutrição, fisioterapia, serviço social. Entre os serviços oferecidos destacam-se: os de lesões dérmicas, gestação de alto risco e Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente (Nasa).

A Farmácia Municipal oferece medicamentos básicos e especializados, remédios para os programas de saúde específicos como insulina, insumos, preservativos e tiras Reativas para Glicemia; Programa Hiperdia, Tabagismo, DST/AIDS, Hanseníase, Tuberculose, Saúde da Mulher; fórmulas infantis.

Em seu site oficial há ainda disponível os dias e horários de funcionamento de cada unidade, bem como, endereço, bairro, telefone<sup>29</sup>. Quanto a isso, a servidora municipal vê como necessária uma maior divulgação dos serviços de saúde.

“Tem que divulgar mais os serviços. Porque muitas pessoas desconhecem o que é oferecido aqui na cidade. Acho que também pra isso tem que ter uma parceria com a Secretaria de Comunicação”.

Entre as iniciativas nesse sentido conforme noticiado no site está o Programa “Saúde da comunidade”<sup>30</sup>.

Devemos lembrar ainda que está entre um dos princípios do SUS, como vimos no capítulo anterior, “a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário” (BRASIL, art. 7º, inciso VI, 1990a).

Em relação as unidades da rede primária de atenção à saúde, este ano foi inaugurada uma nova unidade de saúde no bairro Cidade Beiramar denominada Nilson Marins. Para a servidora municipal a ampliação do número das unidades da rede de atenção primária

“É um grande ganho para a cidade porque a gente tá procurando priorizar a Saúde Básica focando principalmente na prevenção das doenças e promoção da saúde. Então, entre nossas ações prioritárias estão algumas medidas para fortalecimento da Atenção Básica, humanização dos serviços... Pra isso tivemos que fazer novos investimentos nesse nível de atenção né, por meio de programas, projetos” (servidora municipal).

Um avanço considerado na Saúde Básica foi a implantação em governos anteriores da ESF. Segundo o relatório final, a implantação da ESF “foi iniciada como pilar para o fortalecimento da atenção básica” (RIO DAS OSTRAS, 2009, p.1). Entretanto, a servidora municipal destaca a baixa cobertura da ESF na rede primária.

“A ESF aqui ainda tem uma cobertura pequena de uns 30% é bem verdade, acho que a gente pode ampliar muito mais ainda né, e é até uma proposta de gestão né, de priorizar a atenção básica né”.

---

<sup>29</sup> Cheguei a ligar para alguns números fornecidos no site e fui prontamente atendida.

<sup>30</sup> Programa que busca orientar a população sobre onde encontrar os atendimentos, em quais unidades, os serviços oferecidos, o funcionamento no SUS e etc. Informação extraída do site oficial.

Esse dado nos chamou a atenção por ter ESF implantada somente em quatro unidades de saúde (rever QUADRO 2) diante de uma demanda populacional atual de mais de 130 mil habitantes.

Ainda na Saúde Básica são desenvolvidos na rede diversos programas de prevenção voltados para Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente, Vigilância Alimentar e Nutricional, Controle da Tuberculose e Hanseníase, DST-AIDS, Saúde Mental, Saúde Bucal, Hipertensão e Saúde do Trabalhador, entre outros.

Outro ponto positivo apontado pela entrevistada foi a descentralização do atendimento desses programas.

“a SEMUSA promoveu a descentralização do atendimento com o objetivo de ampliar os serviços que já existiam para outras unidades da rede né, que antes eram restritas em algumas unidades né. Com isso buscou ampliar o atendimento aos munícipes para as localidades mais distantes do centro da cidade também e assim ampliar o atendimento dos programas pra lá também né” (servidora municipal).

Antes de analisarmos a fala acima apresentada, primeiramente, foi perguntada as entrevistadas, o que entendem por descentralização e as mesmas atribuíram as seguintes respostas:

“Eu acho que só tem aspecto positivo. Eu acho que quanto mais você descentralizar melhor né! Eu acho que é o grande negócio né, é você trocar: eu tenho isso e você não tem isso então te dou isso e você me dá aquilo, é isso aí entendeu” (servidora municipal).

“Pra mim, a descentralização está exatamente na..como é que eu posso te dizer é...no envolvimento né, de vários setores no comando né de alguma coisa né. Então, se a gente pensar em gestão da saúde, a descentralização né da saúde é o envolvimento dos profissionais, dos usuários, dos gestores né pensando em ações e políticas é...no tocante da saúde. Com a descentralização você consegue ampliar muito mais o trabalho e você consegue envolver muito mais né, você consegue envolver mais profissionais, você consegue envolver os usuários, você consegue envolver os gestores né. Nesse sentido, hoje a gente fala muito na gestão participativa né que é exatamente isso né que é a participação de todo mundo tendo a oportunidade de contribuir né com perspectivas das necessidades de saúde da população como um todo (ex-conselheira municipal de saúde).

Percebemos que a servidora municipal tem uma visão “clientelista” da forma de prestação dos serviços de saúde no município que deve ser realizada como um sistema de “troca de favores” e não como um direito efetivo do cidadão segundo preconiza a CF/88.

Portanto, a mesma distorce o conceito de descentralização e regionalização. Já a ex-conselheira municipal apresenta uma concepção muito mais ampla ao acrescentar ainda a importância da articulação entre profissionais da área, gestores e da participação da comunidade, apontando a gestão participativa.

Como vimos no capítulo anterior deste trabalho, um dos objetivos propostos com a descentralização também foi estender a participação popular na gestão do SUS, diretriz que orienta sua organização, garantida em dois espaços importantes, no Conselho e nas Conferências Municipais.

Ressalta-se que no Conselho, os usuários do sistema de saúde têm 50 % de representação. Estes assumem um importante papel de avaliador e fiscalizador das ações e dos serviços públicos de saúde no seu município, identificando problemas e encaminhando as soluções mais adequadas às necessidades de saúde da população.

No entanto, a ex-conselheira municipal de saúde destaca que a participação da comunidade rioestrense na gestão do SUS no município ainda é muito ruim.

“a participação da população aqui em Rio das Ostras é muito ruim porque eu acho que a população não tem ciência, nem tem ideia do que é e qual é o direito que ela tem na participação do conselho”

Em certo momento da entrevista, a ex-conselheira municipal de saúde foi enfática ao falar que no município “não existe descentralização”. Para argumentar sua afirmação a entrevistada exemplifica o desenvolvimento dos programas na rede primária de atenção à saúde.

“Aqui no município não existe descentralização tá. Eu sou professora, eu acompanho os alunos de enfermagem, eu sou professora da disciplina de Gerência né em enfermagem, então, eu abordo com os alunos assim: Gestão da Saúde, Gestão do SUS, planejamento né...então a gente visita exatamente o poder de Rio das Ostras né, a gente trabalha diretamente com os gestores né, com a coordenação do departamento, com a diretora do departamento dos programas, com os coordenadores de programa né. E o que a gente percebe é que não existe uma descentralização tá. Um exemplo: existe um programa de tuberculose, de hanse no município. Esse programa só funciona dentro do programa que é em um determinado centro de saúde, você não encontra em nenhuma outra unidade o desenvolvimento desse programa. É, o programa da criança. O programa da criança, você tem um grupo que é alocado no programa e que desenvolve atividades em alguns locais de Rio das Ostras né..mas você não tem um mesmo programa implantado em todas

as unidades né. Então, existe uma dificuldade dessa descentralização. Você não tem na rede né um determinado programa funcionando em todas as unidades de saúde né. É igual a gravidez de alto risco né, gravidez na adolescência. É em um determinado local que desenvolve. Uma gestante adolescente de alto risco não consegue atendimento em qualquer lugar de Rio das Ostras” (ex-conselheira municipal de saúde).

A análise do relato da entrevistada nos remete a apresentar um quadro contendo as unidades em que são desenvolvidos os programas de saúde.

QUADRO 3 – Funcionamento dos Programas de Saúde da Rede Municipal de Saúde de Rio das Ostras

	PROGRAMA	GRUPOS
PSF do Âncora		Gestante, Puerpério, Planejamento Familiar, Hipertensão, NASA (Núcleo de Assistência à Saúde do Adolescente) e Grupo da Melhor Idade (Vitalidade)
PSF do Cantagalo	Planejamento Familiar, Programa de Hipertensão e Idoso, Programa do Leite e Assistência Familiar (ACS)	
PSF de Rocha Leão	Saúde da Família, Hipertensão, Saúde Bucal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Programa de Tuberculose e Hanseníase	
PSF do Mar do Norte		
Cidade Praiana		Grupo do Idoso – União Grupo Grupo do Baixo Peso Grupo de Hipertensos e Diabéticos Planejamento Familiar Grupo de Educação da Saúde Bucal
Operário		Grupo de Hipertensão
Nova Esperança	Programa Nacional de Vacinação Programa Saúde da Mulher (pré-natal) Planejamento Familiar	Grupo de Hipertensão Grupo de Gestante
Jardim Marilea		
Boca da Barra		
Recanto		

CS da Extensão do Bosque		
CS Nova Cidade		Serviço de lesões dérmicas, Gestação de alto risco e Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente – Nasa

Fonte: Site Oficial da Prefeitura de Rio das Ostras

Observa-se no quadro acima que não há um mesmo programa de saúde implantado em todas as unidades, ou nem mesmo algum em determinada instituição. Portanto, podemos concluir que alguns serviços permanecem restritos quando a seu acesso. Sendo assim, a afirmação da ex-conselheira municipal de saúde pode ser confrontada com a concepção da servidora municipal sobre a facilidade de acesso a partir da descentralização do atendimento.

Ao ser perguntada se sabia qual era a modalidade de gestão na qual o município de Rio das Ostras se encontra habilitado, a servidora municipal descreveu o seguinte:

“Hoje, Rio das Ostras tem a Gestão Plena da Atenção Básica. Ele ainda não aderiu ao Pacto pela Saúde, a maioria dos municípios da Baixada ainda não aderiu para passar a ter Gestão Plena da Saúde. Então, a gente é Plena na Atenção Básica pela Gestão, mas isso é uma coisa que está encaminhando, eu não saberia te dizer qual é a previsão do município aderir. Ele já tem até os pré-requisitos para assinar o Pacto como: relatórios de gestão, plano plurianual...tem Estratégia de Saúde da Família com uma cobertura bem pequena é verdade, mas assim, a gente tem todos os pré-requisitos...então eu não saberia te dizer uma previsão pra isso. Porque a diferença que teria seria porque a gente passaria a gerir a verba “fundo a fundo” entendeu. Hoje a verba que a gente recebe é toda repassada pelo Ministério e pelo Estado. A gente não gere nossa própria verba, só quando tiver a Gestão Plena e não saberia te dizer qual a previsão do gestor de ta assinando. Nenhum município da Baixada aderiu, nenhum dos nove assinaram ainda” (servidora municipal).

Como citado no capítulo anterior, o município inserido na condição de Gestão Plena da Atenção Básica é responsável somente pela rede de atendimento básico em seu território. E esse é o caso de Rio das Ostras.

Quanto a afirmação da entrevistada sobre a não adesão do município e dos demais municípios da Baixada Litorânea, não conseguimos obter nenhum dado que esclarecesse o motivo real, nem as possíveis implicações para os mesmos pela sua não adesão, no entanto, podemos sinalizar que tivemos acesso a alguns destes instrumentos de gestão<sup>31</sup> que apesar de

<sup>31</sup> Material fornecido após autorização pelo Conselho Municipal de Saúde

não estarem atualizados (anos de referência 2009 e 2010), serviram para acrescentar com algumas informações para o referido estudo.

Na concepção da ex-conselheira municipal de saúde, o município ainda não tem condições de ser Gestão Plena do Sistema Municipal quando afirma que

“Rio das Ostras é um município que tem muita pobreza, muita miséria, a grande maioria da população não tem água encanada, nem esgoto, tem uma área rural...Um município desse não tem condições de ser Gestão Plena do Sistema”.

Esse dado nos chamou a atenção uma vez que a falta de saneamento básico, é um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, como vimos no capítulo anterior, e para atingir o que foi assegurado no art. 196 da CF/88, o município precisa promover os meios para condições dignas de trabalho, saneamento, moradia e etc.

Ainda com relação a oferta de serviços de saúde, a servidora municipal acrescentou que apesar da prioridade do município ser a atenção básica, também oferecem a média e alta complexidade.

“Mesmo assim, o município atende aqui a média e a alta complexidade também”.

Sendo assim,

Embora a responsabilidade municipal restrinja-se a Atenção Básica segundo a diretriz constitucional, mostrou-se premente a necessidade do desenvolvimento de ações a nível médio e de alta complexidade, no próprio município. Esse crescimento garantiu a integralidade nas ações de saúde (RELATÓRIO FINAL, 2009, p.1).

Como já foi falado, em rede de atenção hierarquizada o acesso à população ocorre preferencialmente pela rede básica de saúde, no entanto, os casos considerados de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados de forma a assegurar o atendimento integral à população em todos os níveis evitando assim, ações de saúde fragmentadas.

A integralidade é uma das diretrizes, como vimos no capítulo anterior, que orienta a organização do SUS instituído pela CF/88, compreendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos.



As informações aqui obtidas não nos permitiu saber concretamente de qual forma o município vem buscando avançar na integralidade e poder aprofundar sua avaliação. Mas podemos destacar que além das ações de promoção e proteção da saúde desenvolvidas na rede primária de atenção à saúde, esta diretriz ainda prevê que os serviços assistenciais, aqueles que cuidam das pessoas que já se encontram doentes não devem ser prejudicados. Nessa perspectiva, em Rio das Ostras foram criadas também unidades de atenção especializada.

Unidades de Atendimento a pacientes de alta complexidade foram instaladas para darem suporte a eventos mais graves, principalmente calcados característica de cidade com vocação turística cortada por uma rodovia, o que determina população sazonalmente aumentada e incidência elevada de acidentes (RELATÓRIO FINAL, 2009, p.1).

Atualmente, a rede de atendimento especializado de Rio das Ostras é constituída pelo Hospital Municipal, Pronto Socorro Municipal, os Centros de Reabilitação e Centro de Atenção Psicossocial, que se encontram distribuídos conforme quadro abaixo:

QUADRO 4 – Unidades de Atenção à Saúde Especializada de Rio das Ostras

<b>Unidades</b>	<b>Bairros</b>
Hospital Municipal	Parque Zabalão
Pronto Socorro Municipal	Parque Zabalão
Centro de Reabilitação	Parque Zabalão Rocha Leão
Centro de Atenção Psicossocial	Jardim Mariléa

Fonte: Site Oficial da Prefeitura de Rio das Ostras

Diferente da forma de distribuição das unidades da rede primária (ver QUADRO 2), observa-se no quadro acima que das cinco unidades de saúde citadas, quatro estão localizadas em bairros da região central da cidade (Parque Zabalão e Jardim Mariléa), o que nos faz questionarmos se essa forma de organização “centralizada” da prestação das ações serviços de saúde especializados tem assegurado o acesso da população aos mesmos, principalmente aos que residem nos bairros mais distantes do centro da cidade.

Diante do exposto sobre a forma de distribuição dos serviços básicos e especializados ofertados na rede pública de saúde de Rio das Ostras, Paim (2009) explica que a forma de rede regionalizada

possibilita a distribuição dos estabelecimentos de saúde em um determinado território, de modo que os **serviços básicos estejam mais disseminados e descentralizados enquanto os serviços especializados se apresentam mais concentrados e centralizados** em determinadas regiões (PAIM, 2009, p.48; grifo nosso).

O autor ainda coloca que a ideia de rede no caso do setor saúde supõe “certa ligação ou integração entre os serviços, evitando que fiquem dispostos de forma isolada, autarquizada, ou seja, sem comunicação entre si”(PAIM, 2009 p.48)

Vejamos agora os serviços especializados ofertados em cada unidade.

O Pronto Socorro Municipal conta com uma equipe de resgate que conta com médicos socorristas para situações de urgências e emergências. Presta atendimentos nas seguintes especialidades: ortopedia, oftalmologia, neurologia, nefrologia, cirurgia geral, otorrinolaringologia, de urgência e emergência psiquiátrica, Os demais serviços oferecidos são: realização de exames laboratoriais, eletrocardiogramas e radiológicos, imobilização ortopédica.

A unidade dispõe ainda de uma Central de Marcação de Exames para pacientes graves e internos (CECOVE); uma Unidade de Dor Torácica (UDT), a primeira do interior do Estado e a quarta do serviço público do País voltada para o atendimento de urgências e emergências cardiológicas.

O Hospital Municipal realiza consultas ambulatoriais em cirurgia vascular neurocirurgia, urologia e teste da orelhinha; atendimentos emergenciais nas especialidades de pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, neurocirurgia, nefrologia, hematologia, infectologia e Centro de Tratamento Intensivo (CTI). Também realiza cirurgias eletivas de pediatria, proctologia, vascular, mastologia, urologia, ortopedia, bucomaxilo e geral. Realiza os seguintes exames: laboratoriais em geral, de imagem (raio-x, ultrassonografia, tomografia computadorizada, endoscopia e colonoscopia) e cardiológicos (ecocardiograma, eletrocardiograma e teste ergométrico).

A unidade conta ainda com uma equipe multidisciplinar composta por profissionais das áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social e nutrição.

O Centro de Saúde do Parque Zabalão dispõe das seguintes especialidades médicas: fisioterapia, fonoaudiologia, fisioterapia, neurologia, neuropsiquiatria, serviço social, psicologia e terapia ocupacional. Ainda desenvolve atividades como: reuniões de equipes de crianças e

adolescentes, e de adultos e idosos; porta de entrada única; atendimentos individualizados por especialidade e também em grupo e várias modalidades.

Já no Centro de Saúde de Rocha Leão possui as mesmas especialidades que o do Parque Zabulão exceto a de serviço social. As atividades realizadas também são as mesmas com destaque para o atendimento em grupo de fisioterapia.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) oferece os seguintes atendimentos: clínico em regime de atenção diária, multidisciplinar (serviço social, psicologia, terapia ocupacional, psiquiatria enfermagem, técnico de enfermagem, ao usuário da família; acompanhamento de Internações Administração de Medicação. Realiza ainda Oficinas Terapêuticas, como Caminhada, Culinária, Futebol, Dança Sênior) e Rádio CAPS, ComuniCAPS e artesanato em parceria com a Fundação de Cultura.

Apesar de todas as especialidades oferecidas em cada unidade da rede (básica e especializada), a servidora municipal declara que há serviços especializados que não são ofertados no município, o que acarreta nos encaminhamentos para localidades fora da região.

“Aqui basicamente na rede pública temos maternidade, obstetrícia, pediatria, cirurgias gerais a gente faz quase todas, não tem problema, cirurgia ginecológica que é feita no Hospital, neurocirurgia só se for uma coisa muito simples senão é encaminhado para Itaperuna que é a nossa referência em neurocirurgia. Já qualquer procedimento cardíaco a nossa referência é Cabo Frio. No departamento do COGA tem o fluxo grande para o Rio que é o Tratamento Fora Domicílio (TDF) que é justamente encaminhar todos os municípios que fazem tratamento no Rio e que não tem aqui como o Inca, como o tratamento no Fundão...tem vários tratamentos que a gente não tem aqui. Tem exames de alta complexidade que não tem aqui e são oferecidos gratuitamente na rede conveniada. Pra isso, a gente disponibiliza carros, vans terceirizadas... Então, quando acontece daqui de não ter algum serviço, quando não tem atendimento no município. Isso acontece direto né. É o que a gente chama de Regionalização tá. Que é uma forma de descentralização da gestão do SUS né” (servidora municipal).

A partir do relato da entrevistada podemos sinalizar alguns pontos. O primeiro nos permitiu contestar a citação do seu site oficial de que Rio das Ostras “oferece exames e cirurgias de ponta” uma vez que determinados tipos de exames de alta complexidade e procedimentos cirúrgicos não são oferecidos na rede municipal acarretando nos constantes encaminhamentos para outras localidades. Essa informação nos faz refletir sobre a qualidade e se está sendo assegurado o atendimento também das pessoas que necessitam se deslocar para

outros municípios para realização de seu tratamento a ponto de questionarmos o seguinte: Será que as vans são realmente disponibilizadas? Há fila de espera pra isso?

O segundo ponto se refere ao funcionamento do sistema de referência e contrarreferência. A entrevistada citou alguns municípios como referência para encaminhamentos nos casos em que Rio das Ostras não pode oferecer determinado tipo de serviço, como Cabo Frio e Itaperuna.

O sistema público de saúde funciona de forma referenciada. Isso ocorre quando o gestor local do SUS, não dispondo do serviço de que o usuário necessita, o encaminha-o para outra localidade que oferece o serviço. Esse encaminhamento e a referência de atenção à saúde são pactuados entre os municípios (BRASIL, 2006a, p.5).

Contraditoriamente, a servidora afirmou que essa “referencialização” no município foi feita pelo Estado.

“Estas são referências que são feitas pelo Estado, aí não tem nada a ver com os municípios. Foi uma pactuação que não teve nada a ver entre os municípios. Foi uma pactuação feita com o Estado muito antiga definida e aí definiu-se como referência” (Servidora Municipal).

Outro terceiro ponto a ser destacado se refere ainda aos encaminhamentos feitos pela Coordenadoria de Gestão, Avaliação e Auditoria (COGA).

O COGA é uma unidade que tem entre suas principais atribuições: oferecer agendamento e entrega de resultados de exames, inscrição no cartão SUS, além de outros serviços e que segundo a servidora municipal “centralizou” determinados serviços no município, explicando o seu fluxo de atendimento.

“No COGA estão centralizados todos os tipos de marcação de exames, mas não atende emergência. O COGA atende tudo que é paciente ambulatorial, que vem dos Postos de Saúde e Centros de Saúde da cidade e que depois vão ser encaminhados para onde dever ser. Agora se for emergência, o Hospital e o Pronto Socorro Municipal tem que resolver e encaminhar ou transferir o paciente de lá mesmo para outro lugar. Então nesse caso, o paciente não vai pro COGA, são eles do CECOVE que tem que resolver porque o COGA não lida com emergência entendeu, lida com ambulatorial. Agora se o paciente teve alta e necessita de exame a nível ambulatorial aí o COGA atende. Então, basicamente funciona assim: o usuário é atendido numa UBS aqui, e lá o médico vê se tem necessidade de algum exame, então o usuário recebe uma folha de requisição que tem ser levada ao COGA para agendar. Mas pra isso tem que ter o pedido médico, cartão SUS, identidade. Não tem escolha

de prioridades, até porque quem marca é o médico. No COGA só vai ser autorizado o que o médico marcou. É ele que faz o pedido para operar fulano ou nem marca a data, pede pro usuário ir lá autorizar pra depois aí ele marcar. Lá tem até uma médica auditora que avalia as solicitações de exames e procedimentos. Mas quem define a quantidade de cirurgias por dias é o Hospital, ele que tem o fluxo. Assim, cabe ao COGA dar autorização da cirurgia ou não. Só quem sabe quando vai operar é o médico, ele que é o dono da agenda dele né (servidora municipal)”.

A partir da fala da entrevistada, podemos observar que há muita burocracia para a realização de exames. Se o médico solicitar um exame que necessite de autorização tem ir até o COGA e deixar o pedido lá para ser avaliado. Isso nos faz questionarmos qual seria o prazo que se leva pra ser autorizado e mais, se vai ser autorizado ou não e com qual critério, e depois qual seria o prazo pra ser marcado tal exame.

Diante disso, cabe ressaltar que a igualdade da assistência à saúde deve ser sem privilégios de qualquer natureza.

Esse sistema de referência também determina que após ter necessidade atendida, o usuário da alta complexidade seja reencaminhado, para uma unidade de menor complexidade a fim de que possa ser dada continuidade ao seu tratamento e não se vê uma preocupação com a contrarreferência na fala da entrevistada.

O quarto e último ponto a ser destacado é sobre a rede conveniada. Conforme abordado no capítulo anterior, o SUS só pode recorrer aos serviços privados caso suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial da população de seu território.

Outro serviço importante, mas que se encontra “centralizado” no centro da cidade é a Ouvidoria da Saúde, embora seja uma reivindicação muito antiga nas Conferências Municipais sobre a necessidade da sua descentralização (RELATÓRIO FINAL, 2011).

Quando perguntada sobre os principais desafios da rede municipal, a servidora municipal reconhece que há dificuldades diante da grande demanda pelos serviços de saúde e por isso, destaca a importância do planejamento.

“Diante do grande crescimento populacional da cidade né e que consequentemente ampliou as demandas pelos serviços públicos de saúde, promover um saúde pública aqui de qualidade se tornou um enorme desafio pra Administração Municipal e pra SEMUSA né. Com isso, a Administração

Municipal por meio da SEMUSA acabou precisando desenvolver ações de planejamento para atender essa crescente demanda pelos serviços públicos de saúde do município que cada vez mais só aumenta né por causa do acelerado crescimento populacional. Primeiro que pra um melhor planejamento de nossas ações a gente quer conhecer melhor a realidade local né, conhecer melhor as necessidades da população aqui...o perfil desse público que demanda o serviço né, por sexo, faixa de idade por exemplo, e a partir dos dados epidemiológicos saber qual a maior causa de mortes aqui na cidade para pensarmos então no controle das doenças, na prevenção..Com esse objetivo então é que hoje a gente tem serviços bastante amplos até. A gente investe em campanhas de vacinação, em projetos, programas...mobilizando assim todos os profissionais envolvidos, a população né” (servidora municipal).

Por outro lado, a servidora municipal afirma que o atendimento por completo da demanda ainda não tem sido possível em virtude de duas questões: o crescimento populacional e o atendimento dos usuários vindos de outros municípios colocando justamente em questão o planejamento.

“Jamais vamos conseguir atender toda a demanda por completo até porque Rio das Ostras é uma cidade que cresce assustadoramente, que há 8 anos atrás tinha uma população de 40 mil habitantes e hoje já passa dos 110 mil. Então pra mim o maior problema é esse crescimento da população com certeza. Além disso, tá provado na nossa estatística que mais de 40% do movimento aqui é de outros municípios A gente não atende só municípes de Rio das Ostras. Por mais que a gente faça visita domiciliar, a gente sabe que a gente atende muita gente de outros municípios como Casimiro de Abreu, de Cabo Frio entendeu? **E aí, não há planejamento que chegue. Você planeja pra uma quantidade de municípes e aquilo duplica aí como é que você faz. É igual matemática: se você gastar mais do que você ganhar vai fazer**” (servidora municipal; grifo nosso).

A ex-conselheira municipal de saúde critica veemente a fala da servidora municipal.

“Os caras acham que tão fazendo um favor recebendo um usuário de outro município quando aqui não tem todo atendimento. Isso aqui não é polo de referência SUS, nós não somos polo de referência SUS. Pólo de referência SUS é aquele município que tem todos os níveis: primário, secundário e terciário de atendimento né”. Aqui no município a gente tem a atenção básica, tem o nível terciário, tem uma unidade de UDT que isso é o “most do most”, tem o CTI de apenas 6 leitos para uma demanda de uma população de 150 mil habitantes, então, ele depende de outros municípios pra atender. Aqui por exemplo, não tem oncologia. Então ele também depende de outros municípios que é exatamente o que a regionalização fala e ao mesmo tempo ele corta isso né! Tanto que repudia os outros usuários que vem para cá. A regionalização não tem aqui. A sensação que eu tenho aqui na cidade é que é

quase que um favor né o atendimento à saúde da população. Eles usam esse atendimento como um marketing da prefeitura e não como direito do cidadão né. Então, a propaganda toda em cima da saúde “fazemos e acontecemos” é muito mais nesse sentido né, de marketing e não de realmente efetivar um direito do cidadão né que a constituição mesmo diz né, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (ex-conselheira municipal de saúde).

Cabe destacar que o direito de acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde, citado no capítulo anterior, foi preconizado no art. 195 da CF/88. Seguindo os mesmos preceitos constitucionais, o art.170 da LOM reforça que

A saúde é direito de todos os munícipes e dever do poder Público, assegurada mediante políticas sociais e econômicas que visem a eliminação de risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Contraditatoriamente em outro momento da entrevista, a servidora municipal diz que a demanda tem sido atendida.

“Até que hoje a gente tá conseguindo atender a demanda em saúde da população rioestrense sim. Não é porque eu trabalho na saúde que eu falo isso não. É claro que existem profissionais comprometidos lógico, em todo lugar existe bons e maus profissionais, e por isso, não dá pra vc responder por todo mundo né, mas de uma maneira geral se eu tivesse que dar uma nota para a saúde pública aqui eu daria de 7 a 9. Pode melhorar pode, em muito o que avançar ainda tem, mas eu diria que de uma maneira geral a saúde é boa. Eu acho que pro crescimento que a gente teve e pro que a gente oferece a gente procura tá acompanhando o crescimento dessa demanda por serviços de saúde. É lógico que a gente tenta da maneira que a gente pode atender de uma forma mais eficiente todo mundo” (servidora municipal).

Na visão da ex-conselheira municipal de saúde o problema não é só o crescimento populacional como apontado pela servidora municipal.

“Eu acho que o maior problema aqui não é o crescimento populacional não. Eu acho que é muito mais uma questão da gestão, do planejamento e do financiamento”.

Quanto a gestão, a entrevistada ressalta que

“As pessoas que estão na cabeça da gestão tem pouco entendimento do que é o SUS, do que é a descentralização, do que é a regionalização que é outra coisa super importante né” (ex-conselheira municipal de saúde).

É necessário que o gestor municipal detenha não só sobre esse entendimento, mas de todo o funcionamento do SUS.

Para a ex-conselheira municipal de saúde há uma falta de planejamento. Quanto isso, no documento “Reflexões aos novos gestores municipais de saúde” é assinalado que o planejamento

é essencial na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por objetivo uma ação contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Podem ser adotadas várias metodologias, em sua elaboração, mas o planejamento municipal deve ser sempre um processo participativo, envolvendo trabalhadores e usuários, além de ascendente, ou seja, partindo das unidades de Saúde e da leitura das necessidades de cada território. Planejar implica definir prioridades, mobilizar recursos e vontades em prol de objetivos conjuntamente estabelecidos, em um processo aberto e dinâmico, que oriente o cotidiano da Saúde municipal, em seus vários espaços. (BRASIL, 2009, p.46).

Nesse sentido, ambas as entrevistadas destacaram a importância do gestor.

“O papel do gestor é tudo. Ele é o único capaz de efetivar as ações de saúde. O gestor está no planejamento e planejar uma ação é reconhecer, ver diagnóstico, levantar possibilidades né, trabalhar metas. Então quando não tem essa perspectiva de planejamento e transformações não vai a lugar nenhum. Quando ele não tem essa perspectiva ele não vai a lugar nenhum” (ex-conselheira municipal de saúde).

“O gestor comprometido é tudo né, porque ele vai fazer o que tiver ao alcance dele para melhorar a saúde né” (servidora municipal).

Quanto ao financiamento, a servidora municipal destaca como um problema.

“A gente tem problema com financiamento, algumas coisas o Estado não libera verba e aí para implantar determinado serviço acaba sendo complicado” (servidora municipal).

Como abordado no capítulo anterior deste trabalho, no cenário atual, vemos a política de saúde brasileira sofrendo impactos da política macroeconômica entre alguns destes estão a não universalização das ações, diminuição dos recursos e seu desfinanciamento.

Ainda nessa direção, entre os maiores desafios apontados pela servidora municipal está a “municipalização da saúde”. A ex-conselheira municipal de saúde ressalta a minimização do Estado.



“O Estado não tenha dúvida, ele quer cada vez mais municipalizar a saúde. Ele quer cada vez mais botar a responsabilidade para o município. Eu vejo isso de forma complicada porque o município não possui todos os recursos para arcar com tudo isso né” (Servidora municipal)

“O Estado está aí como mínimo passando a bola para os municípios” (Ex-conselheira municipal de saúde).

Como pudemos observar ao longo do primeiro capítulo, os municípios não tinham uma responsabilidade efetiva com a saúde. No entanto, a partir do SUS, veio proposta de descentralização dos serviços para os municípios, com isso, a esfera municipal de governo se tornou a principal responsável por organizar, gerir, executar entre outras várias atribuições, as ações e os serviços de saúde em seu território. Entretanto, gradativamente o governo vem reduzindo o repasse fundo a fundo e aumentando cada vez mais a responsabilidade do município no financiamento em meio a um contexto de desresponsabilização do Estado com a questão social e da saúde e de sua passividade a lógica do capital.

Para superar esses desafios, a servidora municipal acredita no apoio mútuo entre os municípios para o atendimento das demandas.

“Então se os municípios não se apoiarem com os seus vizinhos, eles não vão conseguir caminhar muito longe não entendeu?”

Nesse sentido, ao ser questionada se há articulação com outros gestores municipais a mesma afirmou que

“Há uma articulação com outros gestores sim. É lógico que isso ainda tá engatinhando, a gente né ainda encontra algumas barreiras, mas é uma saída que os municípios encontraram enquanto ser uma região. Por exemplo, hoje uma dificuldade que a região tem é leitos de UTI neonatal. Existe hoje uma carência de UTI neonatal muito grande. Não tem disponível pra gente entendeu. Mas isso é um problema da região. Somente que supre é o Hospital Estadual e Regional de Araruama” (servidora municipal).

Ainda sobre a articulação com outros gestores, a servidora municipal destaca a participação do município de Rio das Ostras na Comissão Intergestores Regional da Baixada Litorânea (CIR/BL) explicando ainda o seu funcionamento.

“A gente participa das Comissões uma vez por mês em São Pedro da Aldeia. Lá a gente se reúne com todos os municípios da Baixada Litorânea que compreende desde Saquarema até Casimiro de Abreu. Na CIR que é a Comissão Intergestores Regionais ocorre todas as decisões que envolvem

troca de serviços entre municípios, pactuações que tem que ocorrer e o que aconteceu, com isso, o Estado ficou mais perto do município né, porque antigamente o Estado era muito distante né, das decisões e os municípios ficavam muito abandonados né, hoje não. Existe tanto na CIR e nas Câmaras Técnicas tem os representantes no nível central que é a Natália, representando o Estado”.

Na cartilha “Entendendo o SUS” menciona que a Comissão Intergestores Bipartite é

Um dos fóruns fundamentais para o processo de descentralização das ações de saúde. Nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações. Ela é responsável por organizar a atenção à saúde no estado, além de definir estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS, no âmbito estadual. Vale observar que, antes de levar um tema para ser discutido na Bipartite, o assunto deve ter sido debatido entre os municípios em outras de suas instâncias representativas (BRASIL, 2006, p.19).

Como citado no capítulo anterior, para desenvolver em conjunto as ações os serviços de saúde que lhes correspondam, os municípios podem constituir consórcios (BRASIL, 1990a, art.10). De acordo com o inciso VIII do art. 173 da LOM, está entre as atribuições do município no âmbito do SUS, a formação de consórcios intermunicipais de saúde.

Nessa direção, em seu site oficial consta que atualmente, os prefeitos da Baixada Litorânea criaram um consórcio, o Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Baixada Litorânea, o (Cisbali) que reúne os nove municípios da região da Baixada Litorânea e no qual o atual prefeito de Rio das Ostras, Alcebíades Sabino foi eleito presidente.

O objetivo com o Cisbali foi de “integrar as redes públicas de saúde dos municípios”. Entre umas das suas propostas está a de transformar o Hospital de Barra de São João em uma policlínica, o que a servidora vê como um problema o seu fechamento porque

“Com o fechamento do Hospital de Barra de São João, a emergência vem toda para o nosso Pronto Socorro ou para a UPA de Cabo Frio em Tamoios”.

Outro problema apontado pela servidora municipal é a necessidade de contratação de médicos.

“há falta de médicos pra atender aqui, por isso tem que contratar mais”.

Em setembro desse ano, a Prefeitura abriu edital de seleção para a contratação temporária de novos médicos <sup>32</sup>. Vale ressaltar que esse é um problema nacional, pois com o fortalecimento do setor privado da saúde, verifica-se a perda de muitos profissionais para este setor em virtude da precarização das relações de trabalho no âmbito público, baixas remunerações, terceirização da força de trabalho, os contratos temporários sem realização de concurso público e etc.

A análise das informações que foram apresentadas nos faz refletir até que ponto essa atual forma de organização dos serviços públicos de saúde prestados no município está assegurando os princípios e diretrizes do SUS de universalidade, integralidade, equidade e participação comunidade, estabelecidos pela CF/88. Leis 8.080 e 8.142 e na LOM de Rio das Ostras.

Em suma, a organização dos serviços públicos de saúde em um município envolve muita coisa: recursos materiais, financeiros, tecnológicos, humanos... É conhecer, diagnosticar, planejar, prever riscos, buscar soluções, alternativas... Para isso o gestor municipal precisa se capacitar constantemente.

Por tudo que foi exposto até aqui, consideramos que a falta de planejamento das ações pelos gestores municipais interfere diretamente na organização e na resolutividade dos serviços de saúde, tendo em vista que diante da complexidade do sistema os mesmos tem que estar preparados para assumir os novos desafios postos na realidade que está em constante mudança, sendo que seus objetivos estejam em consonância com as reais demandas de sua comunidade. Entretanto, esse sujeito também está submetido aos interesses da política neoliberal e da lógica de acumulação capitalista. Portanto, estes não devem ser os únicos “culpados” pelos problemas apresentados em relação a questão saúde no município, os fatores exógenos nacionais também tem que ser levados em consideração.

Diante desse cenário, é fundamental que os usuários participem na organização e na estrutura desses serviços, e através das suas demandas postas contribuam nas mudanças necessárias (ainda que pareçam difíceis de serem realizadas) visando a melhoria da qualidade de atendimento e resolução dos problemas da rede municipal.

---

<sup>32</sup> Informação disponível em: <<http://www.riodasostras.rj.gov.br/download/jornal-oficial/files/754.pdf>>. Acesso em: 31 de out.2015.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos capítulos apresentados neste trabalho, pudemos observar algumas questões que julgamos importantes de serem salientadas nesses apontamentos finais e que também nos provocaram algumas reflexões.

Como vimos no decorrer do primeiro capítulo, as transformações sociais, econômicas e políticas ocorridas no Brasil trouxeram consigo o surgimento de novas demandas pela sociedade brasileira por serviços públicos, dentre eles, a saúde. O súbito aumento populacional e a rápida disseminação de doenças verificada em contextos históricos específicos levou a necessidade de iniciativas de organização do setor saúde.

Nesse sentido, ao tomarmos o caso de Rio das Ostras para análise, também vemos a correlação do crescimento populacional no município com o aumento da demanda dos rioestrenses por serviços públicos de saúde.

Diante da situação exposta acima, consideramos que os intensos fluxos migratórios para a cidade, de fato, acarretam impactos na forma de organização dos serviços públicos de saúde no âmbito local, uma vez que se torna necessário, programar que tipo de serviço será ofertado na rede, em que determinado local, para atender que grupo e etc. Por isso, ressaltamos a necessidade de constantes investimentos no setor e a importância do planejamento de ações para atender essa crescente demanda. Assim, apesar de reconhecermos que essa questão se tornou um dos enormes desafios para a Administração Municipal, discordamos da colocação da servidora municipal de que “não há planejamento que chegue”.

Este trabalho teve o propósito de apresentar um breve panorama atual da organização dos serviços públicos de saúde no município de Rio das Ostras – RJ.

Nessa perspectiva, o referido estudo permitiu verificar que a atual forma de organização dos serviços públicos da rede municipal de saúde de Rio das Ostras acaba sendo um espelho a do Brasil que vem compactuando com a proposta neoliberal de Reforma da atuação do Estado brasileiro no setor saúde para a expansão da acumulação capitalista.

As ações e os serviços realizados no município fazem parte da rede local de atenção à saúde de Rio das Ostras que está organizada de forma regionalizada e hierarquizada, o que corresponde justamente a uma das proposições de ações da reforma do Estado e que incidiu

diretamente no setor saúde em relação aos serviços de saúde, como vimos no primeiro capítulo deste trabalho. Além do mais, para o acesso aos serviços a porta de entrada do sistema são os postos de saúde e da família, os centros de saúde existentes na rede municipal. Quanto a isso, a servidora municipal relatou que a partir desse primeiro atendimento, caso haja necessidade, o usuário é encaminhado para outros serviços de maior complexidade. No entanto, vimos que há serviços especializados que não são ofertados em sua rede levando aos usuários a realizarem tratamento em outras regiões nas clínicas e nos hospitais da rede conveniada.

Dessa maneira, observamos que essa prática de “referenciar” os usuários para outros municípios acabou facilitando a entrada de serviços privados na rede municipal, estabelecendo uma relação público-privado.

Também verificamos que o modo como a forma de rede regionalizada organiza os serviços de saúde em Rio das Ostras, não significou (como era sua proposta) a garantia do acesso da população rioestrense a todos os tipos de atendimento, mas ao contrário. Um de seus pressupostos, a descentralização é um claro exemplo disso.

A partir do relato da ex-conselheira municipal de saúde pudemos supor que a descentralização do atendimento dos programas de saúde desenvolvidos na rede tem na prática dificultado o acesso dos usuários aos serviços de saúde, visto que nota-se, uma má distribuição dos mesmos. Isso porque há programas presentes em determinadas unidades de saúde, no entanto, ausentes em outras.

Observa-se que a Secretaria Municipal de Saúde vem até concentrando esforços para ampliar sua rede de atendimento de saúde pública e entre os avanços está a criação de novas unidades de atenção básica, entretanto, tem privilegiado a Saúde Básica buscando expandir cada vez mais a Estratégia de Saúde da Família. Ainda nesse sentido, este órgão vem desenvolvendo projetos e programas de saúde bastante focalizados direcionados aos grupos de maior vulnerabilidade social, o que consideramos um desrespeito ao princípio de universalidade do Sistema Único de Saúde.

Podemos dizer que isso acaba criando uma espécie de segmentação do acesso à assistência à saúde no âmbito municipal assim como no nacional, dado o seu caráter dual: o SUS para os “pobres” com ênfase nos programas focais e o hospitalar sendo o de referência

para os constantes encaminhamentos. E do outro lado há o fortalecimento do sistema privado de saúde com os consumidores dos planos de saúde.

Ao que parece é que é dada ainda muito mais atenção as ações de prevenção do que a “cura”, apontando para um possível separação entre as ações básicas e ações especializadas. Em nenhum momento da entrevista, a servidora municipal acrescentou o termo “a recuperação da saúde” em relação as ações realizadas no município, limitando-se em todo momento a destacar a importância da saúde básica para a “prevenção das doenças e promoção da saúde”.

Também reconhecemos aqui a importância da Saúde Básica, mas desde que esteja articulada a atenção secundária e terciária.

Vimos ainda que o surgimento de serviços especializados no município foi uma forma de assegurar o atendimento integral a população em todos os níveis. Entretanto, a existência de algumas unidades especializadas na rede não caracteriza que haja um trabalho articulado entre as ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos. Sendo assim, propomos uma melhor avaliação dessa integralidade das ações no município.

Também verificamos a existência de unidades centralizadas como o CECOVE e o COGA. Observa-se neles muita burocracia no acesso aos serviços ofertados.

Através das falas das entrevistadas podemos afirmar que o processo de municipalização da saúde pode ser considerado como um dos princípios desafios da Administração Municipal, o culpabilizando como um dos principais responsáveis para a dificuldade do município em atender a demanda atual.

Como já foi abordado, o Governo Federal com seu caráter contencionista vem cada vez mais reduzindo os gastos públicos na saúde como o repasse de recursos financeiros para os municípios. O que se vê então é o desfinanciamento da saúde pública.

Além disso, há um reforço da descentralização, mas com isenção da responsabilidade do poder central com a proposta pelo projeto saúde privatista. Com isso, fica clara a ausência do Estado na questão saúde. Em contrapartida, vem aumentando ainda mais as responsabilidades da esfera municipal em meio a imposição de normas pelo Ministério da Saúde.

Em virtude disso, neste panorama atual torna-se cada vez mais comum a união dos municípios através de consórcios municipais visando desenvolverem em conjunto todas as ações e os serviços de saúde que lhes são correspondentes. Nesse sentido, como vimos, em Rio das Ostras foi estabelecido recentemente o Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Baixada Litorânea.

Outro problema apontado pela ex-conselheira municipal de saúde foi a gestão, mas não nos aprofundamos nesta análise. Além disso, outro problema descoberto com a pesquisa foi a falta de médicos.

Concordamos com a concepção da ex-conselheira municipal de saúde de que outros fatores apresentados ao longo das entrevistadas realizadas nos levaram a não considerar somente o crescimento populacional como o maior problema. Além das questões internas, a nosso ver o problema é “para além disso”, sendo muito mais complexo e amplo com os rebatimentos da política neoliberal.

Portanto, é no contexto que o SUS vem também sofrendo nesse processo. Apesar dos grandes desafios durante os mais de vinte anos de sua implantação, podemos dizer que o Brasil avançou ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado.

E é justamente nesse cenário contraditório que os gestores municipais vêm enfrentando bastantes dificuldades na condução das ações e serviços de saúde em seu território. Apesar de reconhecermos a importância do seu papel para esse fim, achamos que os mesmos não devem ser considerados os principais responsáveis pelos problemas apresentados no SUS em âmbito municipal, pois também estão submetidos a esta lógica imposta pelo capital. Isso explicaria a grande dificuldade deparada em assegurar os princípios e diretrizes do SUS de universalidade, integralidade, equidade e participação da comunidade estabelecida pela CF/88, Lei 8080/90 e 8142/90 e LOM.

Diante de tudo que foi exposto, pudemos perceber que mesmo após a CF/88, a organização dos serviços de saúde no Brasil ainda apresenta um perfil bastante centralizado com predomínio dos serviços privados e bem distante de atender as reais necessidades em saúde da população. Em Rio das Ostras acaba não sendo diferente. Com isso, se vê que os maiores prejudicados acabam sendo os cidadãos.

Cabe ressaltar aqui que com este estudo os objetivos gerais e específicos foram alcançados, o problema apontado na introdução pôde ser respondido e a hipótese foi em parte confirmada.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLE, G.G. **A Saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec; Campinas, SP: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; JUNIOR, Tomaz Martins. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8(1/2), 2000.

ARRETCHE, Marta. **Relações Federativas nas políticas sociais**. Educ. Soc., Campinas, v. 23, n. 80, setembro/2002, p. 25-48. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n80/12922.pdf>>. Acesso em: 20 out.2015.

BEHRING, E.R; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2009. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 2).

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2012. Disponível em: <[http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/15261/constituicao\\_federal\\_35ed.pdf?sequence=9](http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/15261/constituicao_federal_35ed.pdf?sequence=9)> . Acesso em: 15 out.2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos novos gestores municipais em saúde**. Brasília: CONASEMS, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, 1981. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao91.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm)>. Acesso em: 1 mai.2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 29**, de 13/9/2000. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/emendaconstitucionaln29.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/emendaconstitucionaln29.pdf)>. Acesso em: 10 jun.2015.

\_\_\_\_\_. **Entendendo o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 7 jun.2015. \_\_\_\_\_ . **lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975**. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, 1975. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L6229.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6229.htm)>. Acesso em: 5 mai.2015.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa

do Brasil, 1990. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04\\_lei\\_8080.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf)>. Acesso em: 05 jun.2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_siacs/docs/18142.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/18142.pdf)>. Acesso em: 9 jun.2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS e a Terapia Comunitária.** Fortaleza, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0259.pdf>>. Acesso em: 5 out.2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf)>. Acesso em: 29 out.2015

\_\_\_\_\_. **Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1963.

\_\_\_\_\_. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E.et al.(orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 4.ed.São Paulo: Cortez; Brasília, DF:OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_.MATOS, M. C.A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M.I.S; PEREIRA, P.A.P. (Orgs.). **Política social e democracia.** 5.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.p.200-220.

CAPISTRANO FILHO, D. **Da Saúde e das Cidades.** São Paulo: Hucitec, 1995.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; ZUCCO, Luciana Patrícia. Política de Saúde e Serviço Social. In: REZENDE, Ilma; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. (orgs.). 3.ed. **Serviço Social e Políticas Sociais.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.p.67-82.

GALVÃO, M.A.M. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil – Colônia a 1930.** Caderno de Textos do Departamento de ciências médicas da Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, p.1-33, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem\\_politicas\\_saude\\_publica\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf)>. Acesso em: 4 abr.2015.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SENNA, Mônica de Castro Maia; SOUZA, Rosimary Gonçalves de Souza. Tendências atuais da descentralização e o desafio da democratização na gestão da saúde. In: BRAVO, M.I.S; PEREIRA, P.A.P. (Orgs.). **Política social e democracia**. 5.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.p.70-88.

\_\_\_\_\_. **Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família**. In: BRAVO, Maria Inês Souza (orgs.). Saúde e serviço social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

MOURA, Erly Catarina de; GARCIA, Maria Alice Amorim. **Organização dos serviços de saúde no Brasil: seu desenvolvimento sob o ângulo das políticas públicas setoriais**. Revista de Ciências Médicas – PUCCAMP, Campinas, 3(2): 37-42, maior/agosto, 1994. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1421/1395>>. Acesso em: 6 mar.2015.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

RIO DAS OSTRAS. **Relatório final da 8ª Conferência Municipal de Saúde**. Rio das Ostras, RJ: 2009.

\_\_\_\_\_. **Relatório final da 9ª Conferência Municipal de Saúde**. Rio das Ostras,RJ: 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica do Município de Rio das Ostras**. Rio das Ostras, RJ: 1994. Disponível em: <<http://www.riodasostras.rj.gov.br/download/leis-e-codigos/leis/lei-organica-emenda-01-a-35.pdf>>. Acesso em: 15 out.2015.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. SUS: quando um sistema de saúde nacional e único na sua conformação organizativa foi implantado num país federativo. Exigência de novos paradigmas administrativos. In: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.30, n.73/74, p.189-204, maio/dez.2006.

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS. 2009.

## WEBGRAFIA

<http://www.riodasostras.rj.gov.br/>

<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=330452>

<http://portalsaude.saude.gov.br/>

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) participar como voluntário (a) de nossa pesquisa inerente ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da aluna do curso de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense – Pólo Universitário de Rio das Ostras, Elizabete da Silva Araújo, intitulada “Panorama atual da organização dos serviços públicos de saúde no município de Rio das Ostras - RJ”. O TCC é um requisito parcial desta instituição para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. Este trabalho vem sendo orientado pelo Professor Juan Retana Jiménez.

Nesta perspectiva, sua participação consistirá em contribuir para melhores informações e esclarecimentos acerca do objeto de estudo investigado. Portanto sua presença tornar-se fundamental para o desenvolvimento deste trabalho. Para tanto, solicitamos seu consentimento para realizar esta pesquisa através de uma entrevista onde será utilizada gravador de voz para garantir fielmente as informações transmitidas por você a partir de um questionário previamente elaborado. Mas, caso queira interromper a gravação isso poderá ser feito a qualquer momento. Será garantido total anonimato das partes envolvidas no processo de transcrição. Vale lembrar que os dados fornecidos por você serão utilizados somente para fins acadêmicos, sendo assim, as gravações de áudio serão posteriormente apagadas.

Confirmando sua participação, você deverá assinar este termo de consentimento, juntamente com o entrevistador, termo do qual você terá uma cópia. A partir do seu consentimento você estará autorizando os pesquisadores a utilizarem informações prestadas na entrevista e uma possível publicação do trabalho.

Desde já agradecemos pela atenção.

Eu, ....., declaro que li e entendi as considerações feitas no Termo de Consentimento e concordo em participar livremente e voluntariamente, fornecendo as informações solicitadas através de uma entrevista que será gravada.

Rio das Ostras, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Entrevistado/a

---

Pesquisadora

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevista

- 1 De que forma a rede de atenção à saúde do município está organizada?
- 2 O que você entende por descentralização dos serviços de saúde
- 3) Você acha que a atual forma de organização dos serviços de saúde no município tem facilitado o acesso da população aos mesmos?
- 4) Quais serviços de saúde vem sendo oferecidos para a população? Quais foram as conquistas alcançadas?
- 5) Como se dá o acesso da população aos serviços de saúde do município?
- 6) Como é feito o agendamento de consultas e exames para os usuários do SUS? E quando há necessidade de consulta ou exame especializado?
- 7) A rede conta com aproximadamente quantas unidades de saúde?
- 8) De que forma o município vem trabalhando para organizar os serviços de saúde? Quais são os principais desafios?
- 9) Qual modalidade de gestão o município encontra-se habilitado?
- 10) Deseja acrescentar mais alguma informação?