

# **A política de saúde no município de Ponta Grossa-PR a partir da constitucionalização do SUS\***

## **The politics of health in the city of Ponta Grossa-PR from the consti'tutionally of the SUS**

**Maria Fátima BALESTRIN\*\***

**Solange Aparecida Barbosa BARROS\*\*\***

**Resumo:** Este trabalho busca compreender o processo de constitucionalização do Sistema Único de Saúde no Município de Ponta Grossa-Paraná, no período compreendido entre 1985 a 2005. Trata-se de reflexão sobre o processo de organização/atendimento do setor de saúde no Município de Ponta Grossa, no momento anterior à constitucionalização do SUS e nas administrações que se seguiram, até 2005, buscando não só obter a história da ultrapassagem ou não do modelo hegemônico de atenção à doença, mas, antes de tudo, compreender as forças que traçaram estratégias para as ações no setor de saúde, envolvendo experiências de liderança comunitária, de profissionais que exerceram suas práticas no Município e daqueles profissionais que foram mais além, assumindo cargos de gestão na política da saúde. Essas práticas expressam o modo de produzir serviços na particular situação de trabalho experimentada individualmente na liderança comunitária, nas práticas profissionais e na gestão de políticas públicas. Para compreendermos o nosso objeto de estudo na realidade empírica, optamos pela entrevista semi-estruturada no momento da coleta de dados, tendo em vista ser ela mais do âmbito da pesquisa qualitativa e a necessidade de formulação de perguntas que nos norteassem e, ao mesmo tempo, que abriu espaços para novas indagações no processo de construção desse trabalho. Para análise dos dados coletados que nos subsidiaram na elaboração desse conhecimento e na ampliação do nosso conhecimento, utilizamos a proposta de Minayo denominada de “método hermenêutico dialético”. Tal proposta nos proporciona uma visão mais globalizante, buscando considerar e destacar os vários aspectos que envolvem o objeto de estudo, pois diz respeito a interpretação da conjuntura sócio-econômica bem como a conjuntura política do qual faz parte o grupo a ser estudado.

**Palavras-chave:** SUS. Política de saúde. Práticas profissionais.

---

\* Este trabalho é resultante da pesquisa realizada para dissertação de Mestrado do Programa de Ciências Aplicadas/UEPG.

\*\* Assistente Social, docente da Graduação em Serviço Social da UCP/Pitanga/PR. Mestre em Ciências Sociais Aplicadas pela UEPG/2006

\*\*\* Doutora em Serviço Social, docente da graduação em Serviço Social, do Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas e coordenadora do Núcleo de Estudos, pesquisa e Assessoria na área da Infância e Adolescência da Universidade Estadual de Ponta Grossa-Paraná.

**Abstract:** This work search to analyze the process of constitutionally of the Only System of Health in the City of Thick-Paraná Tip, in the understood period enters 1985 the 2005. One is about reflection on the organization/attended process of the sector of health in the City of Thick Tip, the immediately previous moment to the constitutionally of the SUS (moment where the Sanitary Movement took visibility national, or either, middle of the decade of 1980) and in the administrations that if had followed, up to 2005, searching not only to get the history of the ultra ticket or not of the hegemonic model of attention to the illness, but, before everything, to understand the forces that had traced strategies for the actions in the health sector, involving experiences of communitarian leadership, of practical professionals that they had exerted its in the sector of health in the City and those professionals that had been more beyond, assuming positions of management in the politics of the health. These practical express the way to produce services in the particular situation of work tried individually in the communitarian leadership, the practical professionals and the management of public politics.

**Keywords:** SUS, Politics of health, Practical professionals.

Recebido em: 07/04/2008. Aceito em: 25/04/2008.

## 1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS: o novo modelo de atenção à saúde

Este artigo procura sistematizar a reflexão sobre o setor de saúde no município de Ponta Grossa-Pr a partir do contexto de transição democrática, meados da década de 1980, momento histórico em que o Movimento Sanitário Brasileiro toma maior visibilidade nacional, desembocando na legalização constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS). Período este que abrange as últimas seis administrações municipais (incluindo a atual): 1985 /1988, 1989/1992, 1993/1996, 1997/2000, 2001/2004, e a atual administração iniciada em 2005.

Dessa forma, para nos aproximarmos da realidade determinada, situamos o objeto de estudo dentro do contexto que se insere a pesquisa, que é o setor de saúde do município de Ponta Grossa-Pr, através de uma breve contextualização do município.

Ponta Grossa é um município que se encontra entre os cinco maiores do Estado do Paraná, tem uma população de aproximadamente 300.000 habitantes.

O município de Ponta Grossa tem como característica principal, a sua posição geográfica, que nos tempos do povoamento reunia aqui o cruzamento das tropas de gado do Rio Grande do Sul para São Paulo e até hoje é considerado o maior entroncamento rodo-ferroviário do Sul do país. É um município que tem sua base econômica na agricultura especialmente o soja, e por consequência com uma base industrial centrada nos seus derivados, como óleo, alimentos, etc..

Por ser um pólo de entrocamento e pelo incentivo à industrialização ocorrida na década de 80, foi também pólo de atração tanto para migrações rurais –urbanas do próprio Estado, quanto para migrações de outros Estados da federação e ainda para acomodação das populações advindas das regiões alagadas no Estado do Paraná em função da construção de hidroelétricas.

Desta organização urbana resulta um considerável aglomerado de favelas constituídas ao longo dos córregos e nos fundos de vale e uma população com grande vulnerabilidade social, seja na área educacional, habitacional, saneamento saúde e outras, demandando do poder público a construção de políticas públicas efetivas e resolutivas.

Neste contexto inserimo-nos no universo da pesquisa. O ponto de partida foi algumas questões norteadoras que subsidiaram as entrevistas, destacamos que os entrevistados foram selecionados a partir dos seguintes critérios:

- Secretários de Saúde que atuaram nessa função nas seis administrações aqui estudadas. Como a administração do período de 1997 a 2001 teve sucessivas mudanças de Secretários, optamos pelo que mais tempo permaneceu.

- Quanto aos profissionais da área da saúde, foi selecionado um profissional, Engenheiro Sanitarista, que esteve presente nas seis administrações atuando no setor em Ponta Grossa, o qual acompanhou o processo de construção da Política de Saúde no município,

- Quanto à liderança comunitária foi entrevistado um líder, cuja escolha teve como base sua participação na condição de líder comunitário, representante de associação de moradores, nas seis administrações.

Dessa forma, para compreendermos nosso objeto de estudo, abordamos o desenvolvimento da ciência médica e as transformações históricas da concepção de saúde/doença, conceitos de extrema importância na elaboração e implementação de políticas públicas bem como na prática de atenção à saúde do cidadão pelos profissionais.

Porém, muito embora o sistema de saúde venha sofrendo mudanças acompanhando as transformações econômicas, sócio-culturais e políticas da sociedade brasileira, essas transformações em curso ainda correspondem muito mais à lógica de acumulação do capital no setor saúde do que às reais necessidades da população.

A trajetória histórica da saúde no Brasil, os diferentes modelos vivenciados pela política de saúde brasileira desde o sanitarismo camponês, o médico-assistencial privatista até chegarmos no modelo plural vigente que, como política de saúde inclui o SUS e, dentro dele o Programa Saúde da Família, que traz a perspectiva de um novo modelo em saúde vem sendo construído, mas de maneira muito lenta, sempre disputando a hegemonia com projetos centrados na doença e nos atendimentos hospitalares.

Características do modelo tradicional e hege-

mônico de atenção à doença, inspirado no modelo flexneriano, tornou-se, desde o período histórico agroexportador, o modelo base para a medicina e para as políticas de saúde no Brasil, e neste sentido Ponta Grossa -Pr não foge a regra, também vem excluindo a grande maioria da população de acesso às mesmas.

No Brasil, esse modelo centrado na doença só veio a ser contestado nos fins da década de 1970 através dos movimentos sociais, os quais lutavam pela redemocratização do país e por direitos sociais, momento em que a saúde também passou a ser objeto de reflexão e reivindicação. Essa discussão, na sociedade civil organizada, surgiu num movimento que buscava o reconhecimento da saúde como uma questão de relevância pública, como direito do cidadão e dever do Estado, ampliando o conceito de saúde para além do modelo médico-assistencial, atingindo seus propósitos na Constituição Federal de 1988, com a inserção do direito à saúde e da organização de um Sistema Único Universal e equitativo para atendimento desse setor da vida humana. É assim que o conceito de saúde passou a não ser mais compreendido como apenas a ausência de doenças e sim como a soma de fatores e condições que levam o homem a ter melhor qualidade de vida, maior longevidade, o que trouxe a necessidade de novas formas de gerir o setor, de novas práticas profissionais e de atendimento aos usuários.

Segundo estudiosos da área, como Carvalho (1997), Gerschman (1995) e Mery (1997), o conceito ampliado de saúde surgiu em meio a amplas discussões do Movimento Sanitário Brasileiro, nas décadas de 1970/1980, cujas premissas foram referendadas pelas Conferências Nacionais de Saúde, em especial a VIII Conferência realizada em 1986. Destas propostas emergiu o Sistema Único de Saúde (SUS), como possibilidade de resposta à crise e à degradação do sistema de saúde, servindo como pano de fundo para o estabelecimento das novas diretrizes e princípios no âmbito desse setor.

A partir do momento que o conceito de saúde passou a ser redefinido não apenas em relação à assistência médica, mas relacionado a múltiplos determinantes e condicionantes, foi buscada e conquistada legalmente a universalidade e a igualdade de acesso à saúde; a integralidade do atendimento,

colocando-se em patamares de igual importância saúde pública e saúde individual; passou a ser dever do Estado a promoção, prevenção e recuperação de saúde; passaram a ser de natureza pública as ações e serviços de saúde, ações estas que deveriam ser organizadas em rede regionalizada e hierarquizadas, constituindo um sistema único gratuito, descentralizado e sob controle social – princípios estes que regem o sistema de saúde na conjuntura atual.

## 2 O Sistema Único de Saúde no Município de Ponta Grossa

A partir dos princípios propostos pelo SUS e a operacionalização dos mesmos através das Normas Operacionais Básicas para a Saúde NOB-SUS nº 01/93 e NOB-SUS nº 01/96, que orientaram os municípios no processo de implantação do SUS, buscou-se compreender como esse processo se deu no Município de Ponta Grossa no período aqui estudado.

**a) Quanto à descentralização político-administrativa e a universalidade de acesso,** princípios que demandam da política nacional para viabilização, os relatos apreendidos na pesquisa, pelos sujeitos entrevistados, conforme indicação na introdução deste artigo, mostraram: quanto à descentralização, a dificuldade de ultrapassagem de um modelo centralizador para um modelo de gestão local; quanto à universalidade, a defesa, por alguns segmentos da sociedade, do não acesso aos que tem condições de pagar os serviços de saúde.

A *Descentralização* da política de saúde é um dos eixos das reformas sociais que vem se realizando no Brasil e na América Latina a partir da década de 1980, cujo objetivo é melhorar a eficiência dos serviços e fortalecer o processo de democratização através da ampliação da equidade dessa política.

Uma das preocupações do Movimento Sanitário Brasileiro foi pensar um sistema que não tivesse suas ações definidas pelo Ministério da Saúde em Brasília, com base nas idéias de alguns técnicos. Era preciso dar poder aos municípios para que eles garantissem saúde à sua popula-

ção a partir da sua realidade. Conforme o Art. 30, inciso VII, aos Estados e à União cabe a responsabilidade de cooperação técnica e financiamento (BRASIL, 1988, p. 32).

Nesse aspecto,

municipalizar a gestão é trazer poder e recursos para quem administra em nível local, perto das necessidades da população, de onde acontecem as coisas. A realidade está nos Municípios onde o cidadão nasce, vive, trabalha, contribui, pois Estado e União são abstrações político-administrativas (BARROS, 2003, p. 65).

Isso supõe que

a descentralização se traduz como a transmissão de comando, execução ou, financiamento desta política do nível central para os níveis intermediários ou locais, com correspondente autonomia política, financeira e institucional (BARROS, 2003, p. 66-67).

No entanto, a questão do financiamento emperrava em grande medida o processo de descentralização.

Em 1985 iniciou-se o processo de implantação das Ações Integradas de Saúde - AIS, que significavam o início da descentralização político-administrativa do sistema de saúde em Estados e municípios; um programa de atenção médica que, a partir do fim do regime autoritário, apresentou um desenho estratégico de co-gestão participativa através dos Conselhos de Saúde, de desconcentração/descentralização e de universalização do acesso da população à atenção à saúde. Neste período realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde que teve desdobramento imediato num conjunto de trabalhos técnicos, desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária e passou, com seu relatório final, a constituir-se no instrumento que viria influir de forma determinante em dois processos que se iniciaram em 1987: um no Executivo, a implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde - SUDS<sup>1</sup>; e outro no Congresso Nacional, a elaboração da Nova

<sup>1</sup> “As Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1984, e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), 1987, foram programas precursores do SUS e iniciaram a operacionalização de alguns de seus princípios, como a descentralização e a participação” (CARVALHO, 1997, p. 97).



Constituição (1988), produzindo um capítulo dedicado à definição da saúde no interior da seguridade social.

No período de implementação entre o SUDS (1987) e o SUS (1990), para que o SUDS cumprisse seu papel e para que não houvesse retrocesso, contribuíram forças políticas (governadores, prefeitos, organizações profissionais e dirigentes de saúde) e movimentos sindicais, populares, instituições acadêmicas. Também, segundo Silva (2001), nesse período a delegação de responsabilidades, o processo de descentralização, significava apenas desconcentração de recursos federais para os Estados.

No período da primeira administração estudada 1985/1988, segundo o relato do Secretário de Saúde daquela administração, havia uma mobilização dos municípios da região dos Campos Gerais - Pr, onde Ponta Grossa se insere, para agilizar o processo de municipalização da saúde, porém, o Ministério da Saúde dependia de financiamento do Ministério da Fazenda, processo burocrático que “justificava” a demora na municipalização da saúde. No entanto, ainda hoje os impasses para efetivação do SUS, identificados pela descentralização, vêm ocorrendo de modo limitado; o financiamento continua restrito, como também os tipos de fontes disponíveis desses recursos.

O SUDS enfrentou enormes dificuldades em sua implantação, dentre elas:

o avanço das burocracias locais e a interferência de políticas clientelistas no nível municipal, o emperramento dos repasses dos recursos para estados e municípios, sem que se conseguisse detectar em que lugar estes desapareciam, e os entraves legais e operacionais no financiamento dos Conselhos de Saúde que obstaculizaram a participação da população na gestão das unidades locais (GERSCHMAN, 1995, p. 120).

Da mesma forma que a Reforma Sanitária foi apontada como o único caminho possível para a democratização da saúde e seu usufruto pelo conjunto da sociedade – especialmente pelas camadas pobres da população – o SUDS foi apontado, pelas sociedades médicas e outras entidades, como “única saída” para a situação do sistema público

de saúde, mas as denúncias relacionadas com as dificuldades na implementação da Reforma Sanitária, na sua totalidade, eram pouco enfáticas e muito mais gerais se comparadas às ações desenvolvidas pelo governo no emperramento do SUDS.

A descentralização dos recursos e da gestão foi reafirmada pela publicação, do Ministério da Saúde, em 1993, da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/93 (NOB-SUS/93), que veio inaugurar nova relação do governo federal com os governos estaduais e municipais. Ou seja, a descentralização de políticas públicas exige uma redistribuição de funções que supõe alterações no âmbito institucional, financeiro, entre outros, isto é, mudanças em todo um modo de planejar, executar e de pensar políticas públicas, vigentes até então.

A partir de 1996, período mais recente da implantação do processo de descentralização, esta tem se caracterizado pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a proposta do Programa Saúde da Família (PSF).

Quanto à *Universalidade* do acesso há uma clara divisão de opiniões entre os que a entendem como direito de todos e os que discordam, defendendo que o sistema público deveria ser destinado aos que não podem pagar o acesso aos serviços de saúde privados. Os Secretários de Saúde do Município de Ponta Grossa, das administrações estudadas para este trabalho, também dividem opinião. O Secretário de Saúde da administração de 1985/88, ao comparar o acesso à saúde antes do SUS e depois do SUS, argumenta que na época não existia dificuldade de acesso a hospitais e tanta falta de leito como existe hoje, pois a parcela da população que tinha melhores condições pagava, e os que não tinham o setor público atendia. Entretanto, o que ocorria é que muitas pessoas padeciam por falta de atendimento, tendo em vista que quem podia pagar acabava “disputando” o acesso a determinados procedimentos com quem não podia pagar, assim, os últimos ficam sem acesso à saúde pública e privada.

Dessa forma, para aqueles que defendem um modelo de gestão centrado no Estado mínimo e na primazia do mercado o princípio da universalidade deveria ser abolido, ou seja, o sistema público deveria atender somente aqueles que não têm

condições de acesso a sistemas privados, ou que estão economicamente fora do mercado.

Esta visão segundo Mendes (2004), sugere que o problema SUS para os pobres ou para todos os brasileiros, tem sua origem e solução no financiamento público da saúde.

Destaca ainda Mendes (2004), que os sistemas segmentados são justificados, tal como se faz no Brasil, pelo argumento de que ao instituírem-se sistemas privados para quem pode pagar por serviços de saúde, sobriariam mais recursos públicos para dar melhor atenção aos brasileiros em situação de pobreza.

No Brasil, as áreas de excelência do SUS são aquelas penetradas por setores da “classe média”, como os programas de imunização, de DST/AIDS, de transplantes e outros. Enquanto isso, os programas destinados às “doenças dos pobres” são ineficientes, como os de hanseníase e de câncer do colo uterino. (MENDES, 2004).

Os demais Secretários das administrações estudadas não se opõem ao princípio da universalidade e o Secretário da administração 1989/92 e da iniciada em 2005 salienta que, em função da universalidade de acesso, o SUS hoje atende a uma população muito maior, e parte dessa população é de origem dos serviços privados de saúde, por isso, muito mais crítica em relação ao sistema, exigindo do SUS o mesmo atendimento que eles tinham no sistema privado, o que pode reforçar a visão de um Sistema que atende aos que não podem pagar e, portanto não devem reclamar.

A partir dessa realidade e compartilhando do pensamento de Mendes (2004), podemos dizer que, em parte, segundo estudiosos da área de saúde, excluir do SUS a parcela da população que pode pagar tornaria o sistema de saúde bem mais ineficiente, ou um “sistema pobre para os pobres”, porque essa parcela da população que pode pagar e, por natureza, mais exigente quanto à qualidade dos serviços, contribui para melhorar o sistema e para maiores investimentos na área.

**b) Quanto à integralidade** no atendimento a saúde, toda pessoa, independente de contribuir com a Previdência ou não, tem direito ao acesso integral à saúde. Desde as ações de prevenção até a assistência de alta complexidade, ou de tratamento de doenças. Nesse sentido, diz a Consti-

tuição Federal, em seu artigo 198, inciso II: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, p. 113). Ou seja, não pode haver indissociabilidade entre atenção preventiva e atenção curativa.

A integralidade da assistência apareceu com força nos debates desde a década de 1970, evidenciando a necessidade de atendimento dos problemas de saúde individuais e coletivos, cuidando da qualidade da saúde e não apenas das doenças ou situações de risco de vida. Assim, ela perpassa as seis administrações aqui analisadas.

A garantia da equidade de acesso passa pelo conceito de integralidade. Os programas tradicionais de saúde pública e as ações orientadas para segmentos específicos da população devem também ser direcionados para o conceito de integralidade, defendendo-se o fortalecimento do município, através da descentralização, na gestão de toda política de saúde. Deste modo, a integralidade deve ser colocada como questão central e fio condutor para a construção do modelo de atenção à saúde e para a atuação dos profissionais que a compõem, sem discriminação de qualquer natureza.

A noção de integralidade, incorporada ao sistema de saúde como princípio, está presente em vários níveis das discussões e das práticas da saúde, ela apresenta diferentes sentidos para análise. Ela (a integralidade) perpassa o comportamento dos profissionais isoladamente e em equipe, as relações dessas equipes com a rede de serviços como um todo, a formação dos profissionais, as políticas públicas e por um sistema coletivo preparado para ouvir, compreender e, a partir disso, atender às demandas e necessidades dos cidadãos.

Um dos sentidos da integralidade relaciona-se mais diretamente com a organização dos serviços e das práticas de saúde. A organização dos serviços em saúde vai determinar, em grande parte, a direção das ações, que tanto podem dissociar medicina curativa de medicina preventiva como podem integrar estes dois campos de atenção em saúde.

Assim, a partir do princípio da integralidade, que abrange as ações em nível local, envolvendo a organização do setor, as práticas profissionais e

a participação da população no processo de implantação do SUS, é que direcionamos nosso estudo, na perspectiva de compreender como esse princípio se desenvolveu na prática no período de 1985 a 2005 em Ponta Grossa.

O princípio da integralidade, em seu sentido de organização das práticas corresponde a uma crítica à dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais, entre as práticas preventivas e curativas.

O Movimento Sanitário difundiu um pensamento crítico ao modelo de saúde hegemônico, até então vigente, de atenção à doença, fazendo com que surgisse em nível nacional, experiências de políticas alternativas que deram origem à medicina simplificada.

Conforme Gerschman (1995, p.71), as políticas alternativas de saúde, através de experiências comunitárias das décadas de 1970/1980, tinham, como princípio, a simplificação dos cuidados de saúde, de maneira que estivessem ao alcance da comunidade através da atenção primária, sem instrumental de alta complexidade e com participação de agentes de saúde da própria comunidade e a supervisão e acompanhamento dos profissionais de saúde.

Ponta Grossa, no período que abrange a primeira gestão municipal aqui estudada (1985/1988), estava inserida nesse contexto maior do movimento nacional pela saúde em prol de mudanças do modelo de atenção vigente, era o momento histórico em que o Movimento Sanitário Brasileiro toma visibilidade nacional. Nesse período, quanto à organização do setor de saúde, esta se deu em torno da saúde comunitária, aquela administração iniciou no Município o processo de implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e uma experiência em medicina comunitária (tomando emprestado o modelo chinês dos médicos “de pés descalços”<sup>2</sup>, se integrando num dos princípios que o Movimento preconizava.

Era o princípio de uma organização do setor de saúde em nível municipal, dentro do que vinha

propondo o Movimento de Reforma Sanitária e que viria a se consolidar, ainda no período daquela gestão municipal, na Constituição Federal de 1988 e nas legislações posteriores. Constituiu-se como uma organização do setor de saúde bem próxima, em objetivos, do que é proposto hoje pela política de saúde via estratégia Saúde da Família.

Na administração seguinte, 1989/1992, já havia sido promulgada a nova Constituição e, com ela, a institucionalização do SUS e, em seguida, as Leis 8.080/90 e 8.142/90 que regulamentam a operacionalização do sistema de saúde, abrangendo a definição de saúde/doença preconizada pelo Movimento Sanitário Brasileiro. Segundo Inojosa e Junqueira (1997), definição esta que se contrapõe ao modelo de atenção à doença, requerendo consideração de outras políticas como a educação, habitação, renda e mesmo a política econômica. Uma visão de saúde e/ou doença como consequência de múltiplas determinações.

Assim, essa segunda administração aqui estudada aconteceu no momento em que toda a luta pela Reforma Sanitária Brasileira, os princípios por ela difundidos, tomaram forma no plano legal. Porém, a organização do setor de saúde em Ponta Grossa-Pr seguiu direção diversa da administração anterior, ou seja, não deu continuidade ao trabalho de saúde comunitária iniciado e tão pouco a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), dentro dos propósitos da Reforma Sanitária.

Na gestão 1989/1992, a ênfase ocorre na organização do setor de saúde com reformas, ampliação e atendimento hospitalar. A criação do Pronto Socorro, do Centro Regional de Especialidades, do Laboratório, do Centro Radiológico, do Centro de Atenção à Saúde Mental, bem como ampliação e construção de Unidades Básicas de Saúde, são procedimentos, sem dúvida, indispensáveis para o atendimento de urgência/emergência e no auxílio a diagnósticos mais precisos. No entanto, não são destacados neste período, programas de saúde preventiva; as referências são a serviços complementares, em especial, os destinados à assistência social.

A administração 1993/1996 mantém o modelo de organização do setor da administração anterior. Esta administração também amplia a rede física: criação e ampliação das Unidades Básicas

<sup>2</sup> Os médicos “de pés descalços”, também conhecidos como médicos camponeses, foram profissionais da saúde instituídos pelo governo pós-revolucionário chinês que organizou a China a partir de 1º de outubro de 1949.



de Saúde, investimentos no Pronto Socorro Municipal e criação do Hospital da Criança, contemplando o Município com duas organizações hospitalares, mas, também, com pouco investimento na atenção primária.

Com a administração 1997/2000, foi instituído o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Município. No entanto, o Programa Saúde da Família (PSF), criado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1994, ainda não havia sido implantado em Ponta Grossa. Todavia, alguns municípios de pequeno porte da Região dos Campos Gerais (como Arapoti, Castro, Ivaí, Rebouças, Telêmaco Borba) já haviam aderido ao PSF, no ano 1998. Mantém-se a prioridade da atenção à saúde curativa.

A organização do setor de saúde mais próxima do que prevê o modelo assistencial instituído com o SUS, ou seja, em que o Município prioriza a atenção básica através de campanhas, programas de promoção e prevenção da saúde, começou a ter visibilidade na administração 2001/2004. No primeiro ano desta administração, foi implantado o PSF, com progressiva ampliação no decorrer da administração, somando às equipes básicas (médico e enfermeiro), o assistente social e o farmacêutico, como também, a ampliação do número de equipes no Município durante esta gestão.

Na administração atual, 2005/2008, a intenção é reinvestir na rede hospitalar – Pronto Socorro Municipal e Hospital da Criança. Quanto às Equipes do PSF, estas sofreram alterações, tais como a retirada dos assistentes sociais e farmacêuticos, porém, muitos profissionais continuam atuando junto às equipes básicas. Existe a idéia de colocar o PSF em todas as Unidades Básicas de Saúde até o final do mandato, sendo justificada esta idéia mais em função da carga horária dedicada pelos profissionais à população (8 horas diárias).

**c) No que se refere a participação popular**, durante muito tempo, uma grande parcela da população brasileira esteve à margem do processo de tomada de decisões, mesmo naquilo que diz respeito a suas necessidades enquanto cidadão. Essa é uma questão histórica ligada a um sistema de governo patrimonialista/assistencialista que marcou o Brasil desde sua condição de colônia. Uma das características da

sociedade brasileira é a dificuldade que sempre tiveram nossos governantes em separar o que é público do que é privado, onde o poder público é exercido e usado como se fosse privado.

A primeira experiência de *Participação da Comunidade* no controle social da política de saúde foi garantida pelo Movimento da Reforma Sanitária, em 1983, com a implementação da Comissão Interinstitucional Municipal da Saúde (CIMS). “Em 1987, com o SUDS, ampliou-se a participação popular. Em 1988, os movimentos garantiram a aprovação do SUS na Constituição, e a participação popular através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde” (FORUM SUL DE SAÚDE, s/d, p.14).

Na administração 1985/1988, quanto à participação da população no processo de decisão do setor, ainda não havia sido instituído legalmente os Conselhos de Saúde e a participação acontecia nas reuniões informais feitas na comunidade pelos chamados médicos “de pés descalços”, mas, mesmo que de forma incipiente, a população era chamada a participar.

No penúltimo ano da administração 1989/1992, foi criado, no Município, o Conselho Municipal de Saúde, mas, a participação da população no referido Conselho ainda não acontecia efetivamente, pois a organização do setor não estava voltada para a saúde comunitária.

Na administração 1993/1996, a participação popular nas decisões do setor continua inexpressiva, ou seja, o Conselho de Saúde se mantinha, desde a sua criação (assim como na administração seguinte, 1997/2000), presidido pelo Secretário Municipal de Saúde, homologando decisões já tomadas.

Na administração 2001/2004, a participação popular se deu de forma mais efetiva; foram criados os Conselhos Locais de Saúde em diferentes comunidades e, também, o Conselho Municipal de Saúde deixou de ser presidido pelo Secretário Municipal de Saúde, passando a população ser chamada a participar dos Conselhos e implantando Programas de Capacitação de Conselheiros.

O que diferencia a participação da população em uma ou outra administração, segundo relato do líder comunitário, é que na administração



2001/2004 a população foi chamada a participar. Numa sociedade acostumada com as decisões homologadas de cima, sem o hábito de decidir sobre suas necessidades, é compromisso dos profissionais, dos gestores, criar as possibilidades para que a população participe, implementando assim um dos princípios do SUS.

**d) Quanto ao Programa Saúde da Família**, ele representa a principal estratégia para o aprimoramento e consolidação do SUS. Segundo o Ministério da Saúde,

a proposta do PSF vem criar condições para viabilização das diretrizes e princípios organizacionais do SUS, tais como a integralidade, a equidade, a resolutividade e, em especial, a promoção da humanização do atendimento em saúde, na medida em que os profissionais se vinculam a uma determinada comunidade 'criando e aprofundando laços de compromisso e co-responsabilidade entre instituições, profissionais e população' (BRASIL, 2001, p.2).

O Programa Saúde da Família é uma proposta que tem por objetivo substituir as práticas tradicionais por uma nova forma de atenção nas unidades de saúde, entendidas como a base fundamental de atendimento dentro do setor de saúde. Assim, o PSF está inserido na atenção inicial, na "porta de entrada" dos sistemas locais de saúde, devendo estar vinculado à rede de serviços de forma que se garanta a atenção integral aos usuários, assegurando a referência e contra referência<sup>3</sup> para os diversos níveis do sistema, atendendo, assim, o princípio da integralidade e da hierarquização do SUS.

Podemos afirmar, então, que uma das primeiras estratégias propostas para mudança do modelo médico assistencial, pela Reforma Sanitária Brasileira, foi a criação do PACS com a perspectiva de prevenção à saúde. O PACS inicialmente significou

o caminho para resolver a dificuldade de acesso aos serviços e a falta de: credibilidade na

prestação dos serviços públicos de saúde; de informações sobre cuidados básicos de saúde e de resolutividade na atenção à saúde. Contribuiu para essa situação também a ausência de identificação entre as comunidades e os serviços de saúde. Os Agentes Comunitários foram pensados para serem mediadores e articuladores entre o serviço e as comunidades (LIMA; MOURA, 2002, p. 8).

Com a implantação do PSF, as Unidades Básicas de Saúde passaram a ser Unidades de Saúde da Família, com a proposta de privilegiar a atenção básica, fazendo a maior parte dos atendimentos na própria unidade e incorporando ações intersetoriais como educação, saneamento e meio ambiente, no sentido de melhoria da qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2001).

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), é considerada como uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população. É estimulada até que seja possível a plena expansão do PSF, no qual os Agentes Comunitários são gradativamente incorporados (BRASIL, 2001).

Em muitas áreas onde o PSF ainda não foi implantado, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)<sup>4</sup> estão vinculados às unidades básicas tradicionais e são capacitados e supervisionados por enfermeiros para o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Onde existe o PSF, recebem treinamento da equipe. Foi o caso do Município de Ponta Grossa que, nas administrações aqui estudadas, permaneceu com ACS até a administração iniciada em 2001 para, então, ser implantado o PSF.

Nosso objetivo não foi estudar o PSF, mas, como já dito, ele se constitui em estratégia de viabilização do SUS, assim, é imprescindível sua implantação nos municípios para que o SUS alcance os objetivos. Porém, estratégia que muitas vezes não é incorporada nessa perspectiva, e sim com interesses ligados ao repasse de verbas. A adesão

<sup>3</sup> Referência é o encaminhamento de um paciente, por exemplo, de uma Unidade Básica de Saúde para um centro de especialidades com a finalidade de realização de um diagnóstico mais preciso; a contra-referência é o retorno desse paciente ao local de atendimento anterior com tal diagnóstico para tratamento.

<sup>4</sup> O ACS é capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade onde mora. O requisito básico é ser morador do bairro, ter bom engajamento na comunidade onde mora. É responsável por acompanhamento de aproximadamente 150 famílias que vivem no seu território de atuação. (BRASIL, 2001).

ao PSF difere de gestor para gestor, conseqüentemente, as experiências com PSF diferem de município para município.

Dessa forma, o sucesso do Programa não é geral, assim como o controle comunitário proposto. A adesão dos municípios ao Programa pressupõe a existência de Conselhos Locais e Municipais de Saúde, os quais os governantes, geralmente, tentam controlar ao máximo, indicando seus membros e, quando conseguem, estes Conselhos tornam-se instituições formais com inexpressiva operacionalidade. Existem situações em que os profissionais também são contratados – muitas vezes – entre parentes dos governantes ou seus indicados e que nem sempre cumprem as oito horas previstas. O Ministério da Saúde tem suspenso o repasse de verbas para algumas prefeituras, devido a irregularidades em sua utilização, “evidenciando uma cultura política na qual o clientelismo e a utilização do dinheiro público para o benefício de grupos politicamente dominantes continua vigorando” (LIMA; MOURA, 2002, p 11).

Mesmo assim, segundo estudo de Lima e Moura (2002), o Programa tem dado resultados positivos na redução de índices de mortalidade infantil e de atendimento primário à população. E Barros (2003, p.126) observa que, em locais onde os objetivos do Programa são respeitados,

essa reestruturação da atenção primária através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), vem operando dentro do SUS uma mudança no modelo assistencial, tanto pelas alterações nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços.

Mas, para que essa reestruturação tome forma contínua de ampliação e mudança no modelo de atenção à saúde, é necessário, conforme Barros (2003), que se cumpram os protocolos de implantação, no que diz respeito às obrigações e responsabilidades de cada um dos setores envolvidos: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Profissionais das Equipes do PSF.

Entender o PSF como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conheci-

mentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e diminuem os limites e aumentam suas possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas habilidades. Não se vai trabalhar apenas com o usuário dos serviços de saúde, mas com um novo usuário, inserido na sua comunidade com sua família, seus costumes, sua cultura, seu status social e, principalmente, sua condição de cidadão.

Dessa forma, a saúde como um direito de cidadania torna-se fundamento básico da estratégia Saúde da Família. Pois a equipe interagindo com a população, podem desencadear mudanças significativas nas comunidades em que atuam; basta observarem o cotidiano dessas pessoas, entendendo-os como cidadãos de direitos. É nessa perspectiva de mudança que deve existir, fundamentalmente, a implantação do PSF nos municípios, o contrário, ou seja, persistindo práticas antigas, o PSF não tem razão de ser.

### Considerações finais

Percebemos a dificuldade de consolidação do SUS enquanto uma política alicerçada em valores como a universalidade, a integralidade, a descentralização, a equidade e participação da sociedade, em nível de Brasil. Nas administrações aqui estudadas, no Município de Ponta Grossa-Pr, em relação aos princípios do Sistema Único de Saúde, percebe-se momentos de avanços e momentos de retrocessos; ora buscando novas práticas, na tentativa de ultrapassar o modelo médico-assistencial hegemônico, investindo também na prevenção e promoção da saúde; ora prevalecendo a visão hospitalocêntrica advinda com o modelo flexneriano.

Nesse sentido, a visão centrada na doença ainda persiste fortemente entre gestores, profissionais e população em geral; o que demanda práticas que busquem mudar, progressivamente, a forma de conceber o processo saúde/doença. Põe-se também a necessidade de fortalecimento dos principais canais de participação e controle social: os Conselhos de Saúde, para que os princípios dos SUS sejam efetivados de forma

democrática, ou seja, em prol da sociedade e não de interesses individualistas. .

O modelo biomédico ainda predominante contribuiu/contribui, com certeza, para a adoção de novas relações, propiciando um melhor diagnóstico, tratamento e acompanhamento do doente, a exemplo de índices de melhoria da sobrevivência, diminuição da mortalidade infantil, erradicação de determinadas doenças infecto-contagiosas.

Entretanto a saúde, como ciência humana, ainda tem um grande desafio: não perder de vista a humanização tão necessária ao atendimento à saúde. Uma abordagem humanizada vale-se também da abordagem explicativo-causal da medicina tradicional e vice-versa; são duas situações que devem complementar-se.

Quanto à visão do processo saúde/doença, as administrações municipais estudadas, mesmo diante da proposta de reorientação da assistência à saúde instituída com o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme dados coletados na pesquisa, o modelo tradicional, centrado na medicina curativa, tem prevalecido. Nesse sentido, sabemos que a visão de saúde/doença de gestores e profissionais contribui, em grande medida, na forma de organização e na direção das práticas no setor de saúde.

Assim, nas administrações estudadas, quanto à ultrapassagem do modelo hegemônico de atenção à doença para o modelo de atenção à saúde instituído com o SUS, podemos dizer que essas estiveram em possibilidades de avanços em alguns momentos e, em outros, de estagnação ou retrocesso. Muitas vezes, a adesão a programas propostos pelo Ministério da Saúde na atenção básica, aconteceu por força da exigência legal. Isso se reflete quando gestores da saúde, responsáveis mais diretos na implementação da política de saúde no Município, continuaram a priorizar o campo da saúde médico-hospitalar, dissociando a medicina preventiva da curativa.

Nesse sentido, compreende-se que a disseminação de um novo conceito de saúde/doença, a aceitação de novas práticas e novos investimentos em políticas de saúde, demanda um processo de incorporação efetiva dos novos conceitos de saúde pelos profissionais da área, sejam eles planejado-

res ou executores dessas políticas.

Assim, a constituição social do SUS, não só em Ponta Grossa, mas em nível de Brasil, vem se construindo entre acertos e erros, entre avanços e retrocesso no enfrentamento de vários desafios, apresentando algumas experiências relevantes e inovadoras, na direção da melhoria e eficácia social da saúde, principalmente na esfera municipal.

Os impasses para efetivação do SUS podem ser identificados pela descentralização que vem ocorrendo de modo limitado; o financiamento continua restrito, como também os tipos de fontes disponíveis desses recursos; o controle social busca abrir caminhos em meio a uma sociedade de um lado não habituada para ações de cidadania e, de outro, um Estado desacostumado a ter seus atos controlados pela sociedade.

E, assim, a política pública para a saúde pode constituir a rota para reproduzir recursos de saúde que façam frente aos projetos conservadores e excludentes, que historicamente dominaram a rede de atenção à saúde no país. Mas também, a mobilização e a participação da sociedade civil podem contribuir significativamente para o avanço qualitativo em direção aos propósitos constantes no âmbito formal.

Por isso, enquanto política pública – que pretende se efetivar como política governamental – é algo que não pode ficar apenas nos setores políticos, no plano do Estado, pois como conquista da sociedade brasileira, só pode se efetivar na relação entre Estado e a Sociedade Civil. É nesse aspecto que a participação da população e o controle social dessa participação – através dos Conselhos, das Conferências e outras instâncias – deve ser a luta da sociedade para que o SUS se efetive como política de Estado em todo país. Todavia, para que isso aconteça, é preciso que se respeitem os princípios e diretrizes que essa política contém, que não sejam ou possam vir a ser violados por grupos específicos que se encontram na administração municipal em determinado período.

No entanto, quando se evidencia a construção do SUS, percebemos que nem sempre é tão claro o que significa esse conjunto de diretrizes, o significado legal do Conselho de Saúde e a diferenciação entre uma política de Estado e uma política governo. Isto é, o Sistema Único de Saúde ainda

não conseguiu se assentar numa base social que lhe dê sustentabilidade para que possa atravessar diferentes administrações, com posições ideológicas distintas.

Se os avanços de uma administração municipal não estiverem sustentados em bases sociais sólidas, no período seguinte podem retroceder ou, então, tomar outros rumos, reiniciando toda uma trajetória de reimplantação, de reformulações, se tornando um campo burocrático emperrado; que quando a população começa a se adaptar à nova organização, inicia uma outra administração. Situação vivenciada no Município de Ponta Grossa na troca das administrações 1985/1988 para a administração 1989/1992, quando as ações em saúde comunitária, iniciadas naquela administração, foram interrompidas, para privilegiar ações mais centradas na medicina curativa. Da mesma forma, na troca da administração 2001/2004 que privilegiava investimentos em atenção básica ou saúde preventiva, para, na administração atual 2005/2008, retornar a investimentos na rede hospitalar, privilegiando a saúde curativa.

Vale ressaltar ainda que a construção social do SUS, dentro do conceito de atenção à saúde, também demanda mudança no imaginário social, pois, de um modo geral, a população, em sua subjetividade, atribui um valor muito grande aos exames laboratoriais, à medicação e aos recursos tecnológicos hoje existentes, não valorizando práticas que se colocam hoje, como o PSF.

Portanto, a construção do SUS necessita de todo um processo que envolva a sociedade de um modo geral. Se a participação da sociedade, através do controle social no processo decisório é fundamental para dar estabilidade e efetividade ao SUS, há de se criar todo um caminho para que esse controle social se dê de forma democrática, ou seja, para que se criem sujeitos autônomos capazes de interferir no social a fim de transformá-lo. Isso envolve um processo educativo da população para o exercício democrático.

A participação democrática, na sociedade brasileira, é uma questão recente; muitas vezes, essa participação se dá em busca de interesses próprios ou de determinados grupos. O que se faz necessário hoje para exercer esse controle através dos Conselhos de Saúde, não é dominar

conhecimentos sobre o setor, mas identificar, democraticamente, as necessidades da comunidade e os interesses comuns.

Quanto à participação, a questão pedagógica a se trabalhar, é a ultrapassagem na compreensão da realidade cotidiana e das ações que se realizam sobre ela. Tal ultrapassagem pode ser trabalhada através de um processo educativo, cujo objetivo é interferir na dinâmica social da realidade de participação existente em dada situação social.

Esse processo educativo se expressa através da organização e capacitação contínua da população ante a realidade concreta; que pode ser elaborado, por exemplo, pelos profissionais do PSF e ser divulgado por diferentes canais de acesso da população, como programas de rádio, palestras nas comunidades, levando a população, em geral, a identificar um novo conceito sobre o processo saúde/doença.

É preciso sempre reafirmar a necessidade de políticas públicas multisetoriais e de modelos de atenção que assegurem a universalidade, a integralidade e a equidade para garantir o direito à saúde. Essa construção implica a necessidade de conquistar os elementos imprescindíveis para se alcançar um verdadeiro modelo de atenção à saúde: vontade política, resolutividade, credibilidade e controle social. Com base nesses conceitos é que podem ser estabelecidas diretrizes éticas e políticas para a consolidação e a definição de modelos de atenção à saúde.

## Referências

- BARROS, S. A. B. de M. **Inserção do programa Saúde da Família no Estado do Paraná, como estratégia de implementação da atenção básica à saúde.** Tese de Doutorado. São Paulo: PUC/SP, 2003.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CAMPOS, G. W. de S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org) **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997.



CARVALHO, A. I. de. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FORUM SUL DA SAÚDE. Desta vez vai ser pra gente: garanta uma saúde diferente, vote SUS. Passo Fundo RS: CEAP – **Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo**. s/d. (publicação informativa).

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

INOJOSA, R. M.; JUNQUEIRA, L. A. P. O setor de saúde e o desafio da intersectorialidade. **Cadernos Funap**. Desafios da Gestão Pública Paulista. N 21. 1997. p. 156 a 164.

LIMA, J. C.; MOURA, M. do C. **Trabalho flexível e capital social**: o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Nordeste. Texto mimeo. 2002.

MENDES, E. V. **O dilema do SUS**. Disponível em: <http://www.gices-sc.org/ArtigoEugenioVilacaDilema-SUS.pdf>. Acesso em 20/09/2004.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In FLEURY, S. (Org). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MINAYO, M. C. de S. Sobre a complexidade da implementação do SUS. In: SILVA, S. F. da. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, S. F. da. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.