

CLAUDIA CRISTINA DA CRUZ

**Princípios Universais e Práticas Focalizadas na Saúde: um estudo
da Estratégia de Saúde da Família (ESF)**



Rio de Janeiro – RJ.

2014

CLAUDIA CRISTINA DA CRUZ

**Princípios Universais e Práticas Focalizadas na Saúde: um estudo
da Estratégia de Saúde da Família (ESF)**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento do Instituto de Economia da UFRJ, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Lavinias de Moraes

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ligia Bahia

Bolsa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Rio de Janeiro – RJ - Brasil

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

C957 Cruz, Claudia Cristina da.
Princípios universais e práticas focalizadas na saúde : um estudo da Estratégia de Saúde da Família / Claudia Cristina da Cruz. -- 2014.
235 f. ; 31 cm.

Orientadora: Maria Helena Lavina de Moraes.

Coorientadora: Ligia Bahia.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, 2014.

1. Políticas públicas. 2. Universalismo. 3. Focalização. 4. Saúde. 5. Estratégia de Saúde da Família. I. Lavinias, Lena, orient. II. Bahia, Ligia, coorient. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Economia. IV. Título.

CLAUDIA CRISTINA DA CRUZ

**Princípios Universais e Práticas Focalizadas na Saúde: um estudo da
estratégia de Saúde da Família (ESF)**

Rio de Janeiro, 29 de setembro de 2014

Dr^a. Maria Helena Lavinias de Moraes - IE/ UFRJ (Orientadora)

Dr^a. Ligia Bahia – IESC/UFRJ (Co-orientadora)

Dr^a. Claudia Chamas – IE/UFRJ

Dr. Eduardo Fagnani – UNICAMP

Dr^a. Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna – IE/UFRJ

Dr^a Nísia Lima – FIOCRUZ

Aos meus amores e grande inspiradores, meus pais Claudio e Isa.

A minha amada irmã Carolina.

E ao meu companheiro, melhor amigo e meu grande amor Wagner.

AGRADECIMENTOS

Agradeço humildemente a Deus e a espiritualidade amiga, pelo apoio e pelas forças que me auxiliaram nessa dolorosa, porém gratificante jornada.

A minha orientadora e amiga, Lena Lavinias, a quem sempre admirei e com quem tive a honra de trabalhar. Agradeço muitíssimo por ter aceitado me orientar, por sua amizade, sua generosidade, por todo incentivo, apoio e trabalho conjunto. Por todo o seu cuidado, carinho e paciência. Sem a sua dedicação e orientação esse trabalho não seria concluído. Você é o máximo!

A Ligia Bahia, minha co-orientadora e incentivadora, agradeço pelas conversas, pelo carinho e por sua generosidade. Obrigada por tudo. Sou fã do seu trabalho e você sabe disso!

Agradeço ao meu pai por toda sua seriedade, pelas longas conversas sobre economia, pela voz grave e ao mesmo tempo tão segura que nunca me deixaram esmorecer. Agradeço a minha mãe, ser de plena luz e amor, minha melhor amiga, meu tudo, por sempre me dar forças, amor, amparo e carinho.

Um agradecimento muito especial a minha irmã, obrigada pelo apoio, pelo amor e pelo incentivo. Érito, meu cunhado querido, muito obrigada pelo incentivo, pelo apoio, por ouvir meu choro e desespero. Você sabe o que eu passei.

Ao meu companheiro, marido, melhor amigo, parceiro, revisor, “secretário” e tudo mais. Amo-te por tudo e por sempre. Sem a sua colaboração, revisão e apoio eu teria surtado.

Aos meus super amigos, André Aguiar de Carvalho e Guilherme Costa. Gui, que desde o início do doutorado é meu irmão, parceiro, companheiro de jornada na nossa própria fellowship of the ring. Foi ele quem me deu o meu caderno de campo, com o qual percorri toda a minha pesquisa e que abrigou as perguntas e descobertas da minha pesquisa. Sem a sua ajuda, eu não terei conseguido. Andrezito, você sabe como eu te admiro e amo. Obrigada pelo incentivo e o apoio a quilômetros de distância. A sua amizade é maná dos céus.

Às amigas, incentivadoras e companheiras: Elisete Alves, Renata Ferreti, Daniela Moreira, Juliana Fajardo, Joana Nunes, Susan Buranelo e Katia Pestana. Agradeço pelo carinho, pelo apoio, incentivo e por aturarem meus sumiços e ausências nos últimos meses.

Um agradecimento especial a Maria Carolina Dysman. Carolzinha, obrigada por tudo minha amiga, companheira e irmã. Amo-te, Miau!

Ao amigo Márcio Lázaro, minha gratidão pelas conversas e por todo aprendizado compartilhado ao longo de anos de amizade.

Aos gerentes das unidades por abrirem suas portas e suas agendas para este aprendizado compartilhado que busquei detalhar neste trabalho. Agradeço a confiança e todo apoio.

Um agradecimento especial à Sheila e Roberto da biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva da UFRJ pela ajuda na revisão bibliográfica para a tese. Muitíssimo obrigada!

Agradeço a CAPES, pela bolsa que tive para me apoiar por boa parte do doutorado.

Ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.

Um agradecimento especial ao Professor Ignácio Cano, que me ensinou a fazer e amar pesquisa de campo quando ainda na graduação. A história por trás dos números é o que enriquece a pesquisa!

Dilegua, o notte!
Tramontate, stelle!
Tramontate, stelle!
All'alba vinceró!
Vinceró, vinceró!

Giacomo Puccini.

Resumo

À luz do debate sobre políticas universais versus práticas focalizadas, a tese discute o paradoxo da ampliação da provisão focalizada de uma “cartela básica” de serviços médicos e ambulatoriais, no âmbito do SUS, moldada para o atendimento dos grupos vulneráveis da população brasileira. A fim de compreender os fatores que engendram o desenho e atuação de políticas focalizadas no âmbito de um sistema de saúde que se prevê público, universal e gratuito, o estudo percorre os seguintes temas: a) subfinanciamento da saúde; b) pressão privatista e avanço do subsistema privado da saúde; c) descentralização de recursos e d) desenho de modelos territorializados de atendimento à saúde. Unida à revisão bibliográfica, a tese apresenta um estudo de caso de intervenção focalizada, através de uma pesquisa de campo de quatro meses que contou com a entrevista de 19 profissionais atuantes em duas unidades de saúde, que desenvolvem Estratégia de Saúde da Família na zona oeste do município do Rio de Janeiro. A pesquisa de campo trouxe resultados inéditos, mostrando que, na prática, a focalização nos pobres não gera acesso mais equânime ao sistema de saúde público, visto que as unidades de Saúde da Família são incapazes, por várias razões, de cumprir a proposta das visitas domiciliares tal como preconizado. Isso restringe sua atuação ao serviço de pronto-atendimento, evidenciando que a proposta do programa Estratégia de Saúde da Família é uma mera administração dos doentes e de suas complicações.

Palavras chave: Políticas Públicas; Universalismo; Focalização; Saúde, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Considering the debate over universal vs. targeted policies, this work aims to discuss the paradox of the expansion of the provision of basic health services within SUS, designed to the care of vulnerable groups. In order to understand the factors that engender the design and performance of targeted policies within a public and universal health system, the study covers the following topics: a) health policy underfunding; b) privatizing pressure and the advancing of a private health subsystem; c) decentralization of resources and d) design of territorialized models of health care. In addition to the literature review, the paper presents a case study of a targeted intervention. During four months, it was conducted a field research in two health units in the west of the municipality of Rio de Janeiro, which resulted in 19 interviews with health professionals. The field research revealed new results, showing that in practice, targeting the poor does not create more equitable access to the public health system, since the units of the Family Health are unable, for many reasons, to perform the proposed household visits as recommended. This restricts its activities to emergency care service, revealing that the proposal of the Family Health Strategy program is a mere management of patients and their complications.

Keywords: Public Policies; Universalism; Targeting; Health; Family Health Strategy.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Despesa Pública e Privada em saúde% total do PIB.....	53
Gráfico 2 - Valores subtraídos pela DRU do Orçamento da Seguridade Social	79
Gráfico 3- Expansão Nacional da Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (1999-2014)	103
Gráfico 4 - Proporção da População Coberta pela ESF na cidade do Rio de Janeiro (1999- 2014)	140
Gráfico 5 - Expansão da Cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro e no País (1999-2013)	144

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Conceito de Rede de Serviços de Saúde elaborado por Lord Dawson (1920).....	115
Figura 2- Divisão do território da cidade do Rio de Janeiro segundo áreas programáticas ...	128
Figura 3- Atuação em serviços da OS IABAS	129
Figura 4 - Distribuição de investimentos da prefeitura.....	139
Figura 5- Classificação das unidades por modelo de Atenção desenvolvido.....	142
Figura 6- Orçamento da Saúde (2012-2016).....	145

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das equipes do PACS no Município do Rio de Janeiro, março de 2003.....	137
Quadro 2-Distribuição das equipes de PSF no Município do Rio de Janeiro, março de 2003	137

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional de Desenvolvimento
CAP	Coordenação de Área de Planejamento Sanitário
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CGRs	Colegiados de Gestão Regional
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Assistência Médica de Previdência Social
COPLAN	Comissão do Plano da Cidade do Rio de Janeiro
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSC	Coordenação de Saúde da Comunidade
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DFP	Desoneração da Folha de Pagamentos
DRU	Desvinculação das Receitas da União
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FMI	Fundo Monetário Internacional
IABAS	Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência Social
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INAMPS	
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família

NHS	National Health System
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OECD	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNB	Produto Nacional Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POA	Programação Orçamentária Anual
POI	Programação Orçamentária Integrada
PPS	Piso de Proteção Social
PROESF	Programa de Expansão da Estratégia de Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
REFORSUS	Reforço à Reorganização do SUS
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SISREG	Sistema de Regulação
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSS	Superintendência de Saúde Coletiva
SSS	Superintendência de Serviços de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SVS	Sistema de Vigilância Sanitária
TCG	Termos de Compromisso e Gestão
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNB	Universidade Federal de Brasília
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visitas Domiciliares

Sumário

INTRODUÇÃO	29
1 PRINCÍPIOS UNIVERSAIS: SAÚDE PÚBLICA E GRATUITA	35
1.1 Saúde Pública e Gratuita: um direito do cidadão e um dever compartilhado	35
1.2 Por que a saúde deve ser um serviço público, universal e gratuito	43
1.3 O National Health System: o que temos a aprender com o caso inglês?	56
2 A SAÚDE NO BRASIL	59
2.1 A Constituição de 88 e o Sistema Único de Saúde	59
2.2 O SUS e os desafios de uma saúde pública e gratuita	71
2.3 O Subfinanciamento da SUS e seus impactos no princípio da universalidade	76
2.4 A Influência do Banco Mundial e de agências multilaterais no desenho de uma “cartela básica” de serviços para a Atenção Básica e suas influências deletérias na focalização do SUS	88
3 ATENÇÃO BÁSICA: A “ PORTA DE ENTRADA” FOCALIZADA, TERRITORIALIZADA E DESCENTRALIZADA DO SUS	99
3.1 A construção da Rede de Atenção Básica	99
3.2 Descentralização e Territorialização	107
4 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO: estudo de caso	117
4.1 A Estratégia de Saúde da Família: o paradoxo da focalização nos pobres e vulneráveis	117
4.2 Desenho da pesquisa e metodologia	123
4.3 O trabalho de campo e a observação participante	132
4.4 Breve Histórico do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro	134
5 A PRÁTICA DA UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE: UMA REDE DE SERVIÇOS POBRE PARA OS POBRES	147
5.1 Duas unidades da ESF na cidade do Rio de Janeiro: perfil do Batan e do Canal do Anil	148
5.2 Entrevistas: temas e questões abordados	153
5.3 Déficit de provisão do serviço por déficit de pessoal e problemas na infraestrutura	159
5.4 Déficit de capacitação dos profissionais da saúde	163
5.5 Preconceitos no tratamento dos usuários	169
5.6 Ineficiências nos sistemas de informação e coleta e opacidade do sistema de rede	173
5.7 Os gargalos derivados da gestão	184
5.8 À guisa de conclusão	188
CONCLUSÕES - A POBREZA DA SOBREFOCALIZAÇÃO E SUA AMEAÇA AO SUS	190
Referências Bibliográficas	195
Anexos	211
Anexo 1 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa HUCFF/UFRJ	
Anexo 2 Parecer do Comitê de ética em Pesquisa SMS- RJ	

Anexo 3 Autorização da CF Antônio Gonçalves da Silva

Anexo 4 Autorização do CMS Canal do Anil

Anexo 5 TCLE I Referente à realização de entrevistas com os Agentes Comunitários de saúde

Anexo 6 TCLE II Referente ao acompanhamento da rotina de trabalho da Equipe de Saúde da Família

Anexo 7 TCLE III Referente à entrevista individual do Gerente da Clínica de Saúde da Família

Anexo 8 TCLE IV Referente à entrevista individual com usuário/ paciente da Estratégia de Saúde da Família

Anexo 9 TCLE V Referente à realização de entrevistas com Médicos e Enfermeiros

INTRODUÇÃO

O Brasil vive um importante momento para o aprofundamento da discussão sobre sua Política Nacional de Saúde Pública, notadamente nos quesitos oferta de serviços, cobertura, qualidade e resolutividade.

No cenário hodierno, prévia das eleições presidenciais, três importantes marcos simbólicos enriquecem o debate acerca da saúde, a saber: a) a realização de uma consulta Pública sobre a cobertura universal de Saúde realizada pela Organização Pan Americana de Saúde e pela Organização Mundial de Saúde; b) o Manifesto publicado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que debate um cenário de defesa do direito universal e da cobertura universal de saúde; e c) a publicação da pesquisa “Opinião dos Brasileiros sobre o atendimento na área de saúde”, encomendada para o *DataFolha* pelo Conselho Federal de Medicina e a Associação Paulista de Medicina. (2014)

O manifesto *Por que defender o Sistema Único de Saúde: diferenças entre o direito universal e cobertura universal de saúde*, publicado no mês de julho de 2014, discute a mercantilização da saúde e a intensa competição que o setor privado trava com o Sistema Único de Saúde, propondo o aprofundamento do debate para a compreensão dos mecanismos de desmonte do SUS e da segmentação de clientela em um mercado que negocia atendimento médico diversificado entre as classes sociais.

Sob a crítica da mercantilização dos serviços de saúde – um direito assegurado como público e gratuito pela Carta Magna de 1988 -, o artigo denuncia o slogan de “cobertura universal de saúde” publicizado pelas empresas e seguradoras de planos de saúde, que visa corromper a compreensão da saúde como um direito, tratando-a como uma mera mercadoria. O alerta do CEBES se faz extremamente pertinente, principalmente se considerarmos o avanço de propostas como as do Piso Básico de Proteção Social da OIT (2011) e os históricos receituários do Banco Mundial para o desenvolvimento de “cestas básicas” de serviços públicos de saúde para os pobres; ou seja, serviços públicos somente para aqueles que não poderiam recorrer ao mercado de planos e seguros privados de saúde.

Entre os dias 06 e 13 de agosto de 2014, a OPAS/OMS realizou uma consulta pública sobre a Estratégia Para a Cobertura Universal de Saúde. Com quatro linhas estratégicas que visam debater a expansão do acesso, o fortalecimento da gestão, a melhoria do financiamento e o fortalecimento de ações intersetoriais, o questionário disponibilizado pela internet

levantava perguntas muito técnicas e conceituais de difícil compreensão para aqueles que não conhecem a legislação e as diretrizes do SUS. De forma geral, pode-se deduzir que as respostas a serem computadas devem apresentar um forte viés e baixa representatividade. Para se avaliar como está a cobertura de saúde neste país, muito além da criação de um questionário, é preciso uma imersão na realidade das unidades de saúde. Exatamente o que foi feito no estudo de campo desta tese de doutorado. Não se pode descartar, contudo, que os resultados da consulta pública da OPAS, compilados no *Relatório Brasil – Consulta Cobertura Universal em Saúde (2014)* trazem insumos para o debate sobre os desafios da saúde pública no país.

Ainda no mês de agosto de 2014, o Conselho Federal de Medicina (CFM) liberou os resultados da pesquisa que encomendou ao *DataFolha* sobre a percepção dos brasileiros sobre a Saúde e o SUS. Os resultados da pesquisa, que ouviu 2.418 pessoas durante o mês de junho, evidenciam a vasta insatisfação da população com a qualidade dos serviços e a demora na obtenção de consultas e procedimentos. De acordo com a pesquisa, 93% dos entrevistados consideram os serviços públicos e privados na saúde do Brasil péssimos, ruins ou regulares. A pesquisa evidencia ainda um dado interessante: 49% dos entrevistados utilizam os Pronto Socorros e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) como a principal porta de entrada para o SUS; enquanto a Estratégia Saúde da Família, porta de entrada oficial do SUS, é acessada por apenas 3% da população “quando precisam de atendimento de saúde no SUS”.

Todos os marcos simbólicos suprarreferidos contribuem para a discussão sobre a oferta de serviços de atendimento médico e ambulatorial realizada, sobretudo pelo SUS, em um momento propício ao amadurecimento da Política Nacional de Saúde, às vésperas de mais uma eleição para Presidência da República e Governo do Estado.

A despeito dos resultados inquietantes da pesquisa do CFM, é preciso evidenciar que o SUS deve ser compreendido como parte de uma Política Nacional de Saúde, que envolve a integração ampla de políticas e de todos os setores do governo. De acordo com Vicenç Navarro (2007), o objetivo central de uma Política Nacional de Saúde deve ser a garantia da boa saúde de toda a população. Para tanto, todos os setores e agências devem ser responsáveis pela criação destas condições, ou seja, uma Política Nacional de Saúde vai desde intervenções urbanas, com investimentos em saneamento básico, habitação, urbanização, até a construção de unidades de saúde. Saúde é uma questão multifatorial e saúde e atendimento médico são conceitos distintos (Barr, 2004). Logo, o SUS não pode e não deve ser o único responsabilizado por todos os problemas de saúde de uma população.

Infelizmente, muitas nações têm usado o conceito de “Políticas de Saúde” para expressar “Política de Atendimento Médico”, relegando a responsabilidade pelas políticas de saúde apenas aos sistemas de saúde, limitando a sua compreensão e também a sua eficácia. Vejam-se, por exemplo, os resultados da pesquisa realizada pelo CFM, na qual todas as perguntas tratam em especial no atendimento oferecido pelo SUS. Uma política de saúde nacional deve ser uma meta compartilhada por várias agendas de governo. Porém, o que temos no Brasil é uma Política Nacional de Saúde limitada ao mero atendimento médico.

O Estado de bem-estar brasileiro ainda se caracteriza por manter dimensões residuais e por se ancorar em um sistema tributário regressivo que penaliza os mais pobres. Surpreende ao adotar a saúde como direito universal, cujo financiamento é feito via impostos indiretos, e ao mesmo tempo, associa esse direito a programas de acesso aos mais pobres com aspecto focalizado, segmentando clientela específicas e reproduzindo desigualdades no interior de um sistema que se prevê equânime.

Os fatores e variáveis que auxiliam a compreensão das dificuldades do SUS no cumprimento de suas diretrizes basilares são inúmeros, e se encontram no âmago da discussão sobre políticas universais e as focalizadas, perpassando as influências da descentralização e das questões territoriais no desenho das intervenções de programas e ações de saúde, onde subfinanciamento e a pressão privatista têm um importante papel no desmonte do SUS.

A escolha do paradoxo da Estratégia de Saúde da Família (ESF)- uma política focalizada dentro de um sistema de saúde universal e gratuito, portanto, equânime - veio do contato com a vasta bibliografia que discorre ora sobre seus elogiosos resultados, ora sobre suas dificuldades e desafios. A revisão bibliográfica da ESF consultada não revelou estudos de campo que buscassem compreender seu processo de implementação ou o paradoxo de sua focalização, algo que esta tese se propôs a realizar através de um estudo mais aprofundado via pesquisa de campo.

A prática da focalização nas políticas sociais não é uma novidade. Ela é inerente às políticas sociais residuais (HORT, 2001) e se popularizou no Brasil na década de 90, quando da adoção de programas de renda mínima associados à frequência escolar. As políticas focalizadas têm prevalência na maior parte dos países em desenvolvimento, como o Brasil, e suas justificativas apelam para sua efetividade na redução da pobreza, bem como às questões financeiras e fiscais dos países. (COBO, 2012) No âmbito da adoção de práticas focalizadas na saúde, a prescrição por parte de agências internacionais, como o Banco Mundial, tem uma parcela significativa de responsabilidade. Entretanto, a prática da focalização na população

pobre e vulnerável na saúde é um contrassenso. Afinal, além de o SUS ser um sistema universal, a análise da distribuição da oferta de serviços de saúde com relação à renda demonstra que o SUS financia serviços para as camadas mais pobres.

Por outro lado, os cidadãos com melhores condições econômicas recorrem ao subsistema privado da saúde, adquirindo seguros de saúde e atendimentos privados, considerando a demora no atendimento e a baixa resolutividade prevalentes no SUS.

Se o SUS já é comprovadamente um sistema que atende majoritariamente à população mais pobre, por que é necessário sobrefocalizar nesta mesma parcela, através de programas como a Estratégia de Saúde da Família? Esse grupo populacional já é o que mais utiliza os serviços do SUS. Se a maior parcela dos atendimentos do SUS se destina efetivamente aos pobres e vulneráveis, pode-se questionar se a focalização que norteia essa política da Atenção Básica é necessária, acessível e eficaz para os que necessitam dela.

A Estratégia de Saúde da Família foi moldada por um forte viés restritivo e direcionador de ações e recursos, que priorizou a implantação do programa em áreas de maior vulnerabilidade social e risco sanitário, o que pode ser explicado pelos problemas de financiamento do SUS e pela pressão privatista exercida por agências multilaterais como o Banco Mundial, a OPAS e o BID, que tiveram uma grande parcela de influência no desenho das políticas de saúde brasileiras.

Considerando as múltiplas variáveis que influenciam o seu desenho, algumas perguntas são centrais para este trabalho: É possível identificar um diferencial prático na ESF? Ela tem a capacidade de ampliar o acesso aos serviços do SUS? A proposta da tese está em tentar reinterpretar as práticas da ESF, buscando compreender como esta política evoluiu e se institucionaliza, questionando seu funcionamento, sua oferta e sua continuidade.

Para tal, a tese encontra-se estruturada em cinco capítulos, além desta introdução. No primeiro capítulo, são estudados os aspectos mais teóricos que defendem as políticas de bem-estar social como mecanismos de redução dos riscos e incerteza diante das oscilações do mercado, advogando contra a mercantilização de serviços, como os de saúde. Neste capítulo, o debate sobre as políticas universais e as políticas focalizadas estabelece um parâmetro para a construção de um Sistema de Saúde Público inclusivo, tal como é demonstrado no caso do National Health System da Inglaterra.

No segundo capítulo, a tese se debruça sobre os dilemas da saúde no Brasil. Para tanto, descreve a história que remonta à construção do Sistema de Seguridade Social no Brasil e

discorre sobre as influências da Carta Magna de 1988 na construção do SUS. Neste capítulo são discutidas as hipóteses para a focalização na população pobre, o subfinanciamento ou desfinanciamento e as pressões privatistas como componentes do desenho focalizado da ESF. Nele, a influência de agências como o Banco Mundial e a OIT merecem destaque, por auxiliarem a compreensão do desenho de cartela de serviços básicos (Gestão Social do Risco em 2000 e Piso de Proteção Social em 2011), desenvolvidos para a Atenção Básica.

No terceiro capítulo, descrevemos o modelo de Atenção Básica brasileiro, bem com seus princípios estruturadores, buscando compreender como a descentralização inerente do federalismo brasileiro e a territorialização, diretrizes componentes da organização do SUS favorecem a sobrefocalização da Estratégia de Saúde da Família.

Alguns estudos sobre a proposta da Estratégia de Saúde da Família sejam eles elogiosos ou críticos, bem como seu histórico de implantação são apresentados no quarto capítulo da tese. Nele também são feitas considerações sobre o desenho da pesquisa de campo e sua metodologia. Com intuito de introduzir o estudo de campo, que é tratado no capítulo subsequente, o quarto capítulo abriga ainda um breve histórico do desenho da ESF na cidade do Rio de Janeiro, juntamente com um balanço comparativo de sua evolução com os dados nacionais. Ao final, discute-se como está planejada a expansão desta política na cidade, carro-chefe da Atenção Básica no município.

A fim de subsidiar uma análise prática do funcionamento da ESF e integrar a realidade do programa aos estudos teóricos apresentados nos quatro primeiros capítulos, o quinto capítulo traz os resultados de uma pesquisa de campo de quatro meses em duas unidades de saúde localizadas em áreas de grande vulnerabilidade na cidade do Rio de Janeiro: um Centro Municipal de Saúde e uma Clínica da Família. A pesquisa, que seguiu a metodologia de observação-participante, contou ainda com a realização de entrevistas com roteiro semi-estruturado junto a diferentes membros das equipes multiprofissionais das clínicas. Agrega-se a este capítulo uma pesquisa de satisfação dos usuários, realizada pelo Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde, uma Organização Social de Saúde, responsável por ambas as unidades inseridas na pesquisa de campo.

No capítulo 5, os relatos de 19 profissionais, somado aos dados de produtividade das unidades e ao trabalho de observação participante, permitem inferir que a proposta de focalização nos pobres não funciona como um mecanismo de acesso e combate às desigualdades. Ao contrário, a proposta de trabalho com população adscrita territorialmente

segmenta clientela e reitera clivagens, fortalecendo as desigualdades dentro de uma Rede de Atenção que deveria oferecer atendimento integral e equânime.

A criação de uma rede de cobertura virtual e a oferta de uma cartela de serviços básicos, realizados por profissionais com nenhuma ou pouca capacitação para o desenvolvimento de ações de Atenção Básica, e que desconhecem, em sua maioria, as diretrizes da “Saúde da Família”, bem como as leis que regem o SUS, têm como principal resultado uma população insatisfeita e unidades de saúde que reproduzem a atuação de unidades de pronto-atendimento.

A proposta da realização de visitas domiciliares há muito foi relegada, em uma dinâmica de trabalho que se resume à realização de consultas, atividade que se tornou refém da “Gestão para Resultados”, onde a preocupação com números inverte as prioridades e transveste as unidades em um escoadouro de mazelas sociais, em locais onde a proposta de uma política de saúde como projeto nacional é uma quimera, tal como será sintetizado nas conclusões finais desta tese.

“In health or education, where no price is charged , expectations are not managed downwards by the market. Supply and demand have to be managed by political process.”
(Glennester; 2009:179)

1 PRINCÍPIOS UNIVERSAIS: SAÚDE PÚBLICA E GRATUITA

1.1 Saúde Pública e Gratuita: um direito do cidadão e um dever compartilhado

Amartya Sen, co-criador do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH¹ deu importantes contribuições para a compreensão do valor das políticas de bem-estar para o desenvolvimento econômico e social. Segundo o autor, os seres humanos possuem características diversas e compreendê-las é de extrema relevância no combate à desigualdade.

Para Sen, a liberdade para realizar algo, as capacidades² dos indivíduos e os seus modos de funcionar, que são elementos constitutivos do estado de uma pessoa, como estar em boa saúde, bem nutrido, ser feliz, participar da comunidade, entre outros, são as chaves centrais para a avaliação da desigualdade e do bem-estar. De acordo com o autor:

A capacidade é principalmente um reflexo da liberdade para empreender modos de funcionar valiosos. (...) Na medida em que os modos de funcionar são constitutivos do bem-estar, a capacidade representa a liberdade de uma pessoa para realizar bem-estar (SEN, 2001, p. 89)

Sen afirma que desigualdade e bem-estar estão associados na avaliação da justiça social. Desigualdade de oportunidades, de acesso à educação e de rendimentos são fortemente associados como fatores explicativos da desigualdade de renda, e é justamente a desigualdade de renda que determina- para Amartya Sen e para muitos outros autores- o nível de bem-estar social.

Pensar em desenvolvimento não prescinde da compreensão de todos os fatores sociais, econômicos e políticos que tangenciam e influenciam esta questão. Para Amartya Sen (1999), “o desenvolvimento requer que se removam as principais formas de privação de liberdade: pobreza e tirania, carência de oportunidades econômicas, destituição social sistemática,

¹ Amartya Sen e Mahbud Ul Haq criaram o IDH em 1993.

² Capacidades (capabilities) representam as combinações de modos de funcionar (functionnings), estados e ações de uma pessoa.

negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos”. (p.18). Para o autor, a oportunidade de um cidadão ter acesso à educação básica e assistência médica está entre os componentes constitutivos do desenvolvimento.

A provisão de serviços públicos de educação e saúde é parte integrante de muitas políticas sociais no âmbito dos Estados de bem-estar social nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil.

Dados recentes do PNUD, do *Relatório do Desenvolvimento Humano 2013: A Ascensão do Sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado* apresentam o Brasil como um dos países que mais conseguiram reduzir o déficit no IDH entre 1990 e 2012. O país é classificado ainda numa categoria descrita como de “desempenho elevado” em desenvolvimento humano, a qual retrata os países que tiveram maior desenvolvimento. Nesta categoria estão os países que além de apresentarem aumento do rendimento nacional, registram valores superiores à média nos indicadores de saúde e educação.

Reforçando a argumentação de Sen, o relatório enfatiza que: “Os investimentos em bem-estar social e nos bens públicos tornaram-se elementos constitutivos do desenvolvimento de longo prazo. Estas iniciativas exemplares – que combinam as políticas econômicas, de saúde e de educação no quadro de uma agenda mais ampla de equidade, capacitação e participação – colocam em evidência a importância de se apoiar a justiça social, não apenas por razões morais, mas também como um meio crucial de promover o desenvolvimento humano.” (PNUD, 2013, p.18) Garantir o desenvolvimento humano é um dos objetivos das políticas de proteção social.

Muito embora tenham surgido na Europa os principais exemplos de políticas de proteção social, vemos - e o PNUD comprova - que diante das recentes crises econômicas que assolam o velho continente, sucessivos cortes nos sistemas de proteção social fazem irromper em muitas sociedades o debate sobre a retração dos Estados de bem-estar social. Têm-se tornado frequentes em diversas partes da Europa reduções na cobertura e nos benefícios; tornam-se mais acirradas regras de elegibilidade (PIERSON, 1996, p.13), restringindo cobertura.

Com olhar para o cidadão trabalhador e suas famílias, Otto Von Bismarck instituiu na Alemanha o modelo do 1º seguro por doença (1883) e o 1º seguro por acidentes de trabalho (1884). O objetivo à época era o de garantir que, se acometido por um acidente de trabalho, este não comprometesse a sobrevivência das famílias alemãs. O modelo de proteção social

proposto por Bismarck se estruturava em contribuições compulsórias dos trabalhadores para garantir estabilidade socioeconômica e promover a coesão social da nova nação alemã.

Atento ao quadro do pós-guerra e à crescente vulnerabilidade dos cidadãos face a riscos e incertezas inesperados, William Beveridge alterou, ao publicar o relatório *The Beveridge Report*, em 1942, o modelo de proteção social contributivo, criando a “Seguridade Social” no Reino Unido. Sua proposta, descrita no referido documento, trouxe mudanças que influenciaram a remodelação e/ou a criação do sistema de proteção social de vários países.

Beveridge propôs superar o “Seguro Social” em prol de uma abrangente e reflexiva “Política de Progresso Social”³. De acordo com o autor, o seguro social plenamente desenvolvido poderia promover a segurança contra riscos, em particular no âmbito da renda, sanando necessidades. Ele foi mais longe e formulou uma “revolução” buscando melhorias na cobertura e extensão da seguridade social para combater a miséria, a pobreza, o desemprego, a ignorância e as necessidades da população no pós-guerra.

Beveridge partiu do pressuposto de que era necessário atender a todos os cidadãos, independentemente de contribuição prévia. E revelou um olhar especial para as famílias. Para tanto, defendia o desenvolvimento de uma política social integrada: assistência social, saúde e trabalho, estruturada em três princípios: a) criar uma política de apoio e proteção às famílias diante das incertezas do mercado; b) implantar uma política de saúde integrada e inclusiva e c) garantir o pleno emprego.

Do ponto de vista das políticas de saúde, Beveridge inovou ao propor a criação do “National Health Service” organizado através de departamentos de saúde, dando a partida inicial no sistema de saúde pública, universal e gratuita do Reino Unido, cuja proposta e atuação orientam aquela que veio a ser a proposta de política de saúde pública brasileira, o Sistema Único de Saúde - SUS.

De acordo com Beveridge “tratamento médico cobrindo todas as necessidades deverá ser ofertado para todos os cidadãos através do National Health Service, organizado em departamentos de saúde (...)” (BEVERIDGE, 1942, p.7)

Sua proposta de nova organização da seguridade, com cobertura universal dos serviços de saúde, formulou os pilares de uma seguridade social inclusiva, cidadã e igualitária. Prevaleceu a ideia de “separação do tratamento médico da administração dos benefícios em dinheiro, ajustando um abrangente serviço médico para todos os cidadãos com cobertura para

³ Tradução livre do termo utilizado pelo autor

todas as incapacidades sob a supervisão do Ministério e Secretarias de Saúde” (BEVERIDGE, 1942, p.12). O que aconteceu na UK ao final dos anos 40, só começaria a se desenvolver no Brasil muitas décadas após.

Entende-se por que as contribuições de Bismarck e de Beveridge foram responsáveis pela criação das primeiras políticas sociais que nortearam o desenvolvimento posterior dos *Welfare States* ou Estados de bem-estar nas democracias ocidentais.

O Estado aparece como principal provedor das necessidades sociais, prevenindo riscos e incertezas, em uma sociedade regida pelo *Welfare State*. Richard M. Titmuss (1958), em seu trabalho *Essays on the Welfare State*, resgata a discussão iniciada por Beveridge e volta a problematizar o papel do Estado na provisão de bens e serviços e na redução dos riscos e incertezas diante das mudanças no mundo. Para Titmuss, o Estado tem o dever perante seus cidadãos de não somente garantir o emprego, mas também a educação, a moradia e a saúde; ou seja, garantir benefícios sociais, além de dinamizar a economia e gerar crescimento em todos os setores.

Há ao redor do mundo diferentes combinações de sistemas de bem-estar e diferentes modelos que podem se orientar por abordagens normativas ou ideológicas. Neste trabalho serão citadas as duas principais classificações, a primeira de Titmuss (1958) e a segunda de Esping-Andersen (1990).

De acordo com Titmuss existiriam três modelos de *Welfare State*: o Residual, o Meritocrático-particularista e o Institucional-redistributivo.

No modelo residual, a intervenção do Estado ocorreria apenas para suprir as necessidades mais prementes e emergenciais das famílias, diante de sua incapacidade perante o mercado. Neste modelo, as políticas sociais dirigem-se apenas àqueles que comprovadamente mostrem déficit agudo de renda. Já no modelo meritocrático-particularista a função do Estado seria a de assegurar a proteção social ligada ao corporativismo ocupacional. Os sistemas de previdência social são distintos e consideram a ocupação (inserção produtiva e contribuições correlatas) dos assegurados para a concessão dos benefícios

O último modelo descrito é o institucional-redistributivo. Neste modelo, a atuação do Estado é mais forte e abrangente, seu dever é garantir a todos os cidadãos igualdade de acesso aos direitos sociais. Cabe destacar que neste modelo o Estado é responsável pela garantia de bem-estar. O acesso aos programas sociais é universal e o Estado deve assegurar os patamares

de renda e serviços sociais, em função das necessidades e contingências, mas sempre com qualidade e cobertura suficientes, dissociado da renda.

A redução de riscos e incertezas dos cidadãos diante das oscilações do mercado também é uma discussão central no trabalho *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (1990) de Esping-Andersen. O autor compreende o *welfare state* como um mecanismo capaz de atuar na *desmercantilização* da vida dos indivíduos, e analisa as sociedades europeias como espaços estratificados e corporativos.

Em uma análise ampla da Europa, o autor define três formas de *welfare state* de matriz desmercantilizante, ou seja, regimes que perseguem estratégias que reduzem a vulnerabilidade das pessoas aos efeitos do mercado. Os três tipos são: a) Liberal; b) Conservador-Corporativo e c) Social-Democrata, descritos da seguinte forma:

O modelo Liberal tem o mais baixo grau de desmercantilização e atua através de programas modestos de garantia de renda. O Estado promove apenas a assistência aos comprovadamente pobres e os programas sociais são limitados a garantir apenas o mínimo. O autor destaca um predomínio do individualismo e o estímulo à auto-sustentação através do mercado.

A proteção social é realizada por diferentes modalidades de seguro social no modelo conservador-corporativo, no qual os sistemas de seguro social são distintos e categorizados para as classes e categorias profissionais e os benefícios são dependentes do grau de contribuição. Como neste modelo o acesso é restrito aos segurados (cobertura ocupacional), o grau de desmercantilização é alto apenas para quem tem acesso restrito e vinculado à condição ocupacional do cidadão.

Por fim, existe o modelo Social-Democrata, conhecido como modelo universalizante, cujas políticas atuam na prevenção dos riscos sociais e das incertezas, buscando a padronização da oferta, do acesso e das oportunidades.

De acordo com Barr (2004), o objetivo do Estado de bem-estar, assim, como em qualquer outra área de política econômica, é a eficiência, a promoção da igualdade e a viabilidade administrativa, e é nessa perspectiva que as políticas sociais são planejadas e implementadas. O autor reforça que:

O Estado de bem-estar existe para melhorar o bem-estar de pessoas que (a) são fracas e vulneráveis, em grande parte, fornecendo assistência social, (b) são pobres, em grande parte atuando por meio de transferências de renda redistributivas, ou (c) não são vulneráveis ou pobres, organizando benefícios em dinheiro para fornecer

seguro e suavização do consumo e fornecendo assistência médica e educação. (BARR, 2004, p.7)

Seja na linha de atuação da suavização do consumo, do fornecimento de segurança ou do alívio da pobreza, as políticas sociais tendem a se estruturar em diferentes modalidades de serviços, sejam eles universais, contributivos e não contributivos e, até mesmo, programas focalizados. Esse conjunto de intervenções integra os sistemas de proteção social dos Estados de bem-estar em vários países do mundo desenvolvido.

Como uma leitura complementar à de Beveridge, Barr ainda argumenta que as políticas sociais atuam na inclusão social e podem trazer como resultados diretos dignidade e solidariedade social. “Benefícios em dinheiro e *healthcare* devem ser fornecidos de maneira a preservar a dignidade individual sem estigma (...) e nutrir a solidariedade social” (BARR, 2004, p.12)

Ainda sobre o Estado de bem-estar, Asa Briggs (1969) apresenta-o como indispensável ao desenvolvimento de segurança socioeconômica, prevenção dos riscos e seus efeitos e promoção de inclusão e equidade, por meio de políticas sociais. Segundo o autor:

O “*welfare state*” é um Estado no qual o poder organizado seria usado deliberadamente (através das políticas e da administração) com o intuito de modificar as forças de mercado ao menos em três direções: 1) para garantir a indivíduos e famílias uma renda mínima, independentemente do valor de mercado de seu trabalho ou sua propriedade; 2) para reduzir a insegurança, para indivíduos e famílias aumentando o escopo da cobertura para certas “contingências sociais” (por exemplo, doença, velhice e desemprego) e 3) garantir que a todos os cidadãos, sem distinção de status ou classe sejam oferecidos os melhores padrões disponíveis de proteção social. (ASA BRIGGS, 1969, p.15)

Considerando que toda política social é uma modalidade de política pública cuja intervenção/ação está ligada à questão social, convém destacar que estas políticas podem seguir uma linha de ação “focalizada”, com ou sem condicionalidades, favorecendo determinado grupo social, ou serem “universais”, isto é, atenderem a toda a população de forma indiscriminada.

As políticas sociais constituem um conjunto de ações de um governo e representam decisões alocativas de valor/recursos, ou seja, envolvem gasto do governo que, segundo Barr (2004), pode ser dar mediante transferência de renda ou provisão de serviços visando a desmercantilização do seu acesso.

Para Barr (2004), os benefícios universais são aqueles concedidos sem necessidade de comprovação de renda ou avaliação posterior, sem ordem de prioridade ou seleção. Do ponto

de vista econômico, uma política pública universal pode ter custos muito elevados, ocasionando, com frequência, críticas dos setores mais conservadores do governo, pois teriam elevação da despesa para os cofres públicos, mobilizando um maior montante de recursos e demandando uma administração com factibilidade na gestão destes.

É imprescindível, no entanto, ressaltar que uma política pública universal é aquela que, ao atender a todos indistintamente, equaliza oportunidades e promove justiça social. A respeito da promoção de bens e serviços de caráter universal, Guimarães argumenta que:

Quando se decide por uma provisão do Estado de bens e serviços de caráter universal, está-se pensando em um padrão mínimo de consumo de certos bens ou serviços para toda a população, criando assim, se não um padrão de excelência, um padrão mínimo de consumo, com livre acesso e por isso não estigmatizante. (GUIMARÃES, 2007, p.24)

Logo, em lugar de apenas prover transferências de renda (*in cash*) que visam permitir a pessoas com déficit de renda acesso a alimentos, moradia, etc, os benefícios desmercantilizados via provisão pública (*in kind*), sejam eles no campo da saúde, educação ou assistência social, e até moradia, buscam não apenas a equalização de oportunidades, mas o atendimento sem restrições estabelecidas pelo teste de meios.

As políticas sociais têm, portanto, a premissa de solucionar problemas⁴ de falhas de mercado, assimetrias de informação e desigualdades de oportunidades.⁵ (Barr, 2004, p. 10). Elas podem ser universais tais como nos Estados de bem-estar social de modelo social-democrata ou focalizadas, prática usual nos modelos de bem-estar residuais. De acordo com Hort, no estudo *Targeting Social Benefits: International Perspectives & Trends*, “a ideia da focalização e de grupos focalizados tem sua origem e é frequente na abordagem de políticas sociais residuais. De forma simplificada, focalizar significa direcionar recursos para um indivíduo ou um grupo, ou problema específico, por exemplo, em um risco social como invalidez, velhice, gravidez, pobreza, doença, desemprego”. (HORT, 2001, p.191)

Em outro trabalho *The Transformation of the Welfare State: the silent surrender of public responsibility*, Gilbert (2002) reforça a ideia que, diante das crescentes necessidades fiscais e demográficas, os gestores públicos têm intensificada a pressão para concentrar os

⁴ Para Barr as informações sobre a saúde são complexas e nem sempre disponíveis – nem sempre as pessoas são capazes de adquiri-la ou processá-la, e os erros na saúde têm custos elevados e podem não ser reversíveis e muitas vezes as pessoas não dispõem de tempo para comparar preços, antes de fazer o tratamento ou sofrer a intervenção. Estas características fazem com que haja altos custos de transação no “mercado” da saúde.

⁵ Nem todas as pessoas têm a mesma oportunidade de acesso aos mesmos tipos de serviços, tais como educação e saúde; logo, universalizar o acesso público e gratuito seria uma forma de equalizar as oportunidades.

gastos públicos nos mais necessitados, havendo, portanto, uma ampliação da seletividade para concessão de benefícios, o que o autor caracteriza como uma transição das políticas universais para seletivas.

Em se tratando de focalização e seleção de beneficiários no âmbito das políticas sociais, segundo Barr (2004), toda focalização envolve uma discriminação, uma delimitação, ou seja, uma seleção de um determinado grupo elegível ao recebimento de um dado tipo de benefício social, como, por exemplo, as políticas de transferência de renda compensatórias.

Em seu estudo sobre os sistemas focalizados de transferência de renda, Cobo (2012) identifica que as práticas focalizadas têm prevalência na maior parte dos países em desenvolvimento, como o Brasil.

Segundo Cobo, as justificativas geralmente estão ligadas a argumentos ideológicos que reforçam que estas práticas são mais eficientes na redução da pobreza, bem como às questões financeiras e fiscais dos países, cuja escassez de recursos muitas vezes tende a favorecer a focalização no empenho dos recursos sempre insuficientes com políticas sociais. (COBO, 2012)

As práticas focalizadas, usuais nas políticas de transferência de renda, têm como público-alvo os pobres e miseráveis. Todavia, vale retomar a argumentação de Nicholas Barr, para quem a focalização além de gerar estigmas, demanda um grupo ideal de indicadores para evitar erros de focalização, a saber:

- a) Os indicadores devem apresentar forte correlação com a pobreza para garantir uma focalização precisa;
- b) Os indicadores devem estar além do controle do indivíduo, para minimizar os desincentivos e;
- c) Os indicadores devem ser de fácil observação para auxiliar a administração.

Em geral, os programas focalizados, como, por exemplo, os de transferência de renda, impõem uma série de condicionalidades, exigindo “pesados custos de administração e controle das mesmas, o que pode comprometer o custo-benefício dos programas implementados.” (LAVINAS & COBO, 2010, p.6).

No Brasil as políticas de combate à desigualdade começaram a se estruturar na perspectiva de equidade, universalidade e da desmercantilização, entre as décadas de 70 e 90, notadamente na década de 80, com o advento da Constituição de 88, período em que surgiu

pela primeira vez o desenho de um sistema de seguridade social. Atualmente o país atua em duas frentes de combate à desigualdade social: a) transferência de renda (monetária), vide o programa Bolsa Família; e b) provisão de serviços, tais como cobertura de saúde e educação universais, gratuitas e públicas.

De acordo com Lavinás (2003, p.3): “Quanto menos universal o sistema de proteção social, maior a pobreza e a exclusão. Isso a gente também já sabe, informados pelo passivo monumental de pobreza e exclusão que nos interroga a cada esquina.”

Apesar de a Constituição de 88, como veremos adiante, instituir legalmente a garantias dos direitos, o Brasil continua a ser um país de fortes desigualdades sociais, as quais impactam diretamente na compreensão da oferta e da demanda da saúde. É para esta população, marcada pela desigualdade, que se advoga um sistema de proteção social inclusivo e equânime.

1.2 Por que a saúde deve ser um serviço público, universal e gratuito

As políticas sociais voltadas para a provisão de serviços têm como premissa a equalização das oportunidades sociais e a redução de problemas de assimetria de poder e de informação. O Brasil é um dos poucos países em desenvolvimento que provê a seus cidadãos saúde e educação pública e gratuita.

Mas a saúde nem sempre foi um direito de todos, e a construção desta política social foi precedida por uma intensa luta nos campos social, médico e político, cujo resultado se consolidou entre o final da década de 80 e início da década de 90, na promulgação da Constituição de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde - SUS (1990).

Basta percorrer qualquer cidade do país para rapidamente identificar que as unidades de saúde pública são procuradas e utilizadas pela grande maioria dos cidadãos. Atualmente, apenas 25% da população brasileira estão vinculadas a planos privados de saúde. (IPEA, 2009, p.35).

Do ponto de vista das contribuições da Constituição Cidadã ao campo da saúde, esta mudou o papel e as responsabilidades do Estado no cuidado com a saúde e no seu atendimento, não somente para as categorias trabalhistas como nos regimes passados, mas de forma igualitária, gratuita e universal para todos os cidadãos.

Desde 1988, as políticas associadas à Seguridade Social vêm se afirmando e expandindo consideravelmente. No campo da saúde, universalizou-se o acesso aos serviços, independente da capacidade de pagamento dos indivíduos, assim como afirmou-se a integralidade como princípio organizador do sistema de saúde, pautando a integração das redes de atendimento por meio da consolidação do SUS. (IPEA, 2009, p.35)

“Assistência médica” e “saúde” são conceitos distintos e devem ser desmembrados para sua melhor compreensão. Mas, então, qual é a diferença entre eles? Essa pergunta norteou o debate do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil e coroou os avanços da política de saúde com suas contribuições definitivas quando da VIII Conferência Nacional de Saúde e na Constituição de 88.

Na perspectiva das políticas públicas e das políticas de bem-estar, Barr (2004) discute a distinção entre saúde e cuidado com a saúde. De acordo com o autor, o objetivo primário da política de saúde é a melhoria da saúde das pessoas. No entanto, a saúde deveria ser compreendida de forma mais complexa, uma vez que esta derivaria de muitas fontes: a) a escolha individual (e este quesito contemplaria os hábitos alimentares, a rotina etc.); b) os padrões de vida de cada pessoa; c) o meio-ambiente; d) o ambiente individual de cada um, ter um emprego, por exemplo; e) a qualidade e a oferta de cuidados com a saúde e f) heranças genéticas físicas e emocionais. Para Barr, o tratamento médico é apenas uma parte da compreensão da saúde de uma pessoa (BARR, 2004, p. 254)

Para uma compreensão mais completa da importância da saúde para o desenvolvimento pleno dos cidadãos, há de se regressar algumas décadas, pois muito antes de Nicholas Barr (2004) e Amartya Sen (1999) publicarem seus estudos sobre as condições necessárias para o bem-estar e o desenvolvimento, Ian Gough e Len Doyal já haviam lançado luz sobre um conceito mais estruturado da importância da saúde. Em 1991, os autores desenvolveram uma teoria para caracterizar e descrever as necessidades humanas no estudo *A Theory of Human Needs*.

O objetivo dos autores, quando da elaboração da obra, era identificar a existência das necessidades humanas universais, considerando, todavia, as variedades culturais das sociedades, a fim de reconhecer nelas as necessidades básicas comuns ao desenvolvimento humano.

Para estruturar o desenho de sua teoria, os autores discorrem, inicialmente, sobre os usos do termo “necessidade”, descritos por Gough (1998, p.52) da seguinte maneira: a) força

motivacional (o foco está nos aspectos biológicos do comportamento humano); b) os meios necessários para atingir um fim (a necessidade de X para atingir Y) e c) a presença de um fim/interesse comum à humanidade que seja independente de qualquer questão cultural.

Uma síntese das três formas de identificar o uso do termo necessidade levaram os autores a encontrar o que seria a busca de um bem comum a todos. Bem comum cuja busca implicaria a habilidade de participar da vida social para atingir outros objetivos valiosos ao seu desenvolvimento. E, se há condições para a participação social que são comuns a todos, estaria então comprovada a existência das necessidades humanas universais. Sendo assim, Gough (1998, p.53) conclui que “As necessidades humanas básicas são os pré-requisitos universais para o sucesso e, se necessário, essencial participação na vida social. Nós identificamos como pré-requisitos universais: saúde física e autonomia”.

A saúde física é descrita pelos autores como a sobrevivência e a condição *sine qua non*, porém não única, para a participação social. Segundo os autores, é necessário desfrutar de um pouco de boa saúde física. Gough (2003, p.3) reforça que, para completar uma série de tarefas práticas na vida cotidiana, são requeridas habilidades manuais, mentais e emocionais, sobre as quais uma saúde física pobre geralmente interfere.

Para Gough (1998, p.53), a saúde pode ser caracterizada como a ausência de doenças e incapacidades⁶, que impossibilitariam uma pessoa de ter uma autonomia de agenciamento, ou seja, ter a capacidade de fazer escolhas informadas sobre o que deve ser feito e como proceder para fazê-lo. A autonomia é ameaçada quando há um déficit dos três atributos: habilidades cognitivas, saúde mental e oportunidades de se envolver com participação social⁷.

Apesar de ser possível identificar necessidades universais básicas em diferentes sociedades, a satisfação das necessidades é relativa. Segundo os autores, as satisfações universais podem advir de serviços, bens de propriedade, atividades e relacionamentos, que tendem a fortalecer a saúde física e a autonomia humana em todas as culturas.

Pensando nos serviços que tendem a fortalecer a saúde física e a autonomia humana, faz-se mais uma vez a defesa da provisão de educação e assistência médica, por exemplo, como componentes constitutivos de desenvolvimento. (SEN, 1999)

⁶ O conceito de Incapacidade adotado pelos autores segue a definição desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde, o qual determina que incapacidade é qualquer restrição à habilidade de uma pessoa de desenvolver atividades inseridas dentro do escopo. O conceito não se aplica às deficiências.

⁷ De acordo com GOUGH (1998:53) existiriam quatro papéis sociais comuns a todas as sociedades dos quais todos os cidadãos deveriam poder participar: produção, reprodução, transmissão cultural e autoridade política.

Considerando educação e assistência médica como componentes constitutivos do desenvolvimento, é preciso destacar que se configura, na atualidade, uma interessante discussão sobre a responsabilidade dos Estados de bem-estar na provisão destes serviços. Há uma corrente de estudos que identifica o Estado como responsável pela provisão de serviços na promoção da saúde física, da autonomia humana e do desenvolvimento pleno dos cidadãos defendendo padrões máximos de qualidade e de cobertura. Há também os que discutem a intervenção do Estado em caráter emergencial e não permanente na concessão de serviços básicos e padrões mínimos para a Seguridade Social, tal como a proposta da Organização Internacional do Trabalho de criação de Pisos de Proteção Social (2011).

Focando a discussão na provisão de serviços de saúde, autoras como Braveman & Gruskin (2003) atestam a necessidade da provisão do mais alto nível possível em saúde. Em suas palavras:

O direito à saúde, ou seja, o direito ao mais alto nível possível de saúde, torna os governos responsáveis pela prevenção, tratamento e controle de doenças, e na criação de condições para garantir o acesso aos serviços de saúde, bens e serviços necessários para ser saudável. Porque todos os direitos humanos, econômicos, sociais, culturais, civis e políticos - são considerados interdependentes e indivisíveis, os governos são responsáveis por corrigir progressivamente as condições que podem impedir a realização do direito à saúde, bem como relacionados direitos à educação, informação, privacidade, vida digna e condições de trabalho, participação e liberdade de discriminação. (BRAVEMAN; GRUSKIN; 2003, p.540)

Gruskin & Braveman defendem a equidade do acesso e a universalização da oferta de serviços, bem como um financiamento progressivo desse sistema, de forma a proteger e garantir o acesso dos mais vulneráveis e torná-lo inclusivo e eficiente. Para as autoras, tendo em vista a forte correlação entre pobreza e saúde, um compromisso com a saúde implica necessariamente um compromisso com a redução da pobreza. Logo, é evidente a importância da equalização do acesso e da utilização da saúde como um móvel para a redução da pobreza e da desigualdade.

De acordo com Barr (2004), a alocação eficiente dos serviços de saúde implica em uma produção em quantidade, qualidade e variedades de intervenções de saúde que aprimorem o setor. Nesta discussão sobre eficiência, o autor cita ainda Le Grand (1982) e sua conceituação sobre “igualdade na utilização” e “igualdade nos resultados”, para quem basicamente a primeira significaria que todos em uma mesma condição recebam a mesma quantidade; e a segunda implica em uma distribuição desigual para que todos gozem de um mesmo estado de saúde.

Para facilitar a compreensão sobre equidade na saúde, Barr (2004) defende o uso do conceito de equalização de oportunidade, no qual todos os cidadãos, em uma mesma situação de saúde, devem receber os mesmos cuidados de saúde, independente de qualquer fator, como, por exemplo, a sua renda.

Na corrente contrária à equalização do acesso através da provisão universal, há aqueles que advogam ora a favor da privatização dos serviços ora defendendo sua focalização nos mais pobres, a partir da criação de normas e padrões mínimos de concessão de serviços e benefícios. Vide, por exemplo, a campanha da Organização Internacional do Trabalho de criação de Pisos Básicos de Proteção Social (PPS), iniciada em 2009 como resposta à crise financeira de 2008 e a mais antiga intervenção do Banco Mundial e agências multilaterais no desenho das políticas de saúde no mundo. (OIT, 2011 e BM, 1987)

No Brasil, por exemplo, onde saúde e educação são bens públicos, gratuitos e universais, o Movimento Sanitarista é um grande influenciador do debate que norteou a Constituição e a criação do SUS. Este movimento, assim como postulado por Gough & Doyle (1991) e Sen (1999), também compreendia a saúde de uma perspectiva mais ampla e multissetorial, e rejeitava “sua visão apenas como equilíbrio orgânico e apontando para questões subjacentes do bem-estar social e da qualidade de vida”, além de entender a possibilidade de o sistema de saúde ser responsabilizado pelas condições de saúde da população, como pode ser visto no estudo de Rodriguez Neto:

Quando muito (e essa é a mudança fundamental na reorientação do sistema de saúde, na perspectiva da Reforma Sanitária), monitorando indicadores e riscos, elabora pautas de intervenção de outros setores da vida econômica e social, na direção da formulação de políticas públicas saudáveis. Isto é a política de saúde vista e compreendida como a convergência das políticas sociais e econômicas para a produção de qualidade de vida e do bem-estar coletivo, ou seja, como política governamental global. (RODRIGUEZ NETO, 2003, p.130)

O olhar para a saúde de forma multifatorial sofreu forte influência da proposta da Reforma Sanitária, a qual buscava compreender a doença sob a ótica da determinação social, e lutava para a organização das práticas da saúde em uma perspectiva racional voltada para o “monitoramento vigilante” “em relação não só ao comportamento dos indicadores de saúde, mas também, e principalmente, sobre os fatores de risco que possam produzir doenças e agravos à Saúde individual e coletiva.” (RODRIGUEZ NETO, 2003, p.129).

Tal como para Barr, a lógica da compreensão de saúde para o movimento sanitaria, que orientou o debate da “saúde universal e como um direito”, compreende a saúde para além

da questão orgânica e problematiza o cuidado com a saúde a partir de um olhar social, econômico e multissetorial. Ou seja, a saúde em seu sentido mais amplo e abrangente está diretamente ligada à questão social e econômica. Logo, as políticas de saúde devem ser inseridas dentro do escopo das políticas de bem-estar social.

Segundo Rodriguez Neto (2003), a política de saúde deve ser vista e compreendida como “a convergência das políticas sociais e econômicas para a produção da qualidade de vida e do bem-estar coletivo, ou seja, como política governamental global” (p. 130).

Haja vista a luta de variados autores em defesa da saúde como um direito universal, há de se retomar o argumento de Barr (2004), para quem o Estado deve intervir no “mercado da saúde” para maximizar a eficiência e garantir equidade entre os cidadãos.

Ademais, para este autor, a saúde deve ser impreterivelmente um direito básico e público, pois de outra forma a população desprovida de recursos não teria como arcar com as despesas de tratamento. Segundo Barr (2004), há ainda uma distinção entre o que seria saúde e o que seria assistência médica: a saúde derivaria de uma série de fatores como, por exemplo, padrões de vida, escolhas individuais, fatores ambientais e a herança (física e genética); já a assistência médica e os tratamentos médicos seriam apenas uma parte constitutiva da “saúde” de um indivíduo.

Barr argumenta que “os custos dos diferentes tipos de tratamento são mais difíceis de estabelecer, notadamente, por causa do problema familiar de repartição das despesas gerais e a necessidade de distinguir a curto e longo prazo os custos marginais” (2004, p.256). O autor denota, ainda, que a saúde é difícil de mensurar, tem uma causalidade complexa, suas melhorias são difíceis de valorar e a avaliação de sua eficiência é problemática e multivariada.

A intervenção do Estado na saúde é defendida pelo autor como uma estratégia para produzir eficiência e garantir equidade.

Considerando estes fatores descritos por Barr, cabe reforçar que tanto para ele quanto para Glennester (2003), um sistema de saúde deve ser público para reduzir as distorções e desigualdades no acesso aos serviços. “O objetivo deve ser reduzir as desigualdades na saúde e não apenas prover acesso igualitário aos serviços de saúde” (Glennester; 2003, p. 64- tradução do original).

Em defesa das políticas de bem-estar universais, Lavinias (2003, p.8) afirma que:

As políticas universais têm por meta regular o fluxo para que não haja mais gente engrossando o estoque dos destituídos. Ou seja, resistir contra o empobrecimento, o

sofrimento social. São preventivas pois atuam como um suporte constante para atenuar ou vencer vulnerabilidades e as mais variadas formas de insegurança socioeconômica. São, entretanto, mais do que isso, pois essencialmente equalizadoras das condições de vida de toda uma nação, reduzindo desigualdades sociais, territoriais. E a desigualdade - a gente também sabe - é a razão primeira da pobreza no Brasil.

No âmbito da correção das ineficiências do mercado, a não provisão de serviços de saúde públicos implicaria em graves problemas de equalização de acesso e de oportunidades, fortalecendo as assimetrias de informação e de poder. De acordo com Barr, os altos custos das assimetrias de acesso e de processamento das informações⁸ ligadas aos problemas de saúde, falta de exames, medicamentos e possibilidades de tratamento, podem ter impactos deletérios para a população, como a perda da saúde e/ou o comprometimento de uma vida com qualidade. Tais assimetrias podem ocasionar a morte, logo, impor custos elevadíssimos, que raramente são estimados em termos monetários.

A saúde é uma área de grande complexidade e seus mercados estão sujeitos aos efeitos dos altos custos de transação.

De acordo com Coase (1988), o custo de transação é o custo que se tem ao se recorrer ao mercado. São os custos de negociar, redigir e assegurar o cumprimento de um contrato. Na corrente da “Nova Economia Institucional”, alguns fatores são importantes para a análise dos custos de transação, a saber: racionalidade limitada, complexidade e incerteza, oportunismo e especificidade dos ativos.

Partindo da premissa de que os indivíduos são seres racionais, e tendem a maximizar a utilidade de todas as coisas visando atingir seus fins, mas que também os indivíduos são seres humanos, portanto, limitados em suas capacidades de armazenar, processar e transmitir as informações, dada a sua natureza neurofisiológica, a racionalidade limitada é um atributo de todos os indivíduos que participam de uma transação.

O conceito de *Racionalidade Limitada* é particularmente interessante, pois ao mesmo tempo em que evidencia a tendência do ser humano de buscar maximizar seus ganhos, também relata sua falibilidade e limitação no que concerne as atividades de armazenar, processar e transmitir informações.

⁸ De acordo com Barr as informações sobre saúde não são perfeitas e as pessoas não teriam capacidade para compreendê-las e processá-las a fim de realizar escolhas racionais sobre seu quadro de saúde e suas possibilidades de tratamento.

Em uma transação onde os custos são altos, as partes envolvidas precisam estar cientes de todos os aspectos que envolvem a mesma. Devido à sua racionalidade limitada, o ser humano é incapaz de armazenar, processar e transmitir todas as informações que compõem a transação faz-se presente a necessidade da redação de um contrato, para minimizar o risco de que uma das partes saia lesada.

Considerando especificamente a saúde, Glennester (2003, p.7) destaca que: “Temos pouco conhecimento sobre o tipo de cuidado médico do qual necessitamos, e ainda é muito mais difícil conseguir uma empresa que forneça seguros a uma pessoa cuja vida seja marcada por uma longa história de carência e má saúde”.

Sobre a assimetria de informações na saúde, Barr argumenta que “por conta da informação imperfeita e a desigualdade de poder, consumidores farão escolhas ineficientes” (2004, p.258). Vale reforçar, mais uma vez, que a saúde é uma área de grande complexidade, na qual uma escolha equivocada é mais cara e menos reversível do que com a maioria das outras *commodities*.

Associado ao conceito de assimetria de informação e racionalidade limitada, os conceitos de complexidade e incerteza apresentam os fatores através dos quais a racionalidade limitada do indivíduo é pressionada na transação. De acordo com Williamson (1985), em ambientes complexos a construção da árvore de decisões associada à transação é muito custosa, e impede que os agentes sejam capazes de antecipar o que deverá fazer em cada situação apresentada pela transação. Vale destacar que, no campo da saúde, os indivíduos têm de lidar com diversos tipos de conceitos e diagnósticos de difícil compreensão, que dificultam ainda mais a tomada de decisões sobre o tipo de cuidado e/ou intervenção necessária. Segundo Barr (2004, p.259), “onde o problema de informação é grave, o desempenho do mercado pode ser tão ineficiente que o envolvimento estatal - seja através da regulação da produção privada ou pública, ou através da produção e alocação - pode ser uma solução melhor e mais extensa”.

A variável incerteza, quando inserida neste ambiente de racionalidade limitada e complexidade, atua como um fator que impede que os indivíduos possam antecipar os acontecimentos e atribuir probabilidades para os eventos envolvidos na transação. Na Teoria dos Custos de Transação, a presença de complexidade e incerteza pressiona a racionalidade limitada dos indivíduos, denotando dispêndio de mais tempo e recurso para a realização da transação e o cumprimento das atribuições das partes envolvidas.

Os autores desta corrente econômica também problematizam a presença da variável “oportunismo”, manifestada através do “comportamento oportunista”. Este seria propiciado pelo ambiente complexo, a racionalidade limitada e a presença de complexidade. Através do comportamento oportunista, uma ou ambas as partes envolvidas poderiam tentar se beneficiar, através da omissão de informações ou até mesmo da mentira para obter vantagem na transação. Pacientes, temendo ter seus seguros de saúde negados, podem deliberadamente omitir informações de seu histórico de saúde. Do outro lado da situação, administradores de seguros podem aumentar as taxas dos seguros para pacientes com problemas pregressos.

Vale ressaltar que o conceito de oportunismo na Teoria dos Custos de Transação “está essencialmente associado à manipulação de assimetrias de informação, visando apropriação de fluxos de lucros” (FIANI, 2002, p. 270).

No mercado de saúde, os custos de transação são comprovadamente altos. Seja para reduzir as falhas do mercado, para garantir eficiência e qualidades ou para reduzir os riscos oriundos da complexidade de se deixar a saúde como uma *commodity* a ser negociada entre empresas. Os autores apresentados neste capítulo reforçam a defesa de a saúde ser financiada e assegurada pelo Estado, para todos, sem distinção. A saúde é, portanto, um direito do cidadão e um dever do Estado que prima pelo bem-estar.

O financiamento de um sistema de saúde é muitas vezes realizado de forma compartilhada, ou seja, com recursos do governo e das famílias, que contribuem através de contribuições diretas e impostos. O financiamento dos sistemas de saúde sempre nucleou o debate sobre os custos de implantação e manutenção da provisão de serviços.

Este debate, quando utilizado para apresentar os custos da provisão de uma saúde pública, pode indicar a preocupação de um Estado em assegurar uma oferta de serviços de qualidade, mesmo tendo de arcar com razoável fatia de seu Produto Interno Bruto (PIB). Todavia, essa mesma discussão pode ser utilizada para justificar cortes no orçamento e adoção de novas metodologias e programas, vide a discussão sobre os Pisos Básicos de Proteção Social.

Antes mesmo da crise de 2008 e suas consequências na economia mundial, alguns países já haviam iniciado mudanças em seus sistemas de proteção social, ocasionando cortes e reduções no volume dos benefícios e no grupo de beneficiários (PIERSON, 1996; CLAYTON & PONTUSSON; 1998). Apesar do atual cenário de reestruturação frente à crise financeira que assolou a Europa e os Estados Unidos, o que se pode inferir é que, do Ocidente ao

Oriente, há uma histórica preocupação maior ou menor em determinados países em assegurar a provisão universal de bens públicos (tais como saúde, educação e segurança pública) ou em garantir um patamar mínimo de cuidados para os cidadãos.

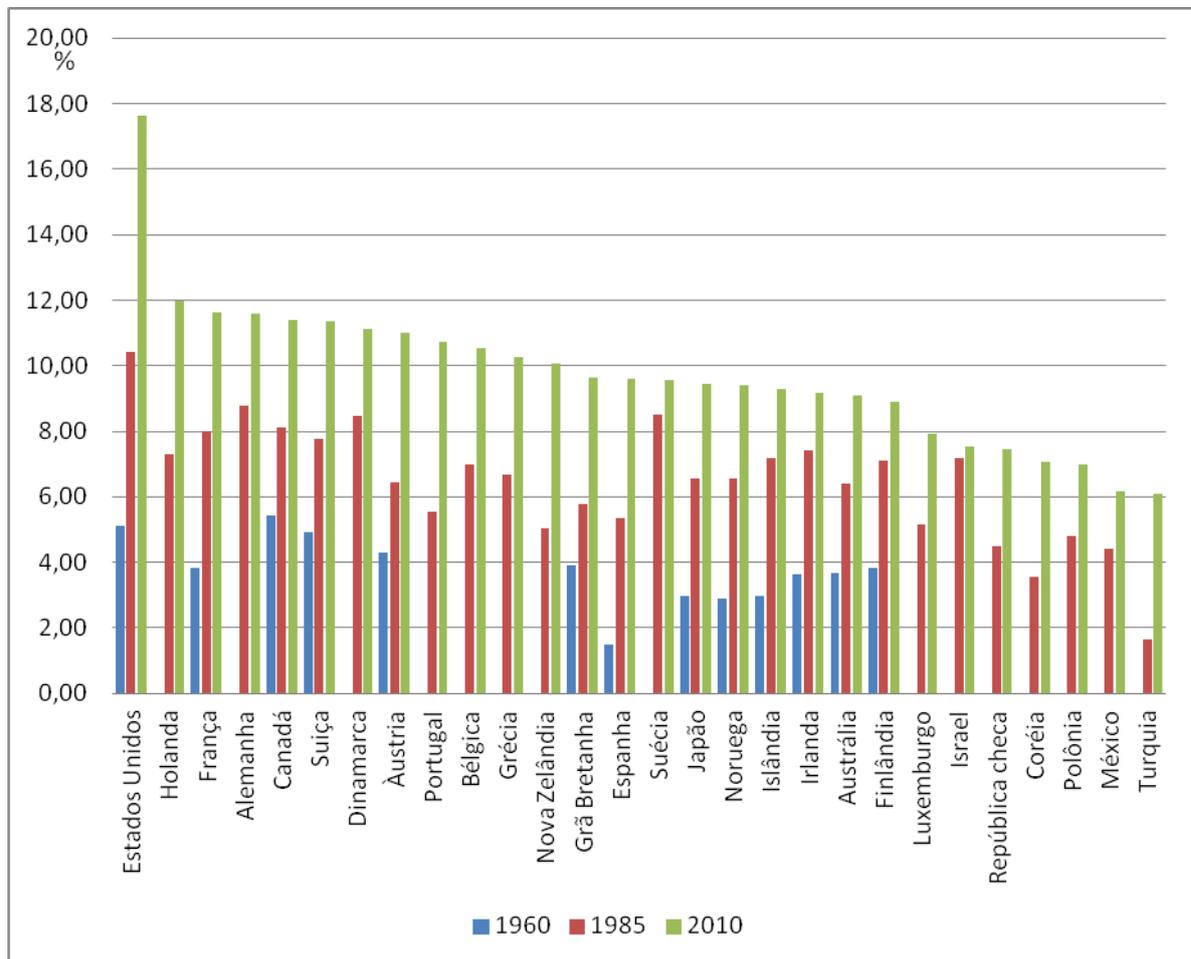
A provisão pelo Estado, de bens públicos universais ou de patamares mínimos, deve ter a sua receita assegurada dentro do orçamento do Gasto Público Social (GPS). De acordo com Lavinias (2006, p. 256): “(...) associa-se gasto público social a dispêndios por parte do governo relativos a aspectos diretamente relacionados aos sistemas de proteção social, o qual engloba as seguintes funções: assistência, previdência, saúde, saneamento, habitação, alimentação e nutrição.”

Ainda de acordo com Lavinias (2006, p. 258):

a receita que permite financiar os sistemas de proteção social nas economias ocidentais provém de três fontes principais: a) contribuições sociais dos empregados autônomos; b) contribuições sociais do empregadores e c) Impostos e taxas (as assim chamadas contribuições de governo, de fonte fiscal). (...) A forma como se dá a distribuição dessas receitas para o financiamento do sistema de proteção social vai depender, em cada país, da história e do seu perfil institucional.

Dados da OECD (2012) e da Organização Mundial de Saúde (2013), mostram que, apesar dos diferentes perfis institucionais e modelos de proteção social adotados, em variados países o financiamento da saúde é crescente ao longo dos anos.

Gráfico 1- Despesa Pública e Privada em saúde% total do PIB



Fonte: OECD (2012) OECD.Stat - Health Expenditure and Financing. Elaboração própria

De acordo com os dados da OECD, os Estados Unidos são o país que ao longo de quatro décadas mais gastaram com saúde, seguidos pela Holanda, França, Alemanha e Canadá. Essa estatística oculta um dado crucial: de longe, a maior parte do gasto com saúde nos EUA é privada e não pública, sendo o inverso o que se verifica na França e Inglaterra. O Reino Unido, localizado no ranking na 13ª posição, tem um dos mais elogiados sistemas de saúde do mundo, tal como o Canadá e a França, cujos modelos são predominantemente inclusivos, gratuitos e universais.

Cabe destacar que os Estados Unidos vivem um duro paradoxo: investem 17%⁹ do seu PIB em um sistema de saúde excludente, ineficiente e altamente focalizado, porque essencialmente privado (despesas com seguros privados e *out of pocket*). O tamanho do

⁹ Valor investido em 2010 de acordo com dados da OECD (2012)

orçamento da saúde não é garantia de eficiência ou de satisfação, e isso é evidente neste caso. (GLENNESTER, 2003, p.71). Há que observar sua estrutura.

Segundo Faveret Filho & Oliveira (1990, p. 261), “enquanto nos países europeus edificava-se um aparelho de proteção social sob a égide de um conceito de cidadania que tornava - por consentimento e exigência social - todos os cidadãos alvos das políticas de *Welfare* direcionadas pelo Estado, o Estado norte-americano dirigia suas políticas para grupos populacionais excluídos do acesso aos serviços de proteção social pela lógica do mercado.”

O sistema de saúde público estadunidense se estruturou tradicionalmente com base em dois programas: o *Medicare* e o *Medicaid*. O primeiro é um programa nacional de seguro social, administrado pelo governo federal, que garante acesso a seguro saúde para jovens com deficiência, pessoas com doença renal em estágio terminal e idosos com idades a partir dos 65 anos.

O *Medicaid* é um programa que atende a pessoas e famílias de baixa renda. É um programa *means-tested*, administrado pelos estados com financiamento bipartite (estado e federação). As pessoas atendidas pelo programa são cidadãos americanos ou residentes permanentes legais.

Considerando o recorte populacional dos programas, fica patente a constatação de que a grande maioria da população é tratada por um sistema privado e baseado no lucro e na rentabilidade.

Em 2012, o presidente Barack Obama teve o seu plano de reforma da saúde aprovado pela Suprema Corte, a Lei “The Patient Protection and Affordable Care Act”, também conhecida como *Obama Care*, cuja ampliação de cobertura foi iniciada em 2014. Pretende incluir no sistema de saúde cerca de 30 milhões de cidadãos, anteriormente desassistidos.

A proposta se estrutura em três pilares:

1) *Community rating*: as seguradoras de saúde não podem mais rejeitar um cidadão com base em condições de saúde pré-existentes, e deverão estabelecer um risco médio de grupo comunitário para todos.

2) Obrigatoriedade: todos os cidadãos devem possuir um seguro de saúde.

3) Subsídios: O governo deverá subsidiar os seguros de saúde para torná-los mais acessíveis à população de baixa renda.

Resta aguardar os primeiros estudos sobre a implementação do Obamacare para avaliar seus resultados e pretendidas benesses. Em comparação com Holanda, França e Canadá, que vêm logo após os EUA no ranking, esses países além de gastarem uma parcela menor do seu PIB¹⁰ (11,99%; 11,64% e 11,38%; respectivamente), possuem sistemas de saúde públicos e universais. A pergunta que advém é: haverá um aumento ainda maior do investimento do PIB em saúde nos EUA?

Do ponto de vista da alocação eficiente (Barr, 2004) na saúde, o National Health System (NHS), sistema de saúde do Reino Unido é um exemplo, tal como será apresentado na próxima seção.

¹⁰ Ibidem

1.3 O National Health System: o que temos a aprender com o caso inglês?

Muitas economias ocidentais desenvolvidas, tais como a França e a Inglaterra – e não são exclusivos –, possuem um sistema de saúde público e universal. Sistemas cuja inovação e resultados atraem estudos ao redor do mundo.

Desde a sua criação ao final da década de 40, o sistema de saúde da Grã-Bretanha, o National Health System (NHS) atrai os olhares e a avaliação de muitos estudiosos em busca da compreensão de sua possível replicabilidade.

Os princípios básicos do sistema, descritos por seu criador Aneurin Bevan, eram:

- 1) O sistema de saúde deverá ser financiado por taxas e contribuições pagas quando as pessoas estão bem e não por taxas cobradas sobre elas quando estiverem doentes; os encargos financeiros da doença devem ser repartidos entre todos;
- 2) O serviço deve ser nacional, na forma de serviços de alta qualidade, mas não padronizados, devem ser ofertados em todas as partes do país. (BEVAN apud MARSHALL, 1975, p. 137)

O financiamento do NHS é feito na lógica de socialização dos custos, o qual se sustenta com base nos recursos do governo central e nas contribuições e taxas cobradas dos trabalhadores e empregadores. O sistema é considerado altamente redistributivo tendo em vista a progressividade do gasto tributário (FAVERET FILHO & OLIVEIRA, 1990).

O sistema que provê cobertura universal é baseado no princípio de equidade, integralidade e da homogeneidade na qualidade do atendimento, e apesar de ser denominado “Nacional” ele é administrado de forma descentralizada e diferenciada pelos países do Reino Unido, com base em seus orçamentos distintos e sua alocação de recursos autônoma.

A proposta de funcionamento do NHS é simples e centrada na figura do médico generalista, ou *General Practitioner* (GP), que atua por meio da prestação de serviços ambulatoriais e funciona como “porta de entrada” (*gatekeepers* para assistência hospitalar não emergencial), ou seja, só a partir da consulta com este profissional é que um paciente será encaminhado para um especialista. De acordo com Glennester (2003), os GPs respondem por 90% dos atendimentos do NHS e esses profissionais só custam 10% do orçamento do sistema.

Há para além dos médicos generalistas outros profissionais responsáveis por tratamentos específicos (tratamento dental, oftalmológico e fornecimentos de medicamentos).

Tal como no Brasil, o NHS possui três níveis estruturantes que o subdividem de acordo com a complexidade do cuidado/ atendimento: o primeiro é o atendimento dos GPs e dos serviços médicos gerais (serviços odontológicos, oftalmologistas e farmacêuticos); o segundo nível, que é administrado pelos governos locais, corresponde aos serviços de saúde pública e de assistência médica (programas de promoção de saúde, vacinação e imunização); e o terceiro nível é destinado aos serviços hospitalares, cuja supervisão fica, em sua maioria, a cargo dos conselhos hospitalares regionais (FAVERET FILHO & OLIVEIRA, 1990).

O sistema, que já passou por algumas reformas¹¹, mantém-se fundamentalmente público, mas com um crescimento na prestação de serviços no campo privado, como, por exemplo, “a utilização privada de leitos públicos, mediante o pagamento de taxas adicionais pelo atendimento particularizado”. (FAVERET FILHO & OLIVEIRA, 1990, p.261)

O Reino Unido desenvolveu ao longo de intensas lutas político-partidárias (GLENNESTER, 2007) um sistema de saúde universal, gratuito e equânime, com custo relativamente baixo (menos de 10%¹² do PIB), e resultados eficientes. O quadro hoje muda – e preocupa -em função da contestação, por parte do governo Cameron, do princípio da integralidade.

Da rica fonte de exemplos do NHS, o Brasil absorveu a proposta de focar na atenção primária como “porta de entrada” na saúde, bem como a atuação de médicos generalistas na metodologia adotada pela Estratégia de Saúde Família. O sistema de Saúde Brasileiro também apostou na descentralização e em diferentes níveis de complexidade e gestão, mas “para o caso brasileiro podemos supor então um caminho de universalização radicalmente distinto do caso inglês. Neste ocorreu um processo de “universalização inclusiva”, em que a afirmação do acesso à saúde como um direito social teve como contrapartida a efetiva inclusão dos beneficiários no sistema público de saúde, inibindo a ampliação do sistema privado. Já no caso brasileiro podemos supor a existência de um processo de “universalização excludente”, em que cada movimento de expansão universalizante do sistema é acompanhado de mecanismos de racionamento (queda na qualidade dos serviços, filas etc.) que expulsam daquele diversos segmentos sociais” (FAVERET FILHO & OLIVEIRA, 1990, p.274)

Essa afirmativa de Faveret Filho & Oliveira, bem como outros dados serão apresentados para lançar luz sobre os problemas da prática de focalização nos pobres presente

¹¹ Reorganization Act 1973; Reforma Conservadora de 1991 e Reforma da Reforma de 1997 (TANAKA & OLIVEIRA, 2007)

¹² Valor investido em 2010 de acordo com dados da OECD (2012)

no sistema de saúde brasileiro. Para tanto, é preciso resgatar a caminhada iniciada na Constituição de 88 e na construção do SUS, a fim de compreender quais foram as influências e fatores que se fizeram presentes ao longo da história e que enviesaram a atuação da saúde pública que antes se previa universal, mas que na prática se faz focalizada nas camadas mais pobres da população brasileira.

2 A SAÚDE NO BRASIL

2.1 A Constituição de 88 e o Sistema Único de Saúde

No Brasil, apesar de atualmente a política de saúde ser um dos pilares do Sistema de Proteção Social, e este ser um direito de todos assegurado pelo Estado, a história mostra que nem sempre foi assim. De acordo com Rodriguez Neto (2003), a Constituição de 88 foi um bastião de transformação social. Segundo o IPEA (2009, p.25), “foi, porém, com a promulgação da Constituição Cidadã, como ficou conhecida a CF/88, que se deu a primeira experiência brasileira de reconhecimento universal de direitos sociais inerentes à cidadania”

A caminhada pela conquista dos direitos teve inúmeras influências e contribuições, do ponto de vista dos “movimentos sociais” e da construção de uma política de saúde, que estrutura os pilares de um novo modelo de proteção social e de bem-estar social. “Isto é, a política de saúde é vista e compreendida como a convergência das políticas sociais e econômicas para a produção da qualidade de vida e do bem-estar coletivo, ou seja, como política governamental global”. (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 130)

Segundo Eleutério Rodriguez Neto (2003) no livro *Saúde: promessas e limites da constituição*, a Constituição de 88 representa, de fato, o início de um processo de lutas e mudanças nas políticas sociais.

No caso brasileiro, a nova Constituição não é fruto de um processo revolucionário ou mesmo de um pacto social obtido pela participação das várias forças sociais. Mais que tudo, é quase uma “atualização” constitucional de conquistas setoriais, viabilizadas pelo pacto político que superou o chamado Estado autoritário/militarista pelo Estado de direito. Dessa forma, é impossível se apreender na nova Constituição uma coerência e uma harmonia que refletissem a culminância de um processo de lutas e acordos sociais. Pelo contrário, é como se representasse uma aferição das regras para o início, de fato, de uma nova etapa do processo; um novo patamar para as lutas políticas e sociais. (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 92)

Durante mais de seis décadas, a saúde percorreu um longo caminho no Brasil ao passar de um modelo de atendimento centrado no indivíduo e voltado para uma categoria bem definida - trabalhadora e contribuinte -, para um modelo universal e inclusivo, focado no cidadão. Antes da CF 88, os cuidados com a saúde e o atendimento médico-hospitalar estavam vinculados à questão previdenciária, pois as políticas pregressas vigentes “caracterizavam-se por sua dicotomia” (IPEA, 2009, p.43).

Muito além do direito à saúde, a Constituição de 88 introduziu no Brasil o conceito de Seguridade Social, e fez com que a rede de proteção social saísse do contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista, passando a adquirir conotação de direito de cidadania. (IPEA, 2009, p.45)

Ainda segundo o IPEA, dois anos antes da promulgação da Constituição Cidadã, o tema da cidadania e da saúde como um direito universal, gratuito e sob a gestão do Estado já tinha sido debatido por mais de quatro mil pessoas, que se reuniram na VIII Conferência Nacional de Saúde. A década de 40 marcou o início destas conferências, que se configuraram como espaços para o debate entre gestores públicos, especialistas da área de saúde e diversos representantes da sociedade civil, com o intuito de avaliar os avanços e deficiências dos serviços de saúde, a fim de criar diretrizes para a formulação das políticas de saúde.

Do ponto de vista dos avanços sociais da Constituição, eles foram importantes não somente na saúde, mas em todo o sistema de proteção social. Dito isso, cabe remontá-los com ênfase nas décadas de 80 e 90.

Da Lei dos Acidentes de Trabalho (1919) à promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (1960), um embrião da Seguridade Social brasileira começou a ser desenhado e estruturado. A partir dos primórdios da Previdência Social no século XX um lento e gradual movimento de inclusão teve lugar, sofrendo rupturas e modificações para evoluir da “cidadania regulada”¹³, para um modelo igualitário de Proteção Social.

Como seria possível promover a igualdade de direitos se, de fato, a Previdência Social atuava de forma diferenciada a partir das categorias trabalhistas? Para tentar diminuir a disparidade entre as categorias profissionais, foi promulgada, em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que “regulamentaria um esquema geral de funcionamento e financiamento para os institutos, estendendo a todos os trabalhadores urbanos formais a cobertura da proteção social.” (GUIMARÃES, 2007, p. 52)

Há dois momentos emblemáticos na construção do sistema previdenciário brasileiro: 1) a promulgação da Lei Eloy Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, que consolidou a base do sistema previdenciário, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões para os empregados das empresas ferroviárias; e 2) a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), ambas na Era Vargas.

¹³ Termo criado na década de 80, por Wanderley Guilherme dos Santos, no livro *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*.

Os IAPs compuseram a proposta de um Sistema Previdenciário brasileiro mais abrangente, mas fragmentado e desigual, uma vez que os institutos eram organizados por categorias profissionais e tinham a liberdade para estabelecer suas alíquotas de contribuição e seus pacotes de serviço.

A década de 50 abrigou a criação do Ministério da Saúde, encarregado, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), cuidando dos problemas da saúde pública existentes. Durante o regime militar, diferentes órgãos foram criados, numa ótica integrada, para promover assistência médica para os trabalhadores formais: o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966; o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), em 1974; o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), em 1977. Em 1977, há de se destacar, ainda, a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS).

Na perspectiva do amadurecimento das questões de democratização da saúde, bem como da criação de instituições formadas pelos profissionais da área, é importante mencionar a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) realizada na UNB. A CEBES foi responsável pela laureada publicação da Revista *Saúde em Debate* que se tornou um dos bastiões de mudanças na saúde do país, defendendo-a como um direito de todos e preconizando a mudança na prestação dos serviços. De acordo com Rodriguez Neto:

O CEBES construiu sua plataforma ao redor das denúncias da iniquidade da organização econômico-social e da perversidade do sistema de prestação de serviços de saúde privatizado e antissocial; como estratégia, a luta pela democratização do país e pela racionalidade na organização e serviços de saúde. (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 34)

As críticas ao sistema de saúde vigente eram inúmeras, e segundo Piola & Viana (2008), antes da criação do SUS, o sistema de saúde brasileiro poderia ser caracterizado como excludente, segmentado, com forte hegemonia privada na oferta e ênfase nas ações de recuperação da saúde. O sistema público era altamente centralizado no nível federal e caracterizava-se por marcadas segmentações institucional e de clientela, visto que o Ministério da Saúde (MS) e o então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) tinham funções diferentes e atendiam a públicos distintos.

A assistência médico-hospitalar aos trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho ficava a cargo do MPAS e era financiada pelo sistema de Previdência Social, para o

qual contribuía empregados, empregadores e o governo federal. Ao MS, às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) cabiam, basicamente, as ações típicas da saúde pública, tais como: o controle de doenças transmissíveis e as vigilâncias sanitária e epidemiológica. Parcela reduzida da população, que dispunha de recursos financeiros, pagava pelo serviço de saúde diretamente ao prestador do setor privado lucrativo, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais particulares. (IPEA, 2009, p. 102 e 103) Essa distinção da clientela e dos atendimentos era um exemplo da segmentação e fragmentação do atendimento à população brasileira, um desafio que a organização da Seguridade Social, via CF 88 e criação do SUS, deveria superar.

No campo da saúde, as décadas de 70 e 80 foram permeadas pela luta de profissionais que conclamavam a “Reforma Sanitária” no Brasil, cujas diretrizes de descentralização, organização e participação vieram a constituir o perfil do SUS.

A mudança no papel do Estado e no cuidado com a saúde começa a surgir no 1º Simpósio Nacional de Política de saúde e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) ambos em 1979. A ABRASCO se constituiu em uma importante instituição no movimento de democratização do acesso à saúde no Brasil, assumindo a bandeira da Reforma Sanitária:

Não é exceção a história da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Criada em 27 de setembro de 1979, exatamente um mês após a assinatura da lei de anistia que representava o início de um novo período da vida política brasileira, a Abrasco reflete ao longo de sua trajetória uma íntima ligação com as transformações que ocorreram não só no âmbito da saúde pública, mas também no contexto político institucional brasileiro, resultando da ativa participação de um conjunto de atores nesse cenário. Refletir sobre essa história pressupõe necessariamente uma compreensão a respeito das principais características e diretrizes que nortearam as mudanças na saúde pública brasileira no decorrer desse período e seus vínculos com as transformações políticas em curso. (FONSECA, 2006, p. 21)

Já na década de 80 foram realizados a VII Conferência Nacional de Saúde de 1980, - a qual, segundo Paim (2008, p.84) “constitui-se num marco do chamado discurso “democrático-social” do Estado brasileiro”-, e o 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (1986).

Nesse período, a luta pela democratização da saúde já se espalhava pelos debates públicos, e o governo federal apresentou uma proposta de reorganização de recursos para a saúde no Programa Nacional de Serviços de Saúde (PREV Saúde), que não veio a ser implantado. O programa trazia novas diretrizes para o setor, tais como a articulação entre as

instituições públicas, a regionalização e a responsabilidade pública com a oferta de serviços básicos de saúde. De acordo com Paim (2008, p.85):

O Prev-Saúde, na sua versão original apresentava três objetivos: a) estender a cobertura por serviços básicos de saúde a toda a população; b) reorganizar o setor público de saúde, pela articulação das diversas instituições existentes e pela reordenação da oferta de serviços, implicando a redução dos recursos disponíveis; c) promover a melhoria das condições gerais do ambiente com ênfase em sistemas simplificados de abastecimento de água e em medidas sanitárias necessárias ao controle da esquistossomose e da doença de Chagas.

Desde o início da década de 80, o discurso político-econômico estava polarizado na crise financeira da Previdência Social (PAIM, 2008). Neste período foram criados o Conselho Nacional de Assistência Médica de Previdência Social - CONASP e o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS). A proposta central da CONASP estava na redução dos custos e no controle dos gastos. Paim (2008, p.90) destaca que:

A criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) sugeria, contudo, mudanças importantes nas políticas de saúde. Na verdade, a crise estrutural da Previdência não se limitava ao desequilíbrio das receitas e despesas, mas resultava do conjunto de políticas desastradas que tinham a ver com toda a situação que enfrentava a economia.

O autor destaca que o CONASP era uma proposta contraditória e invasiva, expressão da tentativa racionalizadora de reorganização da assistência médica da Previdência Social, sempre almejando a redução dos gastos e o aumento de controle num cenário econômico deficitário, não somente para a Previdência, mas para o país.

Dentro desta temática, as Ações Integradas de Saúde - AIS (1983) -, criadas pelo Conselho Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (CONASP), regulamentavam a transferência de recursos públicos da saúde através de convênios com instituições privadas. Os repasses eram realizados com base na Programação Orçamentária Integrada (POI). Esta proposta foi implantada, originalmente, em 15 unidades da Federação, para posteriormente assumir o caráter de Estratégia de Ações Integradas da Saúde e ter expansão para todo o território nacional, assumindo “a forma mais concreta de viabilizar as políticas de saúde da Nova República” (PAIM, 1986, p. 171)

De acordo com Paim (1986), as AIS foram uma proposta democrática que apresentava princípios e objetivos consistentes com os da democratização da saúde, sendo, de fato, precursora do Sistema Unificado de Saúde. (PAIM, 1986, p. 167).

Ainda de acordo com Paim, esta proposta tinha o respaldo e a participação das forças sociais, além de possuir perspectivas mais concretas de viabilidade:

A proposta das AIS, como estratégia para a orientação do setor e enquanto travessia para a unificação progressiva do sistema, foi assumida integralmente pelo Parlamento da Saúde (...) Presentemente, a proposta das AIS constitui-se na política prioritária (...) Desse modo, será possível reconhecer, mesmo com atraso, que as AIS não foram dois passos atrás, mas a redefinição democratizante de uma estratégia racionalizadora com vistas a uma política de saúde radicalmente distinta daquela que deu origem ao plano CONASP. (PAIM, 1986, p. 174 e 180)

O ano de 1986 ficou marcado pela realização da já citada VIII Conferência Nacional de Saúde, estruturada em três eixos básicos: “saúde como um direito inerente à cidadania; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor de saúde”. (PAIM, 2008, p. 99). Segundo Rodriguez Neto (2003) a conferência teve impactos significativos na construção da plataforma da saúde pública no país:

Prevista como instrumento do processo de elaboração do novo Sistema Nacional de Saúde, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada para dirimir o impasse, refazer alianças e traçar as estratégias correspondentes. A 8ª Conferência Nacional de Saúde pode ser considerada o evento mais significativo no processo de construção da plataforma de estratégias do movimento pela democratização da saúde em toda sua história.

O Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde apresenta entre as suas conclusões a proposição de defesa da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, incorporando a necessidade da criação de um sistema único baseado nos princípios da universalidade e equidade dos atendimentos e ações (Oliveira & Borges, 2008). É indiscutível que tal proposta foi fortemente influenciada pela matriz Beverdiana de provisão pública, universal e gratuita dos serviços de saúde. A preocupação com a desigualdade social e a vulnerabilidade de milhões de brasileiros passa a dar o norte à reforma da saúde, que será contemplada na nova Constituição Cidadã.

As proposições deste Relatório foram fundamentais e de grande influência para a Constituição Cidadã, bem como para a criação do Sistema Único de Saúde, representando um amadurecimento dos debates mundiais¹⁴ e da sociedade brasileira para uma melhoria na saúde e um avanço da democracia e do sistema de proteção social nacional.

¹⁴ No final da década de 70 dois debates mundiais influenciaram diretamente o modelo político de saúde implementado no Brasil: a) A 30ª Assembleia Mundial de Saúde (1977), que lançou como a principal meta dos governos e da OMS a diretriz de “Saúde para Todos”; e b) A Alma-ATA (1978), Conferência Internacional sobre Atenção Primária em saúde, cujas propostas de avanços nas práticas e desenho de serviços influenciaram toda a discussão sobre saúde da década de 80.

A Constituição Cidadã e o Sistema Único de Saúde foram ainda precedidos por uma mudança estrutural na organização das políticas de saúde: a descentralização da saúde através do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde - SUDS (1987), que permitiu a constituição de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

Segundo Vianna (1998 , p. 107):

(...) concebido como estratégia de transição para o SUS, a criação do SUDS resultou na transferência da rede de serviços do MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social) para estados e municípios e significou na prática um movimento de descentralização em direção à esfera estadual, de modo que cada um dos estados constituísse seu sistema de saúde e fosse responsável pelos serviços municipais e do estado.

Apesar de as Ações Integradas da Saúde terem a sua gestão em nível federal, a descentralização do sistema de saúde, iniciada pelo SUDS, concedeu pela primeira vez autonomia, nos moldes do federalismo, para que cada unidade da federação desenvolvesse seu próprio sistema de saúde. Esse processo ficou conhecido como a “Estadualização” da saúde.

Segundo Paim:

Assim admitia-se que o SUDS poderia acionar mudanças imediatas nos serviços de saúde, coerentes com os princípios da democratização de saúde, assegurando melhoras progressivas na assistência aos cidadãos e nas condições de trabalho e de remuneração dos que prestam serviços de saúde. (PAIM, 2008, p. 138)

A proposta possuía os seguintes princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária; princípios esses que também foram incorporados ao Sistema Único de Saúde, quando de sua promulgação. O que se discute é que o SUDS foi, de fato, a ponte integradora para a criação do SUS. O SUDS se constituía em uma estratégia-ponte para “a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto se desenvolvessem os trabalhos da Constituinte e da elaboração da legislação ordinária para o setor” (CONASS, 2007 apud CORDEIRO, 2004).

No SUDS, há uma maior responsabilização do Estado na prestação e atendimento dos serviços de saúde. Com esta política, os investimentos que antes eram totalmente direcionados ao setor privado, via convênios, começam a ser direcionados para o setor público. Ainda sobre as mudanças oriundas da criação do SUDS, segundo Giovanella & Fleury (1996):

Embora com transferência parcial de atribuições e mantidas relações convencionais entre os níveis governamentais, a estrutura de poder no interior do setor foi alterada pela mudança do papel institucional da assistência médica da Previdência Social.

Suas representações estaduais passaram a ser subordinadas às Secretarias Estaduais de Saúde, iniciando-se um processo de descentralização das decisões e aprofundando a desconcentração das ações para os estados e municípios, com a transferência da gestão das unidades próprias da Previdência Social. (GIOVANELLA & FLEURY, 1996, p. 181 e 182)

Mas a guinada na plena responsabilização do Estado na oferta de serviços de saúde públicos e universais se deu somente com a nova Constituição, a qual instaurou princípios que priorizam a cidadania e a participação democrática da sociedade civil e dos governos subnacionais, trazendo, em tese, importantes avanços para as políticas de bem-estar. Isto foi possível através da construção de um sistema de proteção social universal, igualitário e distributivo em suas premissas.

O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela *universalidade* na cobertura, o reconhecimento dos *direitos sociais*, a afirmação do *dever do Estado*, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da *relevância pública das ações e serviços* nestas áreas, uma perspectiva *publicista* de cogestão governo/sociedade, um arranjo organizacional *descentralizado*. (FLEURY, 2005, p. 453)

Rompendo com o modelo de Previdência Social vigente até meados dos anos 80, que restringia a “proteção social” a uma ação seletiva e limitada aos trabalhadores assalariados e contribuintes (atuando via concessão de pensões, seguros desemprego, entre outras garantias aos trabalhadores), a Seguridade Social regulamentada pela CF88 “é essencialmente inclusiva, no sentido de reconhecer o direito dos cidadãos à proteção social com base em outros critérios universalizáveis que não apenas o da capacidade de contribuição individual daqueles que estão formalmente vinculados ao mercado de trabalho” (IPEA; 2009, v.1, p. 22).

O atual sistema de saúde brasileiro, baseado no direito universal à saúde representa uma ruptura com as formas pretéritas de organização das políticas sociais no país. Até o final da década de 80, os benefícios previdenciários e as instituições de saúde vinculadas ao Ministério da Previdência Social só eram acessíveis para os trabalhadores do mercado formal de trabalho e seus dependentes. (BAHIA, 2005, p.10)

Todos os cidadãos, no novo modelo de Seguridade Social, têm direitos universais, iguais e inalienáveis, e a saúde é um deles. Vale ressaltar que, apesar dos avanços constitucionais e da garantia dos direitos, ainda hoje vemos no Brasil um sistema de proteção social que reproduz uma dinâmica excludente.

Sobre a Seguridade Social vale ressaltar os artigos 194 e 195 da Constituição Federal de 1988. Segundo o Art. 194: “A seguridade social 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” (Constituição Federal 1988, Capítulo II, Seção I). Neste artigo foram originalmente regulamentados, entre outros, os seguintes itens:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V – equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento.

No que tange o financiamento da Seguridade Social, o artigo 195 determinou que esta fosse financiada “por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”, bem como através de contribuições sociais, dentre as quais cabe destacar:

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

- a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)
- b) a receita ou o faturamento; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)
- c) o lucro; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

Inserida dentro da Seguridade Social na Constituição através do artigo 193, e considerada como um direito de todos e um dever do Estado no artigo 196, a saúde foi reformulada e delineada como um direito universal e igualitário.

De acordo com o IPEA (2009, p. 110), o direito à saúde, como declarado na CF/88, pode ser caracterizado mediante quatro distinções, conforme resumido a seguir:

1. A compreensão social da saúde adotada: o modelo seguido é o da determinação social da saúde, centrado na noção de risco;
2. Os critérios e limites distributivos preconizados: há um critério de justiça universal e igualitária em relação ao acesso a ações e serviços relevantes. O Estado é devedor do direito e o cidadão é o usuário deste direito. Limites distributivos não são explicitados, mas podem ser presumidos limites para o sistema;
3. Os agentes sociais envolvidos no cumprimento do direito e dever em relação à saúde: o Estado e o cidadão, sendo o direito atribuído a todos os cidadãos e o dever de

garantia atribuído exclusivamente ao Estado. O papel das famílias e da sociedade não é referido;

4. O tratamento dado à questão das desigualdades e dos grupos em condições socialmente menos avantajadas: a equidade não é referida na seção específica da saúde.

É a partir destes eixos norteadores que a construção do SUS se estrutura, através de uma compreensão do direito à saúde que decorre de dois pilares consagrados pelo próprio movimento sanitário: i) o dever para a saúde cabe unicamente ao Estado, sendo este o modo de garantir o resgate de uma dívida social com a cidadania; e ii) o princípio de acesso universal e igualitário é a base do sistema unificado proposto, como uma via institucional indispensável a fim de superar a dicotomia entre as chamadas ações de saúde pública e o atendimento clínico individual. (IPEA, 2009, p. 110)

Dentro desta temática de garantia dos direitos e superação das desigualdades, a década de 90 abrigou duas relevantes transformações na saúde pública nacional, quando da promulgação das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, que instituíram, respectivamente, a Lei Orgânica da Saúde e a criação do Sistema Único de Saúde.

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. (CONASS, 2007, p. 35)

Em decorrência das políticas de 80/90, a política de saúde no Brasil se tornou uma dimensão da política de bem-estar inclusiva e igualitária. Mas, dentro de um contexto social, político e econômico de grandes transformações pós-ditadura e em meio a uma crise econômica global, é preciso refletir e amadurecer o olhar sobre a população brasileira e suas necessidades.

No caso brasileiro, desigualdade de renda e pobreza estão associados, e a pobreza no Brasil não está relacionada à escassez de recursos e sim a sua má-distribuição - forte concentração de renda encontrada no país. Entre as décadas de 1980 início dos anos 90, antes da criação da Estratégia de Saúde da Família e sua focalização nos pobres, estudos retratam este período como de estagnação econômica e alta inflação. Se isolarmos apenas os dados referentes à década 1990, graças ao Plano Real, este período foi marcado por retomada do crescimento econômico em um contexto de estabilidade macroeconômica e redução da

pobreza (Ribeiro, 2007). Todavia, apesar da redução da pobreza, persistiam as fortes desigualdades regionais, a influenciar diretamente a construção dos sistemas de saúde locais.

Sobre as desigualdades persistentes, avaliando a distribuição da população pobre no Brasil na década de 90, estudos de Hasenbalg (2003) apresentam um forte viés regional na pobreza brasileira, com concentração principalmente no Nordeste. Não surpreende que o PACS e posteriormente o PSF tenham sido, inicialmente, planejados para essa região do país. De acordo com Hasenbalg (2003):

Dos 11,4 milhões de domicílios pobres em 1999, 33 milhões ou 29% eram chefiados por trabalhadores rurais. Em termos de pessoas, eles representavam 16,9 milhões, ou 32% do total de pobres do país. Quanto à distribuição geográfica, constata-se novamente a elevada concentração de domicílios pobres chefiados por trabalhadores rurais na região Nordeste, com quase dois terços (64,8%). A segunda maior concentração ocorre no Sudeste, com 15%, seguida pelo Sul que contabiliza 11,7% desses domicílios. (HASENBALG, 2003, p. 473)

Do ponto de vista socioeconômico, esta fase, virada da década de 80 e 90 apresenta mudanças positivas no padrão de vida da população. Todavia, a desigualdade é ainda persistente, e deve ser considerada como fundamental no planejamento das políticas de bem-estar. De acordo com Ribeiro (2003, p.36):

Apesar da desigualdade não ter diminuído, vários estudos mostram que o padrão de vida da população brasileira melhorou, principalmente entre 1960 e 1980 (ALMEIDA, 1998; ALBUQUERQUE, 1993). O acesso a serviços básicos, bens de consumo e outros itens socialmente valorizados se expandiu. Ou seja, um porcentual maior da população passou a dispor de bens e serviços anteriormente inacessíveis. A despeito de a renda per capita também ter crescido, as diferenças entre as maiores e menores rendas familiares não se alteraram. Em suma, as condições de vida melhoraram, mas a desigualdade não diminuiu.

Considerando o cenário da década de 90, Noronha & Soares (2001) indicam, com base nos dados da PNAD, que, em 1998, apenas pouco menos de 25% da população estaria coberta por alguma forma de plano ou seguro de saúde, ou seja, os restantes 75% continuavam dependendo do sistema público.

Por trás de um panorama de notáveis avanços no campo político, há um contexto econômico de grande turbulência, cuja influência neste cenário de construção do SUS não se pode negligenciar. De acordo com o IPEA (2009), se o contexto político era amplamente legitimador dos dispositivos constitucionais, o econômico, no início da implantação do SUS, não poderia ser mais desfavorável. O início da década de 1990 foi marcado por importantes mudanças na sociedade capitalista. Estas tiveram início nos anos 1970, com a globalização e financeirização das economias, o advento da agenda neoliberal e importantes mudanças nas

relações de trabalho. No Brasil, este processo instalou-se nos anos 1990, e a ele se adicionava forte crise econômica e particular crise do padrão de financiamento do Estado nacional (IPEA, 2009, p. 113 e 114), com uma forte expansão global da doutrina neoliberal.

A agenda neoliberal surgida na década de 70, tendo como bandeiras a defesa do Estado mínimo, da privatização e do corte dos custos frente à crise econômica, também deve ser compreendida como um fator adicional a favorecer a focalização das políticas sociais. Esta ideologia, que no Brasil se expandiu na década de 90, defendia ações contrárias às preconizadas pelo Movimento da Reforma Sanitária e às leis recém- inscritas na Carta Magna. De acordo com Menezes, em seu estudo *A Política de Saúde Brasileira: os impactos da década de 90 aos dias atuais*:

Devemos considerar que é nos anos 90, que as necessidades de mundialização do capital gerenciada pelos organismos internacionais, deu-se início a um processo de contrarreforma do Estado brasileiro. Sendo a privatização o elemento articulador dessas estratégias, que atende ao objetivo econômico de abrir todas as atividades econômicas rentáveis aos investimentos privados, com o intuito de ampliar a acumulação e a mercantilizar o bem-estar social. (MENEZES, 2011, p.3)

E foi no âmago do conflito entre universalizar/desmercantilizar x pressões privatizantes da agenda neoliberal, que o SUS surgiu. Tendo em vista as oscilações econômicas das últimas décadas do século XX, em uma análise sobre a situação da população brasileira, Duchiaide (1999) enfatiza a importância de se pensar na saúde como uma questão multifatorial, onde questões como desigualdade de renda e distribuição espacial desigual de serviços devem ser estudados como fatores determinantes para a saúde da população. A despeito do cenário político e econômico conturbado, há de se defender de forma veemente a provisão pública dos serviços. De acordo com a autora:

Não podemos falar em bem-estar enquanto perdurar a atual concentração de renda e os baixos rendimentos do trabalho. Só será possível tentar reduzir a mortalidade por violência por meio de uma política econômica que busque enfrentar o desemprego e o subemprego. As doenças infecciosas, em especial, diarreias, assim como a esquistossomose, a doença de chagas ou a malária, só irão desaparecer quando o direito a um ambiente saneado e a moradia digna for estendido a todos os brasileiros, na cidade e no campo. (DUCHIAIDE, 1999, p. 52)

É com o olhar voltado para as diversas demandas da população que o Sistema Único de Saúde deve planejar sua atuação, considerando a ainda pungente desigualdade e os determinantes sociais¹⁵ de saúde, a fim de garantir uma oferta diversificada de serviços, provendo não apenas cobertura e acesso, mas principalmente atendimento de qualidade.

¹⁵ As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população

2.2 O SUS e os desafios de uma saúde pública e gratuita

“Ao longo do ano de 1989, procedeu-se a negociações para a promulgação da lei complementar que daria bases operacionais à reforma e iniciaria a construção do SUS” (CONASS, 2007, p. 35), culminando na promulgação da Lei Orgânica da Saúde, instituída na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Esta passou a regular todos os serviços e ações deste setor em âmbito nacional, fossem eles “executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.” (CONASS, 2007, p. 35),

A lei reforça o texto constitucional, no qual a saúde é instituída como um direito do ser humano e um dever do Estado em provê-la. Sobre o dever do Estado, descrito no Art. 2, cabe destacar os seguintes parágrafos:

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Integrando os princípios de universalidade e equidade, o Sistema Único de Saúde, ou SUS, modificou a saúde no Brasil através da integração do atendimento e da cobertura. A cobertura de saúde em caráter universal e público é um marco histórico. Segundo Oliveira & Borges (2008):

Em 1990, como decorrência dos princípios consagrados na constituição, é criado o Sistema único de Saúde (SUS), com o objetivo de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas e democratizando as informações relevantes, para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. (OLIVEIRA & BORGES, 2007, p. 370)

estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. (BUSS; PELLEGRINI FILHO; 2007, p.78)

O modelo de saúde pública proposto na CF 88 e consolidado na criação do SUS eliminou a restrição do atendimento e a concessão de benefícios apenas aos contribuintes, rompendo assim com o recorte fundamentado na renda e na capacidade contributiva dos cidadãos brasileiros, a partir de sua inserção no mercado de trabalho. Com a premissa da equidade e da universalidade e integração da rede de atendimento e serviços, alterou-se a forma de prestação de serviços, tornando-os, na prática, mais abrangentes e inclusivos.

Este novo modelo foi expresso nos princípios organizadores da seguridade social: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios e serviços; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento; e gestão quadripartite, democrática e descentralizada, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo em órgãos colegiados. (FLEURY, 2005, p. 453)

Nota-se uma influência Beverdiana e também Bismarckiana neste novo modelo. E nele está assim posto, como princípio normativo e direito, que a saúde deve constituir-se em uma política de serviços públicos universais. A proposta central do SUS era tal como descrita pelo CONASS:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social. (CONASS, 2007, p. 33)

Sem desconsiderar os avanços políticos e sociais da Constituição de 88 e da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, bem como das demais leis e decretos que compõem a política de saúde pública brasileira, temos de discutir a saúde como uma política que sofre as influências de interesses políticos e econômicos diversos, os quais impactam direta e indiretamente em seu desenho e atuação final.

Hoje em dia, sem dúvida temos a visão e a compreensão de que a saúde é política, que está socialmente determinada e que a construção do sistema de saúde com o qual sonhamos deve ter como base uma discussão profunda e central sobre a determinação social da saúde. (ISAGS, 2012, p. 13)

Voltando agora à discussão do desenho do SUS, este é descrito como uma nova política de saúde, cujo objetivo arrojado de atender a todos os cidadãos brasileiros, tem dois princípios estruturais: a hierarquização e a regionalização.

A hierarquização e a regionalização compõem a prática de descentralização da saúde, que deu aos governos subnacionais autonomia para a implementação de suas políticas de saúde e deu espaço para novas práticas e inovação institucional.

Após a Constituição de 1988, a descentralização permitiu o crescimento da municipalização de políticas públicas em alguns setores (assistência, educação e saúde). Os governos subnacionais têm buscado implementar e executar em sua agenda diferenciadas estratégias de atendimento aos cidadãos visando ampliar o atendimento (aumento de vagas no ensino fundamental ou número de postos de saúde, por exemplo) e a melhoria da qualidade dos serviços.

A gestão local por governos subnacionais, especificamente no campo da saúde, suscita o questionamento sobre a coordenação política e a autonomia dos governos na eleição e implementação de suas agendas. Todavia, é notório o fato de que o governo federal possui estratégias de controle e negociação para garantir que suas políticas sejam executadas, mesmo que com graus e formatos distintos, de município para município. Este diferencial depende, entre outros aspectos, da capacidade de arrecadação fiscal dos municípios (receita tributária própria), das transferências constitucionais, dos arranjos institucionais locais, aspectos político-partidários e dos atores políticos envolvidos.

A descentralização e os aspectos territoriais que perpassam essa questão serão tratados, de forma mais ampla, no terceiro capítulo.

Sobre a hierarquização do atendimento, o SUS foi organizado da seguinte maneira, de acordo com as diversas necessidades de cuidado: 1) Atenção Básica; 2) Atenção em Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, dentro das quais são estabelecidas as ações e os programas.

Segundo o Portal de Saúde do governo federal:

A Média Complexidade Ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Fonte: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>).

As ações de referência de Média Complexidade são: a) atendimentos especializados; b) atendimentos de urgência; c) Exames de laboratório e Radiodiagnósticos; e d) Ultrassonografia, Reabilitação e Internação nas Clínicas Básicas. Já os atendimentos de Alta

Complexidade do SUS são aqueles que demandam alta tecnologia e alto custo, dentre eles cabe citar as cirurgias e transplantes.

A hierarquização dos serviços do SUS suscita o questionamento da divisão do tipo de “Atenção” em uma lógica de custos, ao invés da lógica do tipo de cuidado/ necessidade.

Independente da lógica que molda a divisão dos serviços, o que se coloca em questão é que a hierarquização dos serviços públicos de saúde esteja de fato “objetivando adequada implementação de suas ações em complementação da Atenção Básica, garantindo-se que o sistema público de saúde no Brasil atenda integralmente à população e não se converta em um “SUS para pobres” (CONASS, 2007, p. 15).

Vale lembrar que, para muitos autores, tais como Amélia Cohn, a política de saúde no Brasil têm segmentado clientela desde a sua criação, e que, para além de se discutir cobertura e acesso, é preciso garantir atendimento. Segundo Cohn (2009, p.1616):

Do ponto de vista da oferta de serviços, ela se configura como uma oferta fragmentada, segmentando a clientela, em que pese o discurso mais recente dos avanços da Atenção Básica e da “cobertura” (entendida como acesso), promovendo uma segmentação do público-alvo.

Esse alerta exprime a necessidade de um atendimento resolutivo e de qualidade, capaz de atender a todos os estratos da população, e não funcionar apenas como a única alternativa para aqueles que não têm como pagar por um serviço melhor no setor privado.

Sobre a adscrição da clientela coberta pelo SUS, Aguiar (2003), Correia (2007 a e 2007b) e Giovanella (2008) apontam para indiscutíveis influências externas na construção desta clientela. Estes autores apresentam em suas pesquisas a atuação de agências multilaterais na delimitação do público atendido pelo SUS, indicando a necessidade do SUS de focar nos mais pobres e com uma “cartela básica” de serviços.

Na América Latina, políticas de ajuste fiscal e reformas macroeconômicas estruturais neoliberais centradas na desregulamentação dos mercados, abertura comercial e financeira e na redução do Estado com privatização importante de serviços sociais e de infraestrutura, incentivadas por organismos financeiros internacionais, preconizaram concepção de proteção social assistencial focalizada em grupos populacionais em extrema pobreza e na saúde cesta restrita de serviços. Nesse contexto, no processo de implementação do SUS, observa-se uma tensão permanente entre a construção de um serviço nacional de saúde de acesso universal a todos os níveis de atenção e um sistema direcionado aos mais pobres com programas seletivos. Na consolidação de sistemas universais em países periféricos, a tensão entre expandir cobertura apenas com cuidados básicos e garantir cesta ampla está sempre presente, e a direcionalidade depende muito da constelação de forças políticas em cada momento histórico. (GIOVANELLA, 2008, p. 172)

Cabe, contudo, destacar que, no contexto político e econômico da América Latina em que foi criado o SUS, interesses econômicos de uma política externa e interna influenciaram diretamente, não somente no que foi promulgado em leis, mas principalmente na execução prática de um real atendimento realizado pelo sistema.

A interferência e o financiamento das agências multilaterais, a saber: Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento e Fundo Monetário Internacional, impactaram no desenho do sistema de saúde e em suas políticas e programas. Segundo o Relatório da UNISUR *Sistemas de Salud en Suramérica para a universalidad, la integralidad y l equidad*:

Do ponto de vista institucional, na América Latina, os sistemas de saúde surgem na primeira metade do século 21 com políticas enfocadas fundamentalmente no controle de epidemias, vinculadas ao crescente intercâmbio comercial, que dizimavam a população e dificultavam os interesses econômicos. (ISAGS, 2012, p. 22)

A “prescrição” das agências multilaterais ganhou força no Brasil, notadamente na década de 90, quando fortes discussões sobre a crise no padrão de financiamento do Estado e avanço da agenda neoliberal, aliadas às dificuldades de concretização do SUS diante da construção de uma rede de serviços mal distribuída e insuficiente, com visões conflitantes sobre o papel do Estado e dificuldades de pactuação de metas com as esferas de governo (IPEA, 2009), suscitaram a adoção de programas focalizados, descentralizados com um forte viés territorialista e com uma crescente pressão privatista. O subfinanciamento e a pressão privatista, juntamente com as questões territoriais e a descentralização, serão os temas explorados respectivamente neste e no terceiro capítulo, a fim de auxiliar na compreensão da adoção de práticas focalizadas na saúde brasileira.

2.3 O Subfinanciamento da SUS e seus impactos no princípio da universalidade

O problema de financiamento da saúde é um fator que pode ser responsável pela discriminação de uma parcela da população, para a qual seriam desenvolvidos de forma adscrita algumas ações/serviços e equipamentos. Nesta hipótese, questionamos se a focalização seria uma opção para reduzir custos e aplicar recursos de forma eficiente nos grupos mais vulneráveis para prevenção e tratamento de um conjunto específico de doenças.

Cabe destacar que o subfinanciamento e dismantelamento da saúde, tal como será exposto neste trabalho, é uma questão nevrálgica para que este setor possa atender à população com qualidade e resolutividade. As constantes reduções e cortes na saúde culminaram, entre outros esforços, na criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) na década de 90, imposto cujo destino da arrecadação seria inicialmente o Fundo Nacional de Saúde; bem como na promulgação da Emenda Constitucional nº 29 em 2000, que vinculava as receitas e descentralizava os gastos com a saúde, definindo metas de aplicação de recursos na saúde para estados e municípios. Ambas as ações apresentaram importantes esforços para garantir uma melhor captação e distribuição de recursos na saúde.

A questão que se coloca, todavia, é anterior à criação da CPMF. O que temos de perguntar é quais são os cortes e reduções que tornavam a saúde anêmica?

É fundamental denotar que, “apesar dos vinte anos de existência do SUS, o Estado enfrenta dificuldades crescentes para materializar o direito social constitucional do acesso universal de atenção à saúde.” (OCKÉ-REIS, 2012, p.22), e a discussão sobre o subfinanciamento é basilar para a compreensão do paradoxo da sobrefocalização.

No que tange o financiamento da saúde, Guimarães (2007) enfatiza que:

O que se percebe é que as dificuldades encontradas para um financiamento correto da saúde, quais sejam, as críticas ao sistema suposto deficitário e agravador das vulnerabilidades macroeconômicas do país, as disputas entre as áreas integrantes da seguridade social e o não cumprimento de repasses importantes para a saúde, dificulta a implementação de um sistema público abrangente orientado pela universalidade (GUIMARÃES, 2007, p. 67).

O subfinanciamento ou desfinanciamento impossibilita que se cumpram, na prática, os princípios de universalidade e equidade do SUS, sendo diretamente responsável pela universalização excludente (FAVERET FILHO & OLIVEIRA, 1990). De acordo com Salles Dias Filho & Andrade (2009, p. 164): “Tendo-se reconhecido o avanço da universalização

como um princípio, há que se abordar a causa primordial do que queremos chamar de universalização inconclusa, o subfinanciamento.” Com este propósito buscamos aprender e compreender os motivos do subfinanciamento ou desfinanciamento e seus impactos diretos no atendimento prestado pelo sistema de saúde brasileiro.

A dinâmica perversa do subfinanciamento atua da seguinte maneira: o subfinanciamento ao mesmo tempo em que compromete a capacidade do SUS de ofertar serviços de qualidade e resolutivos, também faz com que inúmeros cidadãos frente ao cenário de risco e incerteza diante da incapacidade do SUS busquem ampliar sua segurança adquirindo planos de saúde no setor suplementar (DIAS FILHO & ANDRADE, 2009). Ou seja, o subfinanciamento retroalimenta um círculo vicioso em que, ao mesmo tempo em que ele desmantela o SUS em sua estrutura, também se força a criação de uma clientela para o mercado privado de saúde, estimulando a criação de um mercado consumidor no setor e atendendo ao intento das agências multilaterais.

A universalização excludente ou inconclusa reflete a assimetria entre o direito formal à saúde e sua efetivação (BAHIA, 2013, p.67). A discussão sobre o subfinanciamento da saúde lança luz sobre o paradoxo da sobrefocalização nos pobres auxiliando a sua compreensão.

Para elucidar os mecanismos que atuam retirando recursos do Orçamento da Seguridade Social e engendrando o subfinanciamento da saúde, foram consultados trabalhos de alguns autores, tais como: Bahia (2013), Fagnani & Vaz (2013^a e 2013^b), Fagnani (2014) Lavinias (2006 e 2014) e Lavinias & Fonseca (2014), Afonso & Barros (2013^a e 2013^b) e França (2011 e 2012)

De acordo com Lavinias (2006, p.262):

Com a criação da Seguridade Social (Capítulo II do título VII da Constituição) o Brasil abandona a perspectiva securitária, de inspiração bismarckiana, que caracterizava o modelo anterior, inacabado e fragmentado, caminhando na direção da prevenção – princípio dos modelos universalistas- e da segurança contra o risco. A nova proposta de seguridade social mais inclusiva e abrangente traz como uma de suas conquistas a Lei Orçamentária Anual (LDO).

Segundo o documento federal intitulado “Ementário de Receitas da União¹⁶”, a Lei Orçamentária Anual deve compreender os Orçamentos Fiscal, de Investimentos das Estatais e da Seguridade Social, conforme transcrição:

“Art. 165 :

¹⁶ O Ementário de receita apresenta posicionamento técnico desta Secretaria de Orçamento Federal – SOF a definição dos critérios para a classificação das receitas pertencentes à União que financiam a Seguridade Social

§ 5o A lei orçamentária anual compreenderá:

I – o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público;

II – o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto;

III – o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público.”

O artigo 194 da Carta Magna de 1988, já apresentado nesta tese, define ainda o conjunto de ações que devem compor a Seguridade, entre eles vamos discorrer brevemente sobre o seguinte item: diversidade da base de financiamento.

Em um esquema explicativo didático, podemos desenhar o orçamento da Seguridade como um bolo dividido em duas importantes fatias. De um lado temos as contribuições de empregados e empregadores configurando as receitas de contribuições previdenciárias para o Regime Geral da Previdência Social, financiando as aposentadorias e pensões; e do outro, temos a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL), a Contribuição Social para Financiamento da Seguridade Social, cobrada sobre o faturamento das Empresas (COFINS), a Contribuição para o PIS/PASEP para financiar os programas de desenvolvimento do BNDES, cobrada sobre o faturamento das empresas.

Sobre a composição do Orçamento da Seguridade Social, Lavinias (2006, p. 264) enfatiza que:

As contribuições de empregados, autônomos e empregadores formam a principal receita previdenciária líquida e sua utilização não pode se prestar a nenhuma outra finalidade senão ao pagamento de benefícios. Todavia, apesar de na letra a Carta Magna não permitir que se usurpem os recursos oriundos das contribuições de empregados, autônomos e empregadores, ambas as fatias desse bolo vem sofrendo ou redução nas contribuições ou contínuos espólios.

De acordo com Fagnani & Vaz (2013^a), as elites nacionais, contrariadas desde a década de 1970, diante dos avanços sociais do país, desenvolvem campanhas difamatórias e ideológicas voltadas para demonizar a proteção social. Partindo do falso argumento do déficit da Seguridade Social foram elaboradas inúmeras tentativas de barrar e modificar, de forma negativa, seus avanços. Superada a discussão sobre o déficit da Seguridade Social, o que há

muito já foi comprovado como superavitário (Lavinias, 2006 e Fagnani & Vaz, 2013^a e 2013^b), novas formas de ataque vêm continuamente dismantelando o orçamento da Seguridade trazendo deletérios impactos no financiamento da rede de proteção social do SUS e do SUAS.

Dentre os derradeiros golpes à Seguridade Social, cabe, notadamente, destacar a Desvinculação das Receitas da União (DRU) e a recente política de Desoneração da Folha de Pagamentos, ambas medidas que golpeiam o orçamento da Seguridade e tendem a inviabilizar as funções precípua dos laureados artigos 194 e 195.

Obedecendo à cronologia dos fatos, comecemos, pois, pela medida mais antiga, a DRU, que surgiu na década de 90, pouco tempo após a promulgação da Constituição, com o nome de Fundo Social de Emergência. Criado em 1994, como uma medida emergencial que subtraía 20% dos recursos constitucionais vinculados ao orçamento da Seguridade Social, das políticas sociais federais e dos recursos de transferências para estados e municípios, este fundo já foi renovado por mais de oito vezes (Fagnani & Vaz, 2013^a).

De acordo com Lavinias (2014) o confisco promovido pela DRU já subtraiu do OSS, entre os anos de 2000 a 2012, cerca de R\$ 621,4 bilhões de reais, valor que representa quatro vezes o gasto federal com saúde no ano 2012. Tal como apresentado no gráfico da autora:

Gráfico 2 - Valores subtraídos pela DRU do Orçamento da Seguridade Social



Fonte: LAVINAS, 2014, p.21

Segundo a autora: “From 2000 to 2012, R\$621.4 billion were taken from the Social Security Budget alone, which accounted to around US\$300 billion. This represented nearly four times the amount of federal health spending in 2012 (R\$80 billion or US\$40 billion)”. (LAVINAS, 2014, p.20)

Lavinas (2014) argumenta ainda que, se o uso desses recursos subtraídos pela DRU fossem aplicados em programas sociais, como, por exemplo, o Bolsa Família, já teríamos erradicado a pobreza e a extrema pobreza do país. O resultado imediato dessa captura de verbas é o subfinanciamento da Seguridade Social, notadamente no campo da saúde:

The immediate result of this underfinancing is reflected in the paradox of Brazil who has a public health system (SUS – Unified Health System) with expenses totaling to around 4% of GDP, while private health costs accounted for 5.5% of GDP” (LAVINAS, 2014, p.20)

Segundo Fagnani & Vaz (2013^a), o processo de captura de recursos da Seguridade Social começou em 1989, quando a área econômica do governo começou a “abocanhar” recursos do OSS para financiar gastos da União com inativos e despesas externas. Com o passar dos anos a fatia de recursos do OSS capturada chegou à casa dos bilhões.

Os autores enfatizam que “essa subtração de recursos, que restringe o superávit do setor, não aparece nos relatórios oficiais como uma transferência de recursos da Seguridade Social para o Orçamento Fiscal. É como se esses recursos fossem, por natureza, do Orçamento Fiscal.” (FAGNANI, 2014, p.8)

Seria chocante a constatação da superioridade dos gastos com o sistema privado de saúde, que atendem a uma pequena parcela da população, em comparação com os gastos com a saúde pública, que tem como usuários mais de 70% dos cidadãos, se há muito não conhecêssemos as contradições intrínsecas ao sistema de saúde brasileiro. Segundo Ocké-Reis (2012) em seu trabalho *SUS: o desafio de ser Único*, o sistema de saúde brasileiro é fruto de contradições e paralelismos.

Para Ocké-Reis, a maior das contradições é o fato de o país abrigar e financiar ao mesmo tempo dois sistemas, público e privado, que atuam paralelos, de forma que “parte dos cidadãos pode ser coberta por planos privados de saúde e, ao mesmo tempo, utilizar os serviços do SUS, resultando na dupla cobertura para aqueles que podem pagar ou podem ser financiados pelos empregadores.” (OCKÉ-REIS, 2012, p.23)

Cabe denotar, contudo, que o financiamento realizado pelos empregadores mudou, ou melhor, foi deturpado sobremaneira, haja vista a política de Desoneração da Folha de Pagamentos, criada pela medida Provisória nº 540/2011 e inserida dentro do Plano Brasil Maior com a intenção de desonerar alguns setores industriais estimulando sua competitividade no mercado internacional, como será detalhado adiante. (AFONSO & BARROS, 2013). Ou seja, à DRU adicionou-se outro “ralo” dos recursos da Seguridade.

De acordo com Álvaro Solón França, presidente da Associação Nacional dos Auditores – Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP), a mesma ocupa um papel de suma importância na discussão sobre a Previdência Social e a Seguridade Social. Papel este que vem desempenhando com ênfase em seus últimos estudos sobre a DFP. Segundo o estudo desta instituição, *Desoneração da Folha de Pagamentos: oportunidade ou Ameaça (2013)*, o Plano Brasil Maior, lançado em agosto de 2011, teve como medida do estabelecimento de uma nova modalidade de Desoneração da Folha de Pagamentos, “a qual se caracteriza pela substituição integral da contribuição Patronal de 20% sobre a folha de pagamentos, por um tributo incidente diretamente sobre o faturamento” (ANFIP, 2013, p. 14).

Inicialmente, uma proposta de Desoneração da Folha havia sido encaminhada ao Congresso Nacional, três anos antes, através da PEC nº 233, como um projeto de reforma tributária, cuja determinação estava na redução da alíquota patronal de 20% para 14%. À época, a medida não prosperou e a Legislação, por sua vez, determinava a compensação necessária à Previdência Social, caso aprovada. Segundo estudo da ANFIP, a proposta vigente de DFP não guarda paralelo com a proposta de 2008. (ANFIP, 2013).

Sob a premissa (não comprovada) de melhorar a competitividade das indústrias nacionais, a Medida Provisória nº 541 que instituiu a DFP, reduzia a zero a alíquota de 20% para o INSS, dos setores considerados enquadrados nos seguintes fatores: a) sensíveis à concorrência internacional e à oscilação do câmbio e b) intensivos em mão de obra. Foram contempladas, inicialmente, em caráter temporário até dezembro de 2012, as indústrias de móveis, softwares, têxteis e de calçados. A medida foi transformada na Lei 12546/2011, ampliando o rol de empresas abrangidas pela desoneração. (ANFIP, 2013).

Há cerca de três anos de sua vigência, a DFP foi instituída sob os argumentos de que a mesma seria capaz: a) melhorar a competitividade internacional da indústria brasileira; b) reduzir o custo tributário do emprego com carteira assinada e c) melhorar as condições tributárias. (FRANÇA, 2011). O autor denuncia que:

Infelizmente, as discussões sobre a desoneração não têm abordado questões importantes, trazendo racionalidade ao debate. Analisar os efeitos da desoneração da folha na melhoria das condições de competitividade das empresas exige ponderar ao menos o seguinte: a) o custo da mão de obra em relação ao conjunto das despesas operacionais das empresas, o faturamento e o seu lucro; b) o custo da tributação previdenciária em relação ao conjunto dos demais tributos e das despesas operacionais e o faturamento das empresas; c) as razões determinantes para a falta de competitividade das empresas, como custo de captação de recursos, relação cambial, capacidade de inovação etc. (FRANÇA, 2011, p. 4)

De acordo com França (2011), a discussão dessas questões desmistificaria as premissas de que a desoneração ajudaria a melhorar a competitividade e de que o custo dos salários no Brasil é alto. O autor ressalta que “a competitividade das indústrias brasileiras não está vinculada ao custo da mão de obra, mas à qualidade e quantidade” da produção brasileira. (França, 2011, p.5). Para França (2012), o fruto da desoneração representa uma renúncia fiscal e perda de receita no RGPS, tal como declarou¹⁷ em audiência pública na Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) do Senado Federal (2012):

A discussão da desoneração deve ser vista com bastante cautela, porque ela está ocorrendo e a compensação não está sendo feita via orçamento fiscal, mas pela própria Seguridade Social. Ora, está se tirando recurso da Seguridade Social e compensando com a própria Seguridade Social? Devia ser compensado via orçamento fiscal, via impostos. (FRANÇA, 2012)

Segundo Fagnani & Vaz (2013^a), em 2013, 56 setores já estavam sendo contemplados pela DFP, sendo estes responsáveis pelo faturamento anual de um valor equivalente a 50% do PIB do país, antes dos impostos.

Somente para o ano de 2013, foi prevista a redução de 12,9 bilhões de Reais em receitas previdenciárias, recursos que, uma vez ressarcidos integralmente, não impactariam tão gravemente no OSS. Entretanto, a obrigatoriedade de o Tesouro Nacional ressarcir a Previdência Social pelas perdas de arrecadação decorrentes da DFP não vem sendo cumprida tal como definido quando da implementação da Lei¹⁸. Os repasses feitos estão muito abaixo dos valores subtraídos do OSS, não existindo, por sua vez, nenhum tipo de sanção prevista para o não cumprimento dos mesmos, caracterizando mais um imbróglio que penaliza a Seguridade Social e consequentemente o SUS.

Hoje, legalmente, essa desoneração obriga ao governo promover uma compensação integral equivalente à renúncia dos recursos provenientes do Orçamento Fiscal. Se

¹⁷Discurso proferido em audiência pública no Senado Federal em 2012. Fonte: <http://www.direitosociais.org.br/article/desoneracao-anfip-cobra-respeito-ao-orcamento-da-s/>

¹⁸ Lei 12546/2011 artigo 9º.

atendido integralmente este requisito, essa desoneração não promoverá prejuízos financeiros para o financiamento da Seguridade Social, pois esses recursos, na forma de “contribuição do governo”, passam a integrar as receitas previdenciárias do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), impedindo o decréscimo na arrecadação do Regime. (FAGNANI& VAZ, 2013^a, p.108 e 109)

A lógica é bem simples: se os recursos subtraídos não forem repostos, a conta não fecha. Em breve o OSS deixará de ser superavitário e possuirá sim um déficit, e suas consequências já são visíveis na saúde e na assistência. Mais do que nunca justificarão as críticas dos conservadores e liberais que defendem a focalização extrema das políticas sociais e que advogam a favor da garantia de mínimos sociais e da mercantilização de garantias outrora constitucionais. A preservação das fontes de financiamento da Previdência Social demanda a extinção da DRU (vigente até 2015) e uma avaliação mais consequente da proposta da DFP como apoio à competitividade da indústria nacional.

Infelizmente, a DRU e a DFP não são as únicas medidas que atuam no desmantelamento do SUS, pois há ainda de se discutir a pressão privatista e a renúncia fiscal envolvida na mercantilização dos planos e seguros de saúde no Brasil. Se, por um lado, o SUS é subfinanciado, há muitos recursos públicos sendo investidos no sistema de saúde suplementar. Segundo Bahia (2009, p. 761):

É no mínimo irônico constatar que a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social e o Regime Jurídico único, criados pela Constituição de 1988 justamente para viabilizar os direitos sociais à saúde, previdência e assistência, tenham sido readequados aos requerimentos da privatização da saúde.

A privatização ou mercantilização da saúde deturpa a proposta da universalização, da equidade e da gratuidade do sistema público de saúde, que abriga em seu cerne um subsistema privado crescente e mal regulado. Ocké-reis & Marmom (2010) salientam que o sistema de saúde brasileiro combina regimes públicos e privados que se instituem como estruturas paralelas, onde o sistema privado não opera em cooperação com o sistema público, e - o mais grave -, o sistema privado oferece cobertura para os serviços já oferecidos e financiados pelo sistema público.

O autor indica ainda que, desde a década de 60, os planos de saúde vêm sendo financiados pelo padrão de financiamento público, via isenções fiscais, “seguindo neste aspecto o modelo liberal dos Estados Unidos, o qual se fundamenta em subsídios e em benefícios do empregador.” (OCKÉ- REIS, 2012, p. 24)

No Brasil, o subsistema privado de saúde é um mercado em forte expansão. Observa-se que houve um aumento do sistema de planos e seguros privados de saúde. De fato, o número de operadoras de planos e seguros de saúde quase triplicou entre 1987 e 1998 e o número de clientes cresceu 70% (CORREIA, 2007a). Dados mais recentes de um estudo de Bahia (2012), mostram que não houve alterações significativas na parcela da população vinculada a planos e seguros privados de saúde entre os anos de 2003 e 2008, oscilando de 24,6% a 25,9%. O que chama atenção nesse período, todavia, é o aumento da receita das empresas que cresceu 60%, de acordo com dados do IBGE e da ANS¹⁹.

O que se pode afirmar sobre as características socioeconômicas da clientela destes serviços privados é que há uma relação diretamente proporcional entre o consumo dos planos de seguros de saúde e o rendimento das famílias. As famílias com maior rendimento *per capita* são as consumidoras prioritárias do subsistema privado, enquanto a classe média e os pobres compõem o grupo de usuários prioritários do SUS. A expansão da oferta do subsistema privado está claramente associada ao nível de renda *per capita* familiar. Ao observar os gastos das famílias com a saúde, Ocké-Reis (2012) argumenta que:

Verificou-se ainda, com dados empíricos, que os segmentos mais pobres da população recorrem mais ao SUS do que ao “não SUS”, opção que vai se invertendo na medida em que se caminha para os segmentos mais “ricos” da distribuição de renda. De fato, enquanto a maioria da população situada nos décimos mais baixos utiliza o SUS, tal proporção se reduz significativamente no décimo de maior renda. Essa “progressividade” do SUS decorre sobretudo da alocação dos serviços prestados pelo setor público de saúde: o subsistema público dispõe os seus serviços para o atendimento dos mais pobres e classes médias, enquanto, o setor privado, contratado ou conveniado ao SUS, apresenta lógica inversa: o seu perfil de oferta se dirige em especial ao segmento de renda mais alto. (OCKÉ-REIS, 2012, p. 55)

A falta de interesse político em solucionar os problemas de financiamento do Sistema de Saúde no Brasil é um entrave ao aprofundamento da discussão sobre o desmonte do SUS. Tratando das semelhanças nacionais com os dilemas da saúde dos Estados Unidos, Ocké-Reis (2012) usa o conceito de “americanização perversa”²⁰ cunhado por Vianna (1998). De acordo com o autor, tal como nos EUA, no Brasil os setores interessados no financiamento do setor privado da saúde fazem *lobby* no Congresso Nacional e não estão interessados no fortalecimento do SUS. Segundo Ocké-Reis (2012, p. 24): “Esse quadro se torna mais

¹⁹ Criada no ano 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem em sua atribuição a regulamentação do sistema suplementar de saúde.

²⁰ Quando cunhou o termo “americanização perversa” na década de 90, Vianna (1998, p. 130 e 131) criticava “o aparente não planejamento da evolução do sistema de saúde brasileiro, resultando na deregulação das relações público/privadas, onde um forte estímulo à lógica particularista dos interesses num contexto de exclusão e arbítrio culminaram com o enviesamento de toda a política de saúde pública no país”.

preocupante, uma vez que os trabalhadores do polo dinâmico da economia estão cobertos pelo mercado de planos de saúde, e seus representantes políticos não apoiam o SUS no Congresso”.

Nesse cenário, para a consternação dos defensores do SUS, a atual presidente da República esteve no ano passado negociando diretamente com as seguradoras e operadoras de planos de saúde buscando inverter a lógica de segmentação do mercado, a fim de garantir que os segmentos mais pobres da população também possam adquirir planos de saúde mais baratos. Em seu artigo “Planos de Saúde Para Pobres (PPP) Subsídios Pelo Governo” Carvalho (2013²¹) critica abertamente este contrassenso:

O governo – abandonando seu papel constitucional de oferecer e garantir um sistema de saúde para todos os cidadãos- faz a maldade completa. Desonera os planos e onera mais os cidadãos. O SUS enfraquecido por quem deveria fortalecê-lo e a clientela entregue ao mercado (...). A proposta do governo para as seguradoras e operadoras oferecerem planos para os mais pobres tem duas iniquidades intrínsecas. Para os planos, desoneração. Para os pobres uma sobretaxa, pois além de pagarem ao SUS, obrigatoriamente, pagarão mensalidades onerando sempre as famílias mais numerosas com menor renda *per capita*.

Tudo indica que estamos retroagindo no nosso sistema de proteção social e adotando à risca as recomendações das agências multilaterais, além de seguir as pressões privatistas das empresas e operadoras e, o pior, com a chancela franca de um governo que se intitula de esquerda. Há planos de saúde para ricos e pobres, ou seja, para aqueles que podem recorrer ao mercado de planos e seguros pagos existe, além da cartela de serviços diferenciada, também o incentivo público via restituição do IRFP.

De acordo com Carvalho (2013²²): “A renúncia fiscal do imposto de renda está intimamente ligada à desoneração dos planos, que, pela lógica contábil, é cofinanciado por todos os cidadãos. Também a renúncia de medicamentos está estendida a planos e seguros”. Entre os anos de 2003 e 2011, Ocké- Reis (2014) identifica que as deduções com planos de saúde chegaram a R\$ 7,7 bilhões de Reais, cobrindo 24,8 milhões de indivíduos e respondendo por 9,18% do faturamento das operadoras, que obtiveram um considerável crescimento de seu lucro líquido no período. Dados recentes de Carvalho (2013) indicam que a estimativa da Receita Federal é de que os números da renúncia fiscal da União com o setor privado de saúde, para o ano de 2013, deveriam chegar à casa dos R\$ 20,9 bilhões de Reais.

²¹ Artigo em formato web sem numeração de páginas.

²² Idem.

Ocké-Reis (2014) afirma que “a renúncia da arrecadação fiscal neste campo induz o crescimento do mercado de planos de saúde, em detrimento do fortalecimento do SUS”. Ainda de acordo com Carvalho (2013²³): “O Estado parece estruturalmente prisioneiro do seguinte dilema: ou estatiza o sistema (radicalizando seu papel intervencionista) ou mantém a forma privada de atividades socialmente importantes, aplicando mecanismos de subvenção estatal (incentivos governamentais.)”. Atualmente, prevalece infelizmente a subvenção, em detrimento de um aparente abandono da proposta de universalidade e equidade quando da criação do SUS.

Se por um lado temos o crescente desfinanciamento do SUS, por outro o subsistema privado de saúde movimenta bilhões de Reais e oferece basicamente a mesma cartela de serviços médicos e ambulatoriais que o sistema público. De acordo com Carvalho (2013), a clientela das operadoras de planos médicos e odontológicos era, em setembro de 2012, superior a 47 milhões de pessoas.

No âmbito dos recursos “ofertados” ao subsistema privado, seja por parte dos incentivos, dos subsídios, e dos recursos “perdidos” via renúncia fiscal, caso todo este montante fosse empregado no SUS poderíamos ter atualmente um sistema aprimorado na sua oferta bem como na qualidade de seus serviços. (OCKÉ-REIS, 2009)

Vale ressaltar que alguns serviços, tais como imunizações, hemodiálise e transplantes, são prioritariamente realizados pelo SUS (PAIM *et al*, 2011). Ou seja, o subsistema privado de saúde não acaba com a demanda pelo SUS, ele só separa aqueles que podem pagar por consultas e tratamentos fora da rede e das filas. E externaliza custos, pois doenças crônicas são cobertas pelo setor público.

A questão central que merece atenção é que, no final das contas, a população mais pobre é a que mais sofre nesse processo de mercantilização do SUS. A alta regressividade do nosso sistema tributário, vide as análises sobre o gasto das famílias com a saúde (OCKE-REIS 2012), mostra claramente que para as famílias mais pobres e vulneráveis os gastos com medicamentos pesam mais no orçamento familiar, em comparação com as famílias com rendimentos altos. E é para este segmento que efetivamente recorre ao SUS, que são ofertados serviços precários, resultantes do desfinanciamento e do estímulo que o Estado vem dando continuamente ao setor privado. Quanto pior o SUS ficar, maior será a demanda por planos de saúde. Segundo Lavinias (2013a, p. 137): “A saúde é o elo mais débil da cadeia da Seguridade

²³ Idem.

justamente porque expressa o âmago desse conflito. Não é o aumento da demanda que alavanca o mercado de saúde complementar, mas o subfinanciamento público e a financeirização do setor.”

A adoção de práticas focalizadas na saúde resulta da falta de recursos do setor público e ao mesmo tempo atende à lógica privatista e mercantilista que rege o mercado privado da saúde. No caso da ESF, a implantação de uma rede de atendimento de saúde local, focada na Atenção Básica, com um repasse de recursos pactuados com o Ministério da Saúde para instalação e manutenção de uma rede de serviços de baixo custo, em comparação com a instalação e manutenção de um hospital, por exemplo, pode sinalizar que uma focalização pode ser eficiente em atrelar o atendimento aos que mais necessitam, fazendo assim uma discriminação positiva entre os que podem e não podem pagar para obter serviços na rede suplementar. Mas cabe enfatizar que com este tipo de prática a dimensão da cidadania e dos direitos não são compartilhados por todos.

2.4 A Influência do Banco Mundial e de agências multilaterais no desenho de uma “cartela básica” de serviços para a Atenção Básica e suas influências deletérias na focalização do SUS

Quais são as vantagens e desvantagens de reestruturar um sistema de saúde com ênfase nos serviços da Atenção Primária? Esse é o título de um dos artigos da Organização Mundial de Saúde (2004), em tom bastante elogioso aos casos de sucesso dos países que deram ênfase à Atenção Primária (APS) na reestruturação de seus sistemas de saúde. O estudo indica que a expansão da atenção primária pode nem sempre reduzir custos, pois acaba por identificar previamente necessidades antes desconhecidas, ampliando acesso e tendendo a expandir a utilização dos serviços. (OMS, 2004, p. 4)

De acordo com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), a focalização nos mais desfavorecidos seria uma forma de combate aos determinantes sociais e de promoção de justiça social:

(...) algumas abordagens para alcançar a justiça social na saúde incluem: garantir que todas as pessoas sejam tratadas com respeito e dignidade ; estabelecimento de metas de saúde que incorporem metas explícitas para a melhoria da cobertura entre os pobres, usando estes objetivos para dirigir recursos adicionais para as necessidades dos mais desfavorecidos ; aperfeiçoar as iniciativas de educação e sensibilização para ajudar os cidadãos a compreender os seus direitos; garantindo ao cidadão participação ativa no planejamento do sistema de saúde e fiscalização ; e tomar ações concretas para enfrentar subjacente determinantes sociais das iniquidades em saúde . (OPAS, 2007, p. 10 e 11)

Na saúde brasileira, verifica-se que, a despeito do princípio da universalidade, o país segue restringindo acessos e estabelecendo clientelas, o que não assegura cobertura universal, mas acesso integral em algumas dimensões apenas, com o respaldo e a orientação de agências multilaterais. Banco Mundial (BM), Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Internacional Trabalho (OIT), como veremos adiante, têm um relevante papel na focalização e na construção da cartela de serviços básicos a ser ofertada pela Atenção Primária. Segundo Cohn:

E isso porque essas políticas, mesmo quando definidas como universais e de caráter não contributivo, tendem tão somente para a universalidade de um patamar básico de acesso a determinados serviços sociais, gerando seletividade nos níveis mais complexos dessas mesmas redes de serviços, comprometendo assim a garantia da equidade de acesso aos mesmos. (COHN, 2000, p. 187)

A organização do sistema de saúde, tendo como eixo estruturante a Atenção Primária (APS), não foi concebida ao mero acaso histórico ou simplesmente como um resultado dos debates e lutas sociais pregressos.

De acordo com Macinko *et al* (2007), a influência de interesses externos no desenho do sistema de saúde brasileiro se deu, de forma mais intensa, no final da década de 70, quando do acontecimento da Conferência Alma Ata, em 1978, a qual reforçava a proposta da Organização Mundial de Saúde: “Saúde para Todos no ano 2000”, lançada na 30ª Assembleia Mundial de Saúde, 1977.

A Declaração da Alma Ata trazia diretrizes e recomendações para o desenvolvimento e a ampliação da Atenção Primária, cujo enfoque deveria estar voltado para os pobres e vulneráveis, com uma perspectiva de tratar a saúde relacionando-a com as questões econômicas, sociais e políticas. O documento influenciou a criação do SUS e da política de Atenção Básica. De acordo com Aguiar (2003, p.44), o documento da Alma Ata:

(...) além de expressar o conceito de saúde apresentado anteriormente – bem como sua condição de direito fundamental do homem – relacionou-a profundamente com o desenvolvimento social e econômico ao afirmar que a obtenção de um maior nível da saúde influencia positivamente o desenvolvimento de uma nação e vice-versa. Também se afirmou naquele documento que a comunidade tem o direito e o dever de participar, individual e coletivamente, do planejamento e da aplicação da sua própria atenção à saúde.

Segundo o documento, foram indicados para o desenvolvimento da APS quatro tipos de intervenções em saúde: *promoção, prevenção, tratamento e reabilitação*. Aguiar ressalta ainda que: “a *Declaração* exorta todos os governos à cooperação mútua como forma de se garantir o desenvolvimento da APS como parte de um sistema nacional de saúde completo e integrado aos outros setores, usando, para isso, todos os recursos necessários com racionalidade e vontade política.” (AGUIAR, 2003,p.47)

A OMS, através da Alma Ata, realizou um verdadeiro direcionamento político e metodológico dos governos, não apenas para a orientação dos sistemas de saúde nos países periféricos, mas principalmente para o público-alvo a ser tratado pelas políticas desenvolvidas por estes sistemas, que deveriam ser flexíveis e moldados à realidade de cada país.

As diretrizes para envolver a participação da comunidade na Atenção Primária à Saúde, através do controle social, a proposta de descentralização e hierarquização da oferta dos serviços, o foco nos grupos vulneráveis e a orientação para a utilização de tecnologia apropriada para a saúde, evitando o uso de procedimentos e equipamentos de alta tecnologia desnecessários à resolução de problemas de baixa complexidade foram os princípios

introduzidos pelo Banco Mundial, na formulação da Atenção Primária em variados países na América Latina, e compõem hoje a proposta de atendimento da Atenção Primária brasileira e do Programa Saúde da Família (PSF).

Para os países em desenvolvimento, esse debate não é secundário, pois, no pós Alma-Ata, em contexto internacional distinto, a Atenção Primária à Saúde foi, em geral, implementada, nesses países, em sua forma seletiva, por iniciativa e financiamento de agências internacionais, e, assim, Atenção Primária à Saúde passou a designar um pacote de intervenções de baixo custo para controle de determinados agravos. Inicialmente proposta como estratégia interina e afirmada como complementar às proposições de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde seletiva passou a predominar. (...) Ainda que se reconheça a efetividade dessas intervenções, a garantia apenas dessa restrita cesta de serviços atenta contra o direito universal à saúde (GIOVANELLA, 2008, p. 22)

Há ainda que se destacar a interferência do Banco Mundial, da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan Americana de Saúde na construção do SUS e em como a Atenção Primária se consolidou como “porta de entrada” da saúde, notadamente através da Estratégia de Saúde da Família.

Segundo Macinko *et al* (2007), o documento *Renewing Primary Care in the Americas*, apresentado pela Organização Pan Americana de Saúde (2007), preconizou e defendeu a estruturação da Atenção Primária como um componente chave para a efetividade dos sistemas de saúde latino-americanos em qualquer contexto cultural, social ou econômico.

Essa interpretação é compatível com a filosofia do Banco Mundial de se selecionarem grupos humanos, administrando a eles intervenções predefinidas na forma de programas, a uma relação custo-benefício otimizada. Cabe denotar que, apesar de ela ter sido reconhecida pela OPAS e pela OMS como uma antítese ao preceito de equidade – predestinada a assistir ao desenvolvimento de programas *marginais* para populações *marginais* (AGUIAR, 2003) e à manutenção de desigualdades em distintos grupos socioeconômicos –. observa-se a correspondência dessa interpretação ao ideário do Banco Mundial, com o consequente entendimento de sua aplicação como um *tipo* de APS a partir da superposição dos discursos da OMS, da OPAS e do Banco Mundial.

A influência das orientações destas agências na construção do modelo da Atenção Primária no Brasil incide diretamente na proposta abraçada pelo MS na implementação do Programa de Saúde da Família na década de 90 e na sua expansão para o modelo de Estratégia de Saúde da Família em 2006.

Na década de 90, quando da formulação do Programa de Saúde da Família, em um contexto de globalização com a massiva difusão de práticas neoliberais, o Brasil buscou adotar políticas de maior austeridade e controle dos gastos públicos e acordos com agências multilaterais envolviam contrapartidas atreladas às políticas sociais adotadas. Costa (2009, p.695) aponta que “a austeridade no gasto público produziria, por conseguinte, sérios limites para despesas com programas sociais nos países submetidos à agenda do ajuste macroeconômico.”

A pressão das agências para a redução dos gastos e sua lógica racionalizadora estão presentes no desenho das políticas de saúde da década de 90. Segundo Senna (2002, p.204):

É certo que o PSF emerge num contexto de restrição e racionalização dos gastos em saúde, decorrentes da implementação de medidas de ajuste estrutural prescritas pelas agências multilaterais, sobretudo o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial. A agenda de reformas proposta por estas agências baseia-se no diagnóstico da inadequação dos gastos brasileiros em saúde, que seriam excessivos e não atingiriam as regiões e os grupos sociais mais pobres.

Aguiar (2003) relata que a publicação do relatório do Banco Mundial *Investing in Health* (1993) elencou uma lista de prioridades e eixos de atuação para os países em desenvolvimento, em que o setor de saúde deveria atuar de forma mais eficaz e com menos custos:

A segunda prioridade sugerida foi a racionalização dos gastos em saúde, com diminuição ou abandono das despesas públicas em serviços sofisticados e aumento de volume e da eficácia do investimento em saúde pública. Recomendou-se, para isso, o redirecionamento dos gastos governamentais com saúde para programas mais eficazes, com uma melhor relação custo-benefício e que atendessem melhor aos pobres. (AGUIAR, 2003, p. 61)

Laurell (1994) argumenta que o documento *Investing in Health*, tinha como projeto articulador a “agenda oculta” de privatização dos serviços de saúde. Neste cenário, caberia ao Estado o papel de subsidiar serviços básicos aos pobres, enquanto competiria às empresas privadas prestar os serviços clínicos competindo entre si pelos pacientes no novo mercado de saúde.

Mas, bem antes da década de 90, o Banco Mundial já produzia estudos para embasar suas recomendações e restrições. De acordo com Correia (2007 a), o primeiro do documento produzido pelo Banco Mundial sobre a saúde foi publicado em 1975, e este “já apresentava as primeiras diretrizes para uma reforma nas políticas de saúde aos países por ele subsidiados” (p.1). Dentre as principais diretrizes já “impostas” pela agência estavam: “a quebra da

universalidade do atendimento à saúde, a priorização da Atenção Básica, a utilização da mão de obra desqualificada para os procedimentos de atenção à saúde e simplificação dos mesmos, a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres.” (p.1)

Focalizar nos grupos pobres e vulneráveis é uma estratégia diametralmente oposta aos princípios universais e igualitários do SUS. A racionalização do atendimento somada a uma focalização nos pobres marcou o direcionamento da política de saúde no Brasil e ficou conhecida como neo-universalismo, ou universalização excludente, resultantes da pressão privatista e o subfinanciamento do SUS. Segundo Correia (2007a, p.4):

As propostas do Banco Mundial de “serviços básicos de vocação universal” compõem um quadro de um “neo-universalismo” que se contrapõe ao princípio de universalidade do SUS, e aproxima-se da focalização dos serviços de saúde às camadas mais pobres da população. O modelo assistencial preconizado pelo BM está centrado na Atenção Básica. Nesta perspectiva, são estes serviços que devem ser universalizados, combinados com a “racionalização” ao atendimento hospitalar.

Para além das críticas à focalização nos pobres e vulneráveis, há também as críticas ao conjunto de serviços clínicos essenciais de saúde selecionados para este grupo, indicados pelo Banco Mundial, o que pode ser interpretado como uma forte pressão privatista para a criação de um mercado para os planos de saúde no Brasil.

A perspectiva racionalizadora ditada pela orientação do Banco Mundial não consistia apenas na focalização e no corte dos custos, mas buscava direcionar os recursos para atendimentos básicos e “efetivos”, ao mesmo tempo em que incentivava a competição no setor privado nesta valiosa fatia de mercado de saúde.

A orientação do BM às novas formas de gestão da saúde priorizando o custo/benefício esteve associada ao incentivo à participação da iniciativa privada na oferta de serviços de saúde. As propostas do Banco para a ação estatal estão reduzidas a programas destinados às populações mais pobres, desenvolvendo ações de promoção e prevenção da saúde que tenham custos reduzidos, ficando o restante por conta do mercado, e o acesso de acordo com a capacidade de compra de cada indivíduo. (CORREIA, 2007^a, p. 6)

A lógica mercadológica é muito forte na construção das diretrizes e orientações do Banco Mundial, onde a orientação clara é que o setor público deve agir apenas onde o mercado não alcança, ou seja, o atendimento das necessidades básicas dos pobres não deveria infringir as leis do mercado. (LAURELL, 1994)

Segundo o Relatório do Banco Mundial: *Financing Health Services in Developing Countries* de 1987: “O governo continuará responsável por programas públicos tais como o

controle de doenças comunicáveis e outros programas de cuidado preventivo, para os quais não há mercado real.” (Banco Mundial, 1987, p.44).

Os incentivos à descentralização, expostos nesta proposta do Banco, têm como premissa fundamental estimular a responsabilização no controle dos gastos, numa lógica perversa de *accountability*, onde a descentralização e o melhor controle e gestão local das finanças não implicariam em completa independência financeira, mas sim um acompanhamento mais próximo do que é feito e de como os gastos são alocados, a fim de promover a redução de custos administrativos, do sub e do sobreconsumo dos serviços.

A defesa do foco do atendimento público em níveis básicos para os mais vulneráveis, e a defesa de cobrança de taxas “para aqueles que puderem pagar”, bem como o uso de termos como “consumidores” e “clientes” são a baliza da metodologia das reformas propostas pelo Banco Mundial.

Saber como identificar os pobres e focar neles é a diretriz da política pública que este trabalho investiga. A proposta do BM corrompe a lógica da universalidade e orienta aos governos um desenho enviesado de uma cobertura de saúde desigual, focalizada e “pobre”, como a clientela à qual deve servir. Para o resto da população não pobre, ou seja, a clientela que pode recorrer ao mercado, o céu é o limite que as concessionárias de planos de saúde podem e devem explorar.

Rizzotto (2000) argumenta em seu estudo *O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*:

O sistema público de saúde que o Banco Mundial idealizou para os países “em desenvolvimento”, prega o abandono do tratamento clínico, dos avanços científicos e tecnológicos alcançados na área médica, hospitalar e farmacológica, ao mesmo tempo em que propõe a criação de serviços de saúde pública que se limitam à assistência básica, com utilização de procedimentos simples e baratos, realizados por profissionais pouco qualificados, que segundo o Banco, dariam conta de resolver os “problemas” de saúde mais gerais, de caráter familiar e comunitário. (RIZZOTTO, 2000, p. 128)

O foco nos vulneráveis e a ideia de trabalhar com profissionais pouco qualificados está embutida direta e indiretamente em tudo o que se lê e se vê na Estratégia de Saúde da Família. De acordo com Cohn (2009, p. 43 e 44):

A proposta do acesso da população à Atenção Básica, sobretudo da população pobre, é também um receituário do Banco Mundial. Qual é a peculiaridade do Brasil? É que acolhemos a Atenção Básica, respondemos a esta conjuntura da reforma da saúde, da reforma sanitária, assumindo os mesmos elementos que o pacote do Banco Mundial, que as agências multilaterais professam para o nosso universo, só que pelo avesso. Isto é, para nós, a descentralização não é a

racionalização dos serviços, tal como a proposta do Banco Mundial; consiste numa nova racionalização que aproximaria a dimensão da política e a capacidade de representação de demandas e de controle público da população frente ao Estado. Transformamos a descentralização, com sinal negativo, em descentralização com sinal positivo. O PSF é a proposta de mudança de modelo, não é um pacote básico de atenção à saúde para a população pobre. (COHN, 2009, p. 43 e 44)

A suposta proposta de mudança, problematizada por Cohn (2009), não se realizou. Na prática, o que se concretizou no Programa Saúde da Família, aparenta ser um pacote básico “pobre” e com funcionamento limitado.

Apesar dos avanços nos campos social e econômico, o quadro de usuários do SUS se mantém preocupante. Os serviços ofertados pela ESF se mantêm restritos ao atendimento da população mais pobre e vulnerável. De acordo com Guimarães (2007, p.101):

Com relação à renda, notou-se que o SUS basicamente financia serviços para as camadas mais pobres. O SUS é o agente financiador majoritário dos serviços de saúde até o oitavo decil da população. Essa situação pode, ao invés de sinalizar uma redistribuição benéfica dos recursos e do gasto do governo em favor das classes de renda mais baixas, sugerir que o uso do SUS apresente alguns custos para os usuários com respeito à baixa qualidade dos serviços ou um elevado tempo de espera. Assim, os indivíduos mais ricos estariam dispostos a pagar um preço positivo pelo atendimento no setor privado.

Esses dados foram comprovados pelo estudo de caso que compõe esta tese. Apesar da proposta de cobertura e atendimento universal, em ambas as clínicas em que a pesquisa se desenvolveu, a segmentação de clientela é evidente, e a Atenção Básica, através da atuação da Estratégia de Saúde da Família, define-se como a “porta de entrada” dos pobres na saúde brasileira.

Mas não foi somente o Banco Mundial que influenciou a focalização e a pressão privatista na saúde brasileira. Não se pode deixar de citar a influência da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) na construção da Atenção Primária e sua definição como o primeiro nível de contato entre o indivíduo / comunidade com o sistema de saúde, tal como apresentado na publicação conjunta da OPAS/ OMS de uma proposta de serviços básicos de saúde através do documento *Strategic and Programmatic Orientations, 1995-1998*.

Na década de 90, a OPAS adotou o termo *basic set (package) of health services* ou *pacote básico de serviços de saúde*, cuja elaboração, ao contrário da “prescrição” do Banco Mundial, considerava não apenas as necessidades da população, mas também os recursos disponíveis e a efetiva capacidade de resposta às demandas de cada país. Como uma nova

roupagem, a ideia de “*basic set*” retorna ao cenário da proteção social, desta feita sob a chancela da OIT, com apoio do sistema ONU.

No âmbito da saúde, a Recomendação N°202 da OIT (2012) estabelece como atribuição dos governos a provisão uma cartela de serviços essenciais aos pobres e vulneráveis, ou seja, reforçando o receituário do BM.

Pelo menos assegurar que, durante o ciclo de vida, todas as pessoas necessitadas tenham acesso a cuidados de saúde essenciais e a uma segurança básica de renda, que, no seu conjunto, assegurem um acesso efetivo aos bens e serviços definidos como necessários em nível nacional. (OIT, 2012, p.3)

A Recomendação de N° 202 orienta os países a adotarem e manterem pisos progressivos de proteção social como um elemento fundamental de seus sistemas de seguridade social, através da oferta de um nível mínimo de garantias. As garantias básicas definidas no documento são:

1) acesso a um conjunto de bens e serviços definidos em nível nacional que constituam os cuidados de saúde essenciais, incluindo a assistência à maternidade, e que cumpram com os critérios de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade; 2) segurança básica de renda para crianças, situando-se pelo menos em um nível mínimo definido nacionalmente, que proporcione o acesso à alimentação, educação, cuidados e outros bens e serviços necessários; 3) segurança básica de renda, situando-se pelo menos em um nível mínimo definido nacionalmente, para pessoas em idade ativa sem capacidade para obter uma renda suficiente, particularmente nos casos de doença, desemprego, maternidade e invalidez; e 4) segurança básica de renda para as pessoas idosas, situando-se pelo menos em um nível mínimo definido nacionalmente. (OIT, 2012, p. 3)

A estratégia de adoção de Pisos de Proteção Social é descrita no Relatório de 2011 *Social Protection Floor for a Inclusive Globalization*, como bidimensional, pois prevê uma progressão de cobertura e de benefícios, ou seja, a proposta compreende um piso básico de garantias sociais para todos (dimensão horizontal) e a implantação gradual de padrões mais elevados de garantias (dimensão vertical). A proposta é ainda defendida como uma estratégia de combate à pobreza e de redução da desigualdade:

O piso de proteção social não é uma prescrição nem tampouco um padrão universal. É uma política social adaptável que deve ser conduzida pelo país e sensível às necessidades, prioridades e recursos nacionais. Ele facilita uma abordagem abrangente de proteção social, focando, primeiramente, nos benefícios básicos, concentrando-se em ter sido concebido e desenvolvido com base de experiências inovadoras recentes. Esses benefícios podem ser inseridos gradualmente e de forma plural, de acordo com as aspirações nacionais para atender circunstâncias específicas e as capacidades institucionais e financeiras vigentes. (OIT, 2011, p. xxvii)

Apesar de a proposta ser difundida como componente moldável do sistema de proteção social, ao defender duas dimensões de inclusão protetiva básica e incentivar a focalização, inicialmente nos mais vulneráveis (crianças, idosos, trabalhadores em situação precária e desempregados), ela vai de encontro ao postulado histórico da Seguridade Social, tal como elucida Fagnani (2012, p.4):

Os organismos internacionais comentam a imprecisão conceitual de incluir o PPS no campo da Seguridade Social, banalizando o conceito clássico. Com base em programas focalizados - núcleo do Estado Mínimo - alguns sentenciam que conceder o “direito à seguridade social” em escala global não seria “um sonho”, pois o custo de programas dessa natureza é muito reduzido em proporção ao PIB.

O viés mercadológico da proposta é claro, e pretende, a partir das transferências monetárias do PPS, estimular o potencial produtivo dos beneficiários e proporcionar um “(...) “ciclo virtuoso de crescimento com equidade” (...), a população pobre poderá “desenvolver plenamente seu potencial produtivo”, superando os baixos níveis atuais de produtividade e informalidade.”(FAGNANI, 2012:19) A ideia é assegurar o mínimo e incentivá-los a se (re) inserir na cadeia de produção e de consumo.

No âmbito dos serviços, a saúde é inserida na proposta dentro do grupo de serviços essenciais à população, juntamente com a educação, água e saneamento básico. Todavia, a lógica não é a da universalização do acesso através de uma provisão pública e inclusiva. O PPS tem uma forte vertente privatizante, uma vez que a proposta é dar dinheiro aos mais pobres para que eles possam comprar no mercado estes serviços, tal como apresentado nas garantias que o PPS deve assegurar:

- 1) Renda Básica de Segurança, na forma de várias transferências (*in cash* ou *in kind*), tais como pensões para os idosos e os deficientes, abonos familiares, rendas de apoio e/ou seguros desemprego para os desempregados e trabalhadores pobres;
- 2) Acesso universal aos serviços sociais essenciais a preços acessíveis nas áreas de saúde, água e saneamento, educação, alimentação, habitação e outras áreas definidas de acordo com as prioridades nacionais. (OIT, 2011, p. xxii)

Essas recomendações, baseadas numa proposta distorcida de modelo “inovador” de Seguridade Social, reproduzem, como argumentado por Fagnani (2012, p.23), o conflito entre os paradigmas Estado Mínimo (residual e focalizado) e do Estado do Bem-estar (universal).

Lavinas (2013a) aponta ainda que esta proposta retrocede ao padrão de atenção estratificado de acordo com o status, onde a cidadania se estrutura a partir da capacidade autônoma de consumo e não pela lógica baseada nos direitos.

Enquanto o Estado de Bem-estar prima desde a sua mais remota estruturação pela redução dos riscos e a desmercantilização, a OIT volta ao passado e prega, na atualidade, uma proposta diametralmente oposta aos modelos de Seguridade Social inclusivos e universais.

De fato, há de se concordar com a proposta no que tange a descrição da saúde e da educação como serviços essenciais. Entretanto, para além de serviços essenciais, estes são tratados nos Estados de Bem-estar desmercantilizantes e inclusivos como bens públicos capazes de reduzir as desigualdades, combater a pobreza e contribuir para o desenvolvimento pleno do cidadão.

Lavinas & Fonseca (2014, p.17) afirmam que esta “proposta seria um retrocesso a um século de construção de um sistema de direitos e aponta para o retorno de um Estado ‘cuidador dos pobres’, uma lei dos pobres reformatada de acordo com os desígnios dos mercados.”

A expansão da proposta, que contraria o postulado histórico da Seguridade Social, deu-se, notadamente, entre os anos de 2009 e 2011, e continua crescendo. De acordo com Fagnani (2012):

Entre 2009 e 2011 houve uma impressionante avalanche de adesões à proposta. Formou-se uma ampla coalizão global em sua defesa que reúne as principais lideranças mundiais (G-8; G-20), FMI, Banco Mundial, ONGs e diversas agências da ONU (FAO, OACDH, Onusida, DAES, PNUD, UNESCO, UNFPA, ONU habitat, Acnur, UNICEF, Onudd, Comissões Regionais, UNRWA, PMA e OMM). Em 2010, foi constituído um “Grupo de Consulta de Alto Nível” liderado pela ex-presidenta chilena Michelle Bachelet para levar adiante a proposta. (FAGNANI; 2012, p.17)

Este tipo de proposta que segmenta clientelas e estabelece paradoxos de focalização excludente num sistema “outrora” universal, corrompe os desígnios da Carta Magna e deturpa a proposta de um sistema universal, gratuito e equalizador de acesso. Segundo Lavinas & Fonseca (2014, p.23): “Embora não esteja inscrita nos nossos marcos legais, a força da norma focalizada ganhou legitimidade no período recente, e vem justificando novos mecanismos de sobrefocalização, questionando a lógica da cidadania que prescinde à criação da Seguridade. Tal norma é contrária à seguridade universal e pública, tal como consagrada em nossa Carta Magna. No caso da saúde, a tendência à privatização da oferta de serviços da saúde sinaliza o paradoxo entre a letra da Constituição e a realidade de um setor asfixiado pelo subfinanciamento, apesar de o orçamento da Seguridade Social ser superavitário.”

A proposta de uma cartela de serviços básicos para um segmento pobre e vulnerável da população é exatamente a proposta da Saúde da Família, que se fortalece há oito anos no molde de uma vultosa estratégia de reordenamento da rede de serviços da Atenção Básica e do SUS. Se na década de 90 o Ministério da Saúde bebia, ou era forçado a beber da fonte do Banco Mundial e da OPAS, na atualidade a OIT fomenta a proposta de uma “universalização excludente” do SUS. Os impactos reais das influências do BM e de outras agências no desenho do SUS podem ser vistos, notadamente, na construção da Atenção Básica e de seus programas e ações paradoxais.

Segundo Correia (2007a, p. 6), a orientação do Banco Mundial para ampliar a participação da rede privada na oferta de serviços da saúde foi cumprida à risca. E tudo leva a crer que a proposta da “cartela básica” está sendo e será adotada em muitos países, vide a retração de vários sistemas de proteção social em muitos países.²⁴

No Brasil, a adoção da prescrição das agências resultou em uma política de saúde com enfoque na reestruturação da Atenção Primária. A ideia central visava remodelar a AB com a oferta de uma “cartela básica” de serviços voltados para o atendimento da população pobre.

As influências externas, oriundas dos receituários neoliberais e mercantilizantes defendidos pelas agências bilaterais - apresentadas neste capítulo -, e os fatores internos, a saber: a descentralização e a territorialização- temas que serão debatidos no capítulo 3- são componentes que auxiliam a compreensão da sobrefocalização nos pobres.

²⁴ O caso mais paradigmático é o inglês, cujo sistema de saúde vem passando por reformas recorrentes, desde Margareth Thatcher. A mais recente, introduzida pelo governo Cameron, retirou do serviço público o tratamento de neoplasias

3 ATENÇÃO BÁSICA: A “ PORTA DE ENTRADA” FOCALIZADA, TERRITORIALIZADA E DESCENTRALIZADA DO SUS

3.1 A construção da Rede de Atenção Básica

Considerando a questão do subfinanciamento do SUS e as influências neoliberais apresentadas no capítulo anterior, acrescentar-se-ão, neste capítulo dois componentes à análise da sobrefocalização na saúde: a) a descentralização e a territorialização.

A criação de uma cartela de serviços para os pobres, remonta à construção do SUS. Na década de 90, quando da construção do Sistema Único de Saúde. Mudar a lógica do atendimento à saúde de princípios contributivos para uma cobertura gratuita e universal demandava não somente a democratização do acesso, mas também o estabelecimento de uma compreensão de que os serviços de saúde são um direito constitucional. Obedecendo às diretrizes de hierarquização e regionalização à Atenção Básica, primeiro nível de atendimento do SUS, recaiu a responsabilidade de organizar as “portas de entrada” aos serviços de saúde.

A Atenção Primária de Saúde (APS), também conhecida como Atenção Básica (AB), é considerada eixo orientador do SUS, sendo responsáveis pela promoção da saúde básica. De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007), a Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações que englobam a promoção e a proteção da saúde, individual e coletiva, atuando no tratamento, na prevenção, no diagnóstico e na manutenção da saúde.

Com custos mais baixos, sua infraestrutura é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que se diversificam em modalidades de atendimento (Centros Municipais de Saúde, Clínicas de Saúde da Família e Postos de Saúde) e dão conta de uma “cartela básica” de serviços e procedimentos.

A Atenção Básica foi estruturada com ações territoriais e limitadas a grupos populacionais específicos, sempre seguindo os princípios da integralidade, acessibilidade e continuidade. A AB é compreendida pelo SUS como o primeiro nível de atenção à saúde.

É importante evidenciar ainda que cabe à APS a provisão do primeiro contato, focado no indivíduo, que se estende ao longo do tempo e que corresponde às necessidades em saúde das pessoas, assim como a responsabilidade de coordenação do cuidado daqueles que utilizam serviços em outros níveis de atenção, sendo a referência somente para aqueles casos excepcionalmente incomuns que extrapolarem a competência da APS. (STARFIELD-HOLTZMAN, 2007: 58)

Todavia, por tratar de um grupo de procedimentos mais simples e limitados, a Atenção Básica utiliza-se de tecnologias de baixa densidade, a fim de atender em sua grande maioria aos problemas mais comuns da população e para estudiosos como Starfield-Hotzman (2007) e Macinko *et al* (2007), por exemplo, a Atenção Primária à Saúde, vem mostrando consecutivamente, ano após ano, excelentes resultados.

Dados estatísticos revelam que os países orientados para a AP apresentam menor número de crianças com baixo peso ao nascer; menor índice de mortalidade infantil, especialmente pós-neonatal; menor índice de mortalidade precoce devido a suicídio; menor índice de mortalidade precoce relacionada a todas as causas “exceto as externas” e maior expectativa de vida em todas as faixas de idade, exceto aos 80 anos. (STARFIELD-HOLTZMAN, 2007, p. 60)

Para garantir seu financiamento, em 1997 o governo federal criou o Piso de Atenção Básica (PAB). De acordo com o Ministério da Saúde (2001), esta proposta modifica o sistema de financiamento e empodera as prefeituras para atuarem como gestoras locais do SUS. Segundo o Ministério da Saúde (2001):

O Piso da Atenção Básica é composto de uma parte fixa, destinada à assistência básica, e de uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da Atenção Básica (Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Assistência Farmacêutica Básica, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família, de Combate às Carências Nutricionais). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 6)

A parte fixa, repassada mensalmente aos municípios, é calculada conforme demonstrado a seguir:

$$\text{PAB} = \frac{\text{n}^\circ \text{ habitantes do município segundo o IBGE} \times \text{R\$ per capita}^{25}}{12}$$

12

De acordo com o MS (2001), o valor per capita inicial do PAB variou de R\$ 10,00 a R\$ 18,00, e seus recursos deveriam ser empregados apenas em despesas de custeio e capital relacionadas às responsabilidades definidas para a Atenção Básica.

No Brasil, o Departamento de Atenção Básica, formalizado e inserido dentro da estrutura do Ministério da Saúde dez anos após a criação do SUS (MS, 2003), realiza os seguintes programas:

I - Saúde da Família (SF);

²⁵ De acordo com o MS (2001:7) : O cálculo per capita quando da implantação do PAB era soma de procedimentos pagos ao município em 96/ População do Município em 1997, segundo IBGE (1997)

II - Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

III - Saúde Bucal (SB);

IV - Compensação de Especificidades Regionais;

V - Saúde Indígena (SI) e,

VI - Saúde no Sistema Penitenciário

Cada programa/ação está destinado a uma área de atuação. O foco deste trabalho, no entanto, está na Saúde da Família que atua através de uma equipe multiprofissional composta por, fundamentalmente: enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário ou técnicos em saúde dental, médicos e agentes comunitários. Os principais eixos de atuação do programa, ou sua “cartela básica” são:

1. Saúde da Criança
2. Saúde da Mulher
3. Controle do Diabetes
4. Controle da Hipertensão
5. Eliminação da Hanseníase
6. Controle da Tuberculose
7. Saúde Bucal
8. Eliminação da desnutrição infantil
9. Promoção da saúde
10. Saúde do Idoso

Dentro desta temática, segundo o Ministério da Saúde (2001), as ações da Atenção Básica estão voltadas para além da promoção e prevenção de saúde, o tratamento de agravos e a reabilitação tais como:

- Consultas médicas em especialidades básicas;
- Atendimento odontológico básico;
- Visita/ atendimento ambulatorial e domiciliar por membros da ESF;
- Pequenas cirurgias
- Pronto atendimento

Há de dar destaque aos itens “pequenas cirurgias” e “pronto atendimento”, uma vez que, durante toda a pesquisa de campo, a grande maioria dos entrevistados enfatizou que a Clínica de Saúde da Família não era uma unidade de pronto-atendimento. Esses profissionais não estão familiarizados com as diretrizes da Atenção Básica, haja vista que o que é proposto pelo MS é desconhecido, ou negado, pelos profissionais que atuam na ponta.

Para não perder o repasse dos recursos financiadores dos programas da AB, os municípios, à época da constituição do PAB, tinham por obrigação o preenchimento dos sistemas de informação²⁶ do Ministério da Saúde. A não alimentação dos Bancos de Dados do governo federal e o não envio de informações relativas ao Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e ao Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), por dois meses consecutivos, acarretaria na suspensão da transferência de recursos do PAB.

Dentro da busca pelo desenvolvimento e ampliação de ações e programas do SUS, o Governo Brasileiro/Ministério da Saúde firmou acordos com o Banco Mundial (Contrato n. 4047/OC-BR) com e o Banco Interamericano de Desenvolvimento- BIRD (Contrato n. 951/OC-BR). Em 1996, o governo brasileiro firmou um acordo o BM e o BIRD no valor total de R\$650 milhões²⁷ para desenvolvimento do REFORSUS, um programa cuja proposta objetiva apoiar a melhoria da capacidade de eficiência do SUS e a promoção de inovações administrativas na saúde. A proposta abrange desde a aquisição de equipamentos hospitalares até ampliação no Programa de Saúde da Família.

A ênfase na expansão do Programa de Saúde da Família, em 2005 e 2006 beneficiou-se de um considerável *input* de recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento-BIRD, via empréstimos ao Ministério da Saúde, que permitiram o desenvolvimento do Programa de Expansão da Estratégia de Saúde da Família (PROESF), como pode ser visto no Gráfico 3:

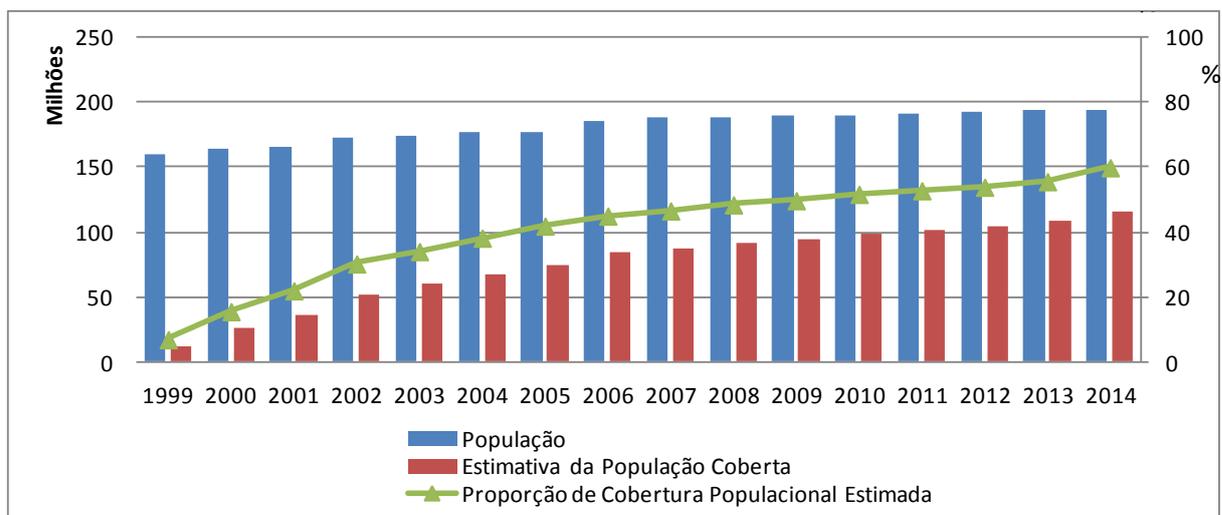
²⁶ SINAN- Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação

SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

²⁷ Relatório de Auditoria e Desempenho do Tribunal de Contas da União (1999)

Gráfico 3- Expansão Nacional da Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (1999-2014)

Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB²⁸

Neste gráfico, os dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde apresentam a evolução da cobertura a partir de 1999. Todavia, para uma proposta que se prevê universal, é fácil perceber que ainda está bem distante de cobrir toda a população. Apesar de novos recursos, a ampliação da cobertura saiu de uma estimativa de 46,8% da população coberta, em 2006, para 57,6% da população em 2014. Em oito anos, registra-se um aumento de pouco mais de 10%. Mas desde 1999, não há dúvida de que houve uma real expansão do programa em termos nacionais.

Neste cenário de proposta de expansão da proposta da Saúde da Família, com recursos das já conhecidas agências multilaterais, há de se citar a Portaria GM/MS nº399/2006, cuja promulgação buscava consolidar o SUS, aprovar as diretrizes do Pacto pela Saúde e apresentar as áreas prioritárias (e a população-alvo) do Pacto pela Vida, a saber:

1. Saúde do Idoso
2. Câncer de Colo de Útero
3. Mortalidade Infantil e Materna
4. Doenças Emergentes e Endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza
5. Promoção da Atenção Básica à Saúde

²⁸ Dados coletados no Portal da Saúde. Site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php (acessado em 02/05/2014). A série histórica é de março de 1999 até março de 2014.

Segundo Ministério da Saúde (na página²⁹ de apresentação do documento que lançou a Política Nacional de Atenção Básica, 2006), pode-se afirmar que o ano de 2006 tem a marca da maturidade no que se refere à Atenção Básica em Saúde. Afinal, o Pacto pela Vida definiu como prioridade “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde”.

Em 2011 o MS lançou o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde. A proposta central é a criação de incentivos financeiros para a reforma, ampliação e construção de Unidades Básicas de Saúde. As Unidades Básicas de Saúde fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência lançada em 2003, estes equipamentos, dependendo de sua modalidade podem realizar atendimentos de Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. As UBS são inseridas em duas modalidades UBS sem Estratégia de Saúde da Família e com Estratégia de Saúde da Família

UBS I- abriga uma equipe de ESF

UBS II- abriga no mínimo duas equipes de ESF

Para o MS não existe a terminologia de Centro Municipal de Saúde (CMS) nem da Clínica da Família, e sim UBS com ESF e sem ESF.

No Rio de Janeiro, local onde a pesquisa de campo desta tese foi realizada, estava prevista à época a realização de obras de adequação de 22 UBS tipo II com recursos do Programa de Aceleração do Crescimento³⁰ (PAC2). No município, a coleta de dados sobre o funcionamento da ESF foi realizada em duas UBS II, ou seja, um CMS e uma Clínica da Família. Sendo que o CMS contava com três equipes de ESF e cujo funcionamento datava da década de 90 e a Clínica da Família com seis equipes, tendo sido inaugurada em 2012.

De acordo o Ministério da Saúde (2011)³¹ seguem as seguintes determinações para as UBS:

Com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária e reconhecendo que existem diversas realidades sócio epidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e distintas maneiras de organização das UBS, recomenda-se:

²⁹ <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>

³⁰ O PAC 2 prevê a construção de mais de 3 mil UBS e visa ampliar mais de 10 mil unidades já existentes.

³¹ A portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 “que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”.

I - para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para no máximo 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica; e
II - para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para no máximo 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. Educação permanente das equipes de Atenção Básica A consolidação e o aprimoramento da Atenção Básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requerem um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

Cabe destacar que, em ambas as unidades de saúde estudadas na pesquisa de campo, o grupo populacional atendido pela unidade (seja por demanda espontânea ou população adscrita e acompanhada pela ESF) é superior ao número máximo de 12 mil habitantes, ou seja, contraria a recomendação do MS.

No que tange os investimentos do governo federal, a Política Nacional de Atenção Básica, publicada pelo MS em 2012, mostra que o Bloco de Financiamento da Atenção Básica³² (Bloco AB) teve algumas alterações ao longo dos últimos anos, com um expressivo aumento de recursos bem como mecanismos de regulação na prestação de contas.

O financiamento federal da AB é composto na atualidade por: a) Recursos per capita; b) Recursos para projetos específicos, como o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde e da Compensação de Especificidades Regionais (CER)³³; c) Recursos de Investimento; d) Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e qualidade.

Em 2012, o governo federal instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)³⁴. Segundo o “Manual Instrutivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, publicado pelo MS (2012a, p.8), os principais objetivos do PMAQ são:

³² Instituído pelo Ministério da Saúde Portaria nº 204/gm de 29 de janeiro de 2007.

³³ A Portaria nº 204/gm de 29 de janeiro de 2007 determinou que os recursos destinados à estratégia de Compensação de Especificidades Regionais correspondem a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado. Ainda segundo o § 3º, os critérios de aplicação dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais devem ser pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB e levados ao conhecimento do plenário da CIT, devendo atender a especificidades estaduais e transferidas mediante ato normativo específico do Ministério da Saúde.

³⁴ A proposta do PMAQ é composta de sete fases que vão desde a “adesão e contratualização” até a “recontratualização” após uma etapa de avaliação de resultados, que prevê no momento da adesão ao PMAQ-AB, o repasse Fundo a Fundo de 20% (vinte por cento) do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável, por equipe vinculada à Estratégia de Saúde da Família.

I – Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;

II – Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;

III – Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;

IV – Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo;

V – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB;

VI – Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e

VI – Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

São variados os recursos, suas condicionalidades e os sistemas de informação para prestação de contas, mas, em todos os documentos consultados, fica claro o papel central ocupado pela “Saúde da Família”. É inclusive uma obrigatoriedade “inserir a Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços como tática prioritária de organização da Atenção Básica” (Ministério da Saúde, 2012). Ainda de acordo com o MS (2012):

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 54)

De acordo com dados da Saúde da Família, publicados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família é uma proposta em crescente expansão por todo o território nacional, sendo mais fortemente visível sua atuação nas regiões sul e sudeste do país.

Para apoiar a expansão da ESF, em 2008 o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF³⁵. De acordo com a proposta, o NASF serviria como um grupo de apoio à equipes já implantadas de ESF, da seguinte forma:

³⁵ Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de Março de 2008.

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF no qual o NASF está cadastrado. Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 2 que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fonte: <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>)

Durante nossa pesquisa, identificou-se a atuação da equipe do NASF em apenas uma das unidades de saúde investigadas. A equipe do NASF trouxe ganhos significativos para a unidade, promovendo uma maior articulação com a rede de proteção social local, auxiliando na institucionalização de fluxos com outros equipamentos da saúde, com a assistência social e a educação. Entretanto, como será relatado no capítulo 5, o NASF não atua em todas as unidades da Rede.

Os recursos de incentivo e apoio para expansão das equipes de Saúde da Família chegam a enquadrá-las em diferentes modalidades e investimentos. Segundo o Departamento da Atenção Básica, em julho de 2014, 5.381 municípios (97% do total) contam com a atuação da ESF, totalizando 28.586 equipes de Saúde da Família.³⁶

Segundo dados do Portal de Transparência do SUS³⁷, para o ano de 2014 está previsto o repasse de R\$ 9,7 bilhões de Reais para o desenvolvimento de ações e programas da Atenção Básica nos municípios. Deste montante, cabe ao estado do Rio de Janeiro, R\$ 605 milhões de Reais.

3.2 Descentralização e Territorialização

Além do amplo repasse de recursos e incentivos do governo federal, os municípios têm a seu favor, na estruturação de sua rede de serviços de saúde, o modelo brasileiro de federalismo. Tal modelo é único no mundo, uma vez que se estrutura numa forte

³⁶ Fonte: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php Acessado em 15 jan2014

³⁷ Disponível em < <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/visao/dadosTransparencia.jsf?uf=%27MT%27> > acessado em 6 set.2014

descentralização do financiamento e da gestão das políticas, dando autonomia aos governos subnacionais para que optem ou não pela adesão a propostas elaboradas em nível federal. Municípios e estados negociam diretamente com o governo federal e estabelecem o cumprimento de metas e contrapartidas no repasse e prestação de contas dos recursos (Arretche, 2002).

Seja no campo da educação, saúde, habitação ou assistência social, os governos subnacionais, após a Constituição de 88, vêm conduzindo de acordo com seus interesses o desenho e a gestão de políticas, antes de inteira responsabilidade do governo federal (MARQUES & ARRETCHÉ, 2002). Para Arretche (2004, p.20), “as garantias constitucionais do Estado federativo permitem que os governos locais estabeleçam sua própria agenda na área social”. Isto é explicitado pelos seguintes números:

Desde 1988, multiplicaram-se municípios, com o país alcançando 1.406 novas cidades; em dezembro de 2000, 98% do total de municípios brasileiros, de formação recente ou não, aceitaram a tarefa de “gerir” a oferta de saúde, tanto no plano de Atenção Básica, como epidemiológico e até, em certos casos, no atendimento de média complexidade. (TREVISAN; L.N.; JUNQUEIRA; L.A.P., 2007, p. 896)

O fortalecimento da descentralização resultante da Constituição Cidadã e a atribuição de papéis no cofinanciamento da saúde teve como ferramenta matricial a criação das Normas Operacionais Básicas. Em seu histórico, as Normas Operacionais Básicas³⁸ (NOB 01/93 e NOB 06/96), tinham o papel de regulamentar e operacionalizar, mediante o estabelecimento de regras, requisitos e responsabilidades, a gestão descentralizada da saúde nos municípios. As NOBS rompem com o modelo de gestão centralizada e concedem autonomia para gestão e inovações institucionais, respeitando, porém, a tutela de coordenação federal e seus processos

³⁸ A Norma Operacional Básica de Saúde de 1993, publicada através da Portaria nº 545 em maio do ano de referência tem seu foco na regulamentação do processo de descentralização da gestão dos serviços e das ações no âmbito do SÚS, estabelecendo, também, os mecanismos de financiamento das políticas e ações de saúde. Complementar à NOBS/93, a NOBS/ 96, por sua vez, atribui as responsabilidades e papéis de cada ente federativo e discutindo ainda a proposta do novo modelo de saúde, seu funcionamento e os recursos destinados a ela. Conforme consta na NOB/96:

(...) esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

- a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

regulatórios e princípios fundamentais³⁹. De acordo com Trevisan & Junqueira (2007, p. 898), a NOB 06/96 foi um marco no processo de descentralização e expansão da municipalização da saúde:

O processo de municipalização da saúde se consolida a partir da NOB/SUS de novembro de 1996, que considera o município o “responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território”. (...) A partir da NOB/96 o “processo de municipalização expande-se rapidamente” e, em dezembro de 2000, 98% dos municípios estavam habilitados à gestão plena de Atenção Básica.

Cabe destacar que “A Norma Operacional Básica (NOB) de 1991 e a Norma Operacional Básica de 1992, bastante parecidas, inauguraram a prática de associar o repasse de recursos e a transferência de poderes sobre unidades assistenciais”. (IPEA, 2009, p. 115)

As NOBs favoreceram, ainda, a relação direta entre os níveis de governo, auxiliando o direcionamento das políticas de saúde, automatizando as transferências intergovernamentais e criando a transferência de recursos fundo a fundo, que dispensava a formação de convênios para a garantia dos repasses.

Com esta garantia dos repasses, estados e municípios têm fortalecida sua autonomia para atuar com protagonismo na descentralização das políticas de saúde. Nesta perspectiva, as diferentes atribuições e contrapartidas dos entes federativos podem ser um fator de relevância para compreender o crescente processo de focalização aplicado na saúde.

Por exemplo, um município pode moldar o formato de um determinado programa à sua realidade no momento de sua implementação, optando por aplicar ou não uma nova focalização em áreas de maior vulnerabilidade social. Sobre esta questão, Arretche (2002a, pág. 4) argumenta que:

A despeito dos esforços de regulamentação da atividade dos implementadores, estes têm razoável margem de autonomia para determinar a natureza, a quantidade e a qualidade dos bens e serviços a serem oferecidos. Neste sentido, eles têm a prerrogativa de, de fato, fazer a política. É esta autonomia que, por sua vez, lhes permite atuar segundo seus próprios referenciais.

No que tange a adesão dos municípios às propostas de programas do Ministério da Saúde, a Norma Operacional Básica de 1996 é destacada como a que acelerou mais fortemente o processo de descentralização, criando incentivos à implantação de programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família. Juntamente com a NOB/ 96, o governo federal instituiu o Piso Assistencial Básico

³⁹ Arretche (2004)

(PAB), que atribuía um valor *per capita* a ser transferido de forma automática para estados e municípios executarem ações e políticas de Atenção Básica.

Duas normas operacionais posteriores foram criadas nos anos de 2001 e 2002: as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Objetivavam a melhoria das condições de acesso aos serviços socioassistenciais e definiam a regulação do acesso. (IPEA, 2009)

Sobre a NOAS/SUS/2001, Trevisan & Junqueira enfatizam seu importante papel na regionalização dos serviços de saúde, estabelecendo as responsabilidades regionais no fornecimento dos serviços de saúde. Segundo os autores:

A NOAS/SUS/01 determina que cabe às secretarias estaduais de saúde elaborar o Plano Diretor Regionalização para garantir acesso ao cidadão, o mais próximo possível à residência de um “conjunto mínimo de ações e Serviços”, estabelecendo também o compromisso entre os municípios para o atendimento de referências intermunicipais. O Plano Diretor de regionalização obedece a alguns pontos básicos como o de “Módulos Assistenciais”, que representam um conjunto de municípios que atuam referenciados a um “município-sede” que está apto a oferecer um elenco de serviços de média complexidade. Há um município-polo que atende os demais do módulo em qualquer nível de atenção. Os módulos constituem regiões e microrregiões de Saúde conforme as suas possibilidades de atendimento. A operacionalização da regionalização pertence às Secretarias Estaduais de Saúde, a quem cabe coordenar todas as mudanças. A autonomia municipal na gestão de saúde, obviamente, acaba reduzida com essa forma de regionalização. Quando a ela se soma a centralização real do Orçamento Autorizativo da União, a autonomia do município na gestão de saúde se reduz a uma frase eloquente em que a retórica passa a ocupar quase todo o espaço da realidade. (TREVISAN; L.N.; JUNQUEIRA; L.A.P., 2007, p. 899)

O IPEA (2009) indica como resultados positivos da atuação das NOBs e NOAS, o aumento da produtividade e da efetividade das ações de saúde desenvolvidas pelos entes federativos e a queda da mortalidade infantil. Já os resultados negativos indicam problemas na gestão municipal oriundos da expansão da rede de saúde sem articulação regional e sem planejamento ordenado.

O modelo de repasse de recursos via Normas Operacionais Básicas manteve-se vigente até 2006, quando foi comprovado que a fórmula indutora de mudanças das NOBs estava esgotada. Estados e municípios agiam diferentemente na construção de equipamentos e no desenvolvimento de sua rede de serviços. As diferenças regionais não mostraram melhorias, levando a que clivagens se acirrassem com exemplos de “mau uso” dos recursos, exemplificados na “expansão de sistemas municipais sem nenhuma articulação regional, levando a ineficiências”. O quadro foi agravado pelo alto grau de heterogeneidade dos municípios brasileiros, tanto em termos de tamanho populacional quanto de condições econômicas e capacidade instalada. (IPEA, 2009)

Os problemas resultantes do acelerado repasse de recursos, sem uma análise e acompanhamento prévio de estados e municípios, vide suas idiosincrasias e realidades variadas, servem como exemplo do desafio da implementação das políticas públicas em um cenário de forte descentralização. Ao discutir *Federalismo e Igualdade Territorial*, Arretche pontua:

(...) regras nacionais homogêneas não significam necessariamente resultados igualitários; diferentes fatores explicam as desigualdades social e regional no Brasil. Em primeiro lugar, o crescimento econômico foi concentrado nas regiões Sul e Sudeste. Esta se reflete em grande variação na capacidade de arrecadação própria dos governos subnacionais. Ainda que o reconhecimento deste fato esteja na origem de políticas fiscais redistributivas, estas historicamente produziram limitada compensação para desigualdades territoriais de capacidade de extração de recursos tributários. (ARRETCHE, 2010, p. 595)

Com o fim das NOBS em 2006, um novo modelo de pactuação foi adotado através do Pacto pela Saúde. Tal modelo se consubstancia na criação dos Termos de Compromisso e Gestão (TGC), incluindo a proposta da regionalização solidária e a integração de repasses federais. Esperava-se, assim, facilitar a emergência de arranjos institucionais que levassem em conta as particularidades e especificidades locais. (IPEA, 2009)

A maior inovação do Pacto Pela Vida, no entanto, consistiu, segundo Dourado & Elias (2011), nos Colegiados de Gestão Regional (CGRs). Estes funcionariam como instâncias capazes de promover maior horizontalidade no relacionamento entre os governos municipais e fomentar processos decisórios compartilhados na definição das políticas de saúde de abrangência regional. Para os autores, os Colegiados representariam uma proposta de equilíbrio consolidando mecanismos de cooperação.

Na avaliação de Arretche (2004), a relação institucionalizada através da representação de estados e municípios em conselhos, vistos como espaços de negociação e formulação de agendas e mecanismos de contrapeso à concentração de autoridade, suprimiu a possibilidade do Ministério da Saúde de estabelecer unilateralmente as regras de funcionamento do SUS.

Para a Política Nacional de Saúde ser efetiva e resolutiva, para além da descentralização dos recursos, das variadas fontes de financiamento e do nível de autonomia concedida a estados e municípios, a variável território tem de ser igualmente considerada e problematizada.

Considerando a dimensão da proposta da ESF como eixo estruturador da Atenção Básica, é fundamental compreender as diretrizes da AB para entender a proposta e atuação

territorializada da ESF. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2012, p. 20 a 23)

1. Ter um território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação e o desenvolvimento de ações descentralizadas;
2. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos;
3. Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.
4. Coordenar a integralidade das ações e programas;
5. Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.

“Adscrever usuários” e “população adscrita” são diretrizes da AB juntamente com “acesso universal”, algo que soa de longe como um contrassenso. Se olharmos mais detidamente para o rol dos procedimentos e área de atuação da Atenção Básica (como já apresentado) fica evidente que, se no passado o atendimento e cuidado da medicina previdenciária eram restritos aos contribuintes, o foco agora está na população pobre e vulnerável, priorizando mulheres, crianças e idosos, com um grupo de doenças específicas, numa base territorial delimitada.

A orientação para a definição de base territorial e a territorialização estão presentes em inúmeros documentos consultados sobre a AB. Para compreender como a territorialização dos serviços auxiliou a sobrefofocalização na saúde brasileira, há de se explorar a metodologia adotada na construção de uma rede integrada de serviços de saúde.

De acordo com Godim *et al* (2008, p.2): “O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população”. Logo, a definição de bases territoriais, através de uma análise das condições epidemiológicas e sociais é condição *sine qua non* para a construção e distribuição de uma rede de serviços. Segundo Pereira & Barcellos (2006, p.51):

Os Sistemas de Saúde também se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue a uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção. As diretrizes estratégicas do SUS (Lei 8080) têm uma forte relação com a definição do território. O município representa o nível inferior onde é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de descentralização. Nesse território, as práticas de saúde avançam para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção.

No âmbito da discussão sobre “Território e Territorialização nas políticas de saúde”, afirmam Santos & Rigotto:

(...) por vezes, a estratégia da territorialização em saúde, sobretudo no contexto das ações da Atenção Básica à Saúde, reduz bastante a potência analítica e a eloquência descritiva acerca das inúmeras características da vida das pessoas que emergem num dado território. Em verdade, a operacionalização da categoria “território” por parte de profissionais do SUS vem sendo tratada de forma parcial, de modo que o conceito do espaço, consagrado a fins administrativos que se voltam para a dimensão gerencial dos serviços de saúde, tem limitados seu potencial e suas possibilidades na identificação de questões de saúde e das correspondentes iniciativas de intervenção concreta na realidade cotidiana das coletividades humanas. (SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M, 2011, p. 389)

Ainda na ótica de Santos & Rigotto (2011), a compreensão de um dado território permitiria a caracterização descritiva e analítica de uma dada população, possibilitando uma atuação mais focada e efetiva a partir da adoção de práticas e atuações mais concretas e adequadas à realidade local.

Mendes (2007), em seu estudo *A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde*, retrata, entre outros aspectos, a importância da construção de uma Rede de Atenção bem estruturada territorialmente, com base na construção de territórios sanitários e de distintos níveis de atenção à saúde. Segundo o autor:

O processo de territorialização deve identificar, a partir de certos critérios, diferentes territórios sanitários. Por sua vez, estes territórios sanitários são espaços de oferta ótima de serviços da rede, organizados segundo níveis de atenção. Em geral, pode-se dizer que os principais territórios sanitários poderiam ser: o território local, com autossuficiência nos serviços de atenção primária à saúde; o território mesorregional ou distrital, com autossuficiência nos serviços de atenção secundária à saúde; e o território macrorregional, com autossuficiência nos serviços de atenção terciária. Portanto, deve haver, neste processo, a correspondência entre um território sanitário e uma carteira de serviços a ser ofertada neste espaço. Ou seja, em todos os territórios locais deve ser ofertada a atenção primária à saúde; ao contrário, a atenção especializada ambulatorial ou hospitalar deve ser concentrada em territórios meso ou macrorregionais, dependendo da densidade tecnológica dos serviços. (MENDES, 2007, p. 19)

Mendes ressalta ainda que “do ponto de vista metodológico, para cada território sanitário, deve-se definir seus limites geográficos e sua população e estabelecer a carteira de serviços que será ofertada neste espaço-população” (2007, p. 19). O autor defende que a Atenção Primária deve superar a interpretação de que esta seria seletiva e focalizada nas populações pobres, e argumenta que esta deve funcionar como uma “porta de entrada” resolutive dos cuidados primários da população, defendendo assim a atuação da saúde em redes de atenção.

Na dinâmica das redes de atenção à saúde, os territórios são, também, espaços de responsabilização sanitária por uma população definida. Dado o princípio da cooperação gerenciada, é necessário que haja uma definição clara das ações e serviços que a Rede de Atenção à saúde naquele território ofertará aos seus grupos populacionais adscritos. Isto é que marca, com firmeza, as redes de atenção à saúde dawsonianas, construídas com bases em espaço-populações. Por consequência, os territórios sanitários são recortados de forma a se compatibilizarem aos princípios da construção das redes de atenção à saúde e de propiciarem a imposição de uma responsabilização inequívoca de uma autoridade sanitária em relação a uma população definida. (MENDES, 2007, p.16)

Mas como se daria o funcionamento ideal de uma Rede de Atenção?

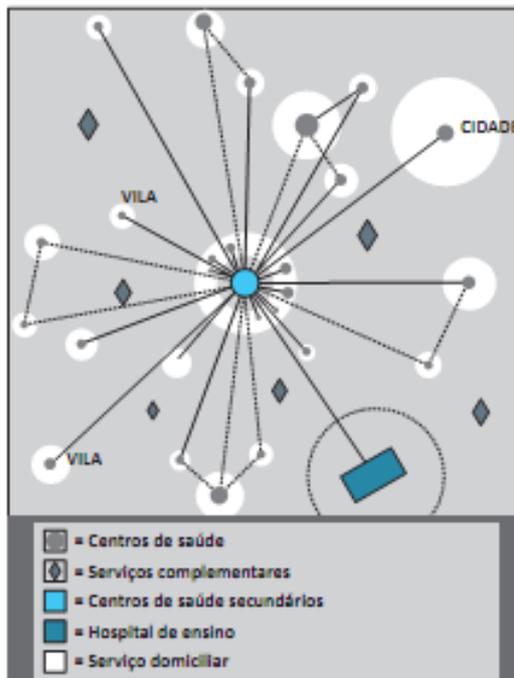
A proposta de atendimento em rede na saúde surge na década de 20 com a publicação do Relatório Dawson, no Reino Unido, quando foi introduzida, pela primeira vez, a definição de população-alvo, de bases territoriais e de regiões de saúde. Dr. Bertrand Dawson⁴⁰ formulou os conceitos de “porta de entrada”, níveis de atenção e complexidade e a construção de centros de saúde com a atuação de médicos generalistas (KUSCHNIR, 2010, p.32). Seus ensinamentos estão presentes na proposta de atuação em rede na Estratégia de Saúde da Família. De acordo com seu modelo:

Os serviços domiciliares de um determinado distrito seriam baseado em um Centro de Saúde Primário, uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva a serem realizadas pelos médicos de clínica geral de que o distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o auxílio de visitar consultores e especialistas. Centros de Saúde Primários que variariam em tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e quanto à sua situação na cidade ou país, mas eles, na maior parte, deveriam ser compostos por médicos de clínica geral do distrito e os pacientes deveriam ser assistidos pelos médicos de seu distrito. (DAWSON, 1920)

A proposta de Dawson da criação de uma rede integrada de serviços de saúde, inovadora à época, só se consolidou décadas depois quando da publicação do Relatório de William Beveridge. Sua proposta, cujo desenho influenciou a criação do NHS bem como o desenho do SUS e da Estratégia de Saúde da Família é apresentada na Figura 1, traduzido a partir do original por Kuschnir (2010):

⁴⁰ Dr. Bertrand Dawson foi médico da Família Real Britânica e membro do Conselho Consultivo do Ministério da Saúde do Reino Unido. (KUSCHNIR, 2010)

Figura 1- Conceito de Rede de Serviços de Saúde elaborado por Lord Dawson (1920)



Fonte: KUSCHNIR, 2010, p.32

A despeito desse modelo ideal de integração, intersetorialidade e funcionamento, na prática a pesquisa *in loco* identificou não uma dinâmica de construção de redes de serviços, levando em conta princípios de territorialização e descentralização, senão o recurso à focalização como estratégia de diferenciação do Programa Saúde da Família. Este programa surge embasado numa “inovação institucional”, que consistiria nas “portas de entrada”. Como pretende demonstrar esta tese, isso não se efetivou.

Cabe recordar que, na estruturação de uma rede de serviços, tudo começa pela divisão do território. Na cidade do Rio de Janeiro, a divisão do território em áreas de responsabilidade sanitária compete a uma Coordenação de Área de Planejamento Sanitário (CAP). Tal modelo, na cidade, recebeu a denominação de Territórios Integrados de Atenção à Saúde.

Na década de 80, a Comissão do Plano da Cidade (COPLAN) determinou a construção e revisão dos limites administrativos da cidade do Rio de Janeiro em Regiões Administrativas (RAs) e bairros. Mais tarde, com base na Lei Orgânica do Município e no Plano Diretor decenal da cidade, instituíram-se as Áreas de Planejamento Sanitário. (MENEZES, 2011). Coube a essas áreas, o desenho da Estratégia de Saúde da Família e a alocação de unidades de

saúde na cidade. A disposição dos equipamentos e serviços de saúde, bem como a área de cobertura o da ESF, levaram em consideração dados populacionais do censo⁴¹, de forma que cada localidade/bairro/comunidade coberta pela ESF fosse dividida em microáreas, cobertas por um determinado número de equipes de Saúde da Família, tendo equipamentos de média e de alta⁴² complexidade de referência.

Para o encaminhamento de pacientes com vistas a consulta com especialistas ou realização de exames - fora da carteira de serviços da ESF -, os usuários do SUS devem passar pelo Sistema de Regulação, o SISREG. Ao longo da pesquisa que compõe nosso estudo de campo, pacientes e funcionários das unidades de saúde atentaram que há graves lacunas no sistema de regulação. Referências e contrarreferências não se comunicam adequadamente e não há de fato um funcionamento em rede eficiente e resolutivo.

Para a organização de uma Rede de Atenção em base territorial, a política de saúde Pública deve prever a interligação de serviços e intervenções em simultâneo e conformidade a outras atuações, como, por exemplo, políticas de habitação, políticas de saneamento urbano, etc. Segundo Bahia (2014⁴³), não é concebível que tenhamos um sistema de saúde onde não há conexão entre políticas de saúde e saúde. Ou seja, muito mais do que pensar onde alocar equipamentos é preciso planejar uma atuação integrada com objetivos bem definidos e abrangentes.

⁴¹ Informações obtidas nos anos de 2011 e 2012 durante o período em que atuei diretamente junto a Secretaria Municipal de Saúde, como Analista de Gestão Institucional do Programa UPP Social da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, sendo responsável pela análise e cobertura da Estratégia de Saúde da Família nas favelas pacificadas da cidade.

⁴² Segundo o Portal de Saúde do Governo federal “A Média Complexidade Ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento” (Fonte: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>). As ações de referência de Média Complexidade são: Atendimentos especializados, Atendimentos de urgência, Exames de laboratório e Radiodiagnósticos, Ultrassonografia, Reabilitação e Internação nas Clínicas Básicas. Os atendimentos de Alta Complexidade do SUS são aqueles que demandam alta tecnologia e alto custo, dentre eles cabe citar as cirurgias e transplantes.

⁴³ Trechos da aula proferida pela Professora Ligia Bahia no dia 17/07/2014 no Curso de Inverno do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

4 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO: estudo de caso

4.1 A Estratégia de Saúde da Família: o paradoxo da focalização nos pobres e vulneráveis

Muito tem-se falado⁴⁴ sobre a Estratégia de Saúde da Família, principalmente, sobre a sua capilaridade e o acesso à saúde que ela oferece aos mais pobres através do funcionamento das Clínicas de Família, que rapidamente se espalham por todas as cidades brasileiras levando a Atenção Básica aos grupos mais pobres e vulneráveis. Cabe ressaltar que a Estratégia de Saúde da Família vem se desenhando como a estratégia central de saúde pública no país.

Seguindo a temática de ampliação do acesso à saúde àqueles que são os mais vulneráveis, o governo lançou, em maio de 2012, o Programa Brasil Carinhoso, que se pretende um benefício auxiliar ao já famoso Programa Bolsa Família (PBF). O novo programa deverá beneficiar cerca de quatro milhões de famílias cadastradas no CadÚnico e beneficiárias do PBF, com crianças de até 6 anos de idade. Sua ação consiste na garantia de uma renda familiar per capita mínima de R\$ 77,00 para cada membro da família, além da distribuição gratuita e preferencial de suplementos, como: Vitamina A, Ferro e também remédios contra a asma infantil, entre outros. De acordo com o governo federal:

Serão investidos mais de 10 bilhões de Reais entre os anos de 2012 e 2014 através do Programa Brasil Carinhoso, cujo valor deve ser direcionado para obter resultados que, juntos, mostrem a melhoria de vida da população carente em termos de educação, saúde e vida social. É esperado pelo governo federal do Brasil que a implantação do Programa Brasil Carinhoso faça com que a extrema pobreza seja reduzida caindo em torno de 40%, elevando a qualidade de vida. (brasilcarinhoso.net)

Esta iniciativa do governo remonta à criação dos já extintos programas do Ministério da Saúde: Cartão Alimentação e Bolsa Alimentação, cujas ações estavam voltadas estruturalmente para a provisão de recursos e serviços aos mais vulneráveis, atrelados a uma preocupação com a nutrição e a saúde das crianças. O comum a tudo isso, seja nos programas já extintos ou nas iniciativas vigentes, é “pavimentar” uma via de acesso à saúde no país.

⁴⁴ Na introdução desta tese foram apresentados alguns estudos sobre a Estratégia de Saúde da Família e neste capítulo mais estudos sobre o tema serão abordados.

O “olhar” para os pobres como uma clientela restrita, para os quais deve se ofertar um conjunto de serviços de saúde para tratar um grupo específico de doenças, se evidencia nos recentes estudos sobre um grupo de doenças de incidência e recorrência na população de baixa renda, as chamadas doenças negligenciadas, ou doenças da pobreza (MOREL, 2013; OMS, 2012; ACADEMIA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS, 2010). Algumas delas, como tuberculose, sífilis, dengue e diversos tipos de verminoses, evidenciam que, para o governo, quando se trata de ofertar serviços de saúde pública e gratuita para os pobres, não se deve apenas “pavimentar” as vias de acesso, mas sim direcionar também o tipo de atendimento que esta parcela da população “necessita”.

Programas focalizados, todavia, não são uma novidade na política social brasileira, uma vez que na temática da ação de transferência de renda condicionada têm-se como destaque programas de âmbito municipal, estadual e federal: Auxílio gás, Bolsa-Alimentação, Bolsa-Escola e Bolsa-Família.

No campo das práticas focalizadas nos programas sociais de transferência de renda condicionada ou não, o valor da renda familiar *per capita* é o principal critério de elegibilidade dos assistidos. Desta forma, a avaliação socioeconômica das famílias aparenta ser o critério mais tangível e eficaz para a seleção dos beneficiários. O primeiro programa focalizado de grande porte foi o Benefício de Prestação Continuada, depois houve o Bolsa Escola, municipal e finalmente o Bolsa Família, nacional. Há diferenças entre eles, segundo Lavinias (2013b):

Três características distinguem o BF do BPC (outro programa de bem-estar grandioso no país): (i) BF está sujeito a condicionalidades; (ii) o BPC é um programa focalizado, mas a maior parte da população não está sujeita a restrições em termos de idade ou outras características, exceto na pobreza; (iii) o valor do benefício mensal e da fórmula de calcular a pobreza e a indigência são diferentes. (LAVINAS, 2013b, p. 36 e 37)

Para fins da nossa pesquisa, interessa mirar o PBF. Criado em outubro de 2003 pela medida provisória nº132, o Programa Bolsa Família surgiu para combater a pobreza e a exclusão social, e, em 2004 por decisão do governo federal, passou a unificar todos os programas sociais de transferência que o antecederam. Porém, não foi apenas nas transferências de renda assistenciais que ganhou terreno a focalização.

Em paralelo aos programas de garantia de renda para grupos vivendo em situação de destituição aguda, o governo federal lançou, no âmbito da Atenção Básica de Saúde, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, cujo objetivo era o de reduzir os

índices de morbidade infantil e materna na região Nordeste. A proposta do PACS se estruturava através da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em comunidades via ações educativas e atendimentos domiciliares e comunitários, individuais e coletivos para a prevenção de doenças. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deveriam realizar visitas domiciliares a um grupo de famílias, trabalhando na prevenção de doenças e na identificação de situações de risco.

A inovação da proposta estava na atuação dos ACS que eram moradores das localidades onde atuavam e deveriam atender entre 400 a 700 pessoas mensalmente, dependendo das necessidades da localidade de atuação. Na qualidade de moradores, estes trabalhadores teriam familiaridade com o território que deveriam percorrer, com a realidade de sua comunidade e proximidade com a população local. Dentre as atividades realizadas pelos ACS, cabe citar:

- ✓ Visitar no mínimo uma vez por mês cada família de sua comunidade, que integra a lista selecionada;
- ✓ Incentivar o aleitamento materno;
- ✓ Pesar e medir mensalmente as crianças menores de dois anos e registrar a informação no Cartão da Criança;
- ✓ Identificar situações de risco e encaminhar aos setores responsáveis;
- ✓ Supervisionar eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas.

Para o desenvolvimento de suas atividades, a rotina de um ACS englobaria as seguintes ações: a) cadastramento/diagnóstico; b) mapeamento das residências; c) identificação das Microáreas de Risco; d) realização de visitas domiciliares (principal instrumento de trabalho das ACS); e) ações coletivas para mobilizar e sensibilizar a comunidade e f) ações intersetoriais no âmbito da educação e da cidadania/direitos humanos, identificando crianças em idade escolar que não estão frequentando a escola e na realização de ações solidárias e humanitárias na localidade. Este Programa, por sua vez, engendrou o desenho do Programa de Saúde da Família.

Seguindo o modelo do PACS, foi criado em março de 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), que objetivava modificar o modelo de atendimento da saúde à população extremamente pobre, privilegiando uma medicina preventiva, com laços na

comunidade/território, e voltada preferencialmente para o atendimento às famílias vulneráveis. De acordo com o Ministério da Saúde (2003):

O reconhecimento da crise do modelo anterior suscitou a necessidade emergencial de uma nova estratégia estruturante, contemplando a incorporação de recursos humanos e tecnologias contextualizadas nas novas práticas. Com esse propósito, iniciou-se a formulação das diretrizes do Programa Saúde da Família, lançado em março de 1994. À época, ele foi apresentado como a estratégia capaz de provocar mudanças no modelo assistencial ao romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para e junto à comunidade. (Informe Técnico Institucional do Ministério da Saúde, 2003, p. 113 e 114).

O programa que foi inicialmente criado para suprir a carência de serviços e equipamentos de saúde em municípios com baixos indicadores sociais e de saúde e com evidências de risco sanitário⁴⁵, apresentava claramente uma discriminação positiva e uma postura focalizada e “dirigida às regiões e grupos sociais em situação de exclusão social e sanitária.” (FAVORETO; CAMARGO JUNIOR, 2002, p.62).

De acordo com Senna (2002), a década de 90 foi marcada pela adoção de estratégias destinadas a garantir que as políticas sociais atingissem os segmentos mais vulneráveis, e o PSF representa uma ação estratégica do Ministério da Saúde de focalização nas famílias mais pobres como alvo. Essa focalização é uma ruptura paradigmática da proposta universal do SUS. Segundo Senna (2002, p.204):

Dentro desse quadro, o PSF é visto por alguns como uma medida fortemente impregnada por seu caráter racionalizador, que reserva ao Estado a função restrita de provedor dos serviços básicos de saúde, direcionado a grupos populacionais marginalizados. (SENNA, 2002, p. 204).

O próprio Ministério da Saúde, quando da criação do PSF apresenta claramente o seu viés focalizado como uma estratégia de trabalhar com grupos prioritários de usuários do SUS, no primeiro documento oficial sobre o programa. Como pode ser visto no estudo de Henrique & Calvo (2008, p. 810):

O primeiro documento a esclarecer a forma de atuação da nova proposta foi editado pelo Ministério da Saúde em 1994, e apresentava o PSF como instrumento de reorganização da atenção à saúde respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), porém atendendo prioritariamente aos grupos mais vulneráveis da comunidade.

O estudo de Silva *et al* (2013) *A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde de Família e a mudança no modelo de atenção* faz uma meticolosa leitura dos estudos

⁴⁵ Favoreto e Camargo Junior (2002) e Rocha e Soares (2010).

realizados sobre a proposta do MS, evidenciando seu caráter focalizado e suas dificuldades em atingir metas previstas de cobertura, atendimento e qualidade. De acordo com os autores:

A ausência de mudanças no modelo de atenção revelada por esse estudo e o grau de implantação da ESF ainda incipiente a intermediário são reflexo de avanços em alguns aspectos da atenção à saúde, mas que não correspondem ainda à adoção da Saúde da Família como estratégia prioritária e central no nível local, permanecendo a dificuldade em incorporar o caráter substitutivo. Então, mesmo nos locais onde se observa a importância da ESF para garantia do princípio da universalidade, a focalização ainda aparece mascarada, muitas vezes, pelo fato de os extratos de excluídos representarem uma grande proporção populacional. (SILVA; CASOTTI; CHAVES; 2013, p. 228)

A ESF foi moldada por um forte viés restritivo e direcionador de ações e recursos, que priorizou a implantação do programa em áreas de maior vulnerabilidade social e risco sanitário. Neste cenário, Giovanella *et al* (2009) atestam que:

A Saúde da Família, inicialmente voltado à extensão da cobertura, com foco em áreas de maior risco social e implantando em 1994 como um programa paralelo “limitado, bom para os pobres e pobre como eles”, aos poucos adquiriu centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS. (GIOVANELLA; MENDONÇA; ALMEIDA; ESCOREL; SENNA; FAUSTO; DELGADO; ANDRADE; CUNHA; MARTINS; TEIXEIRA; 2009, p. 784)

Olhar para a implementação do programa como uma proposta focalizada e para os pobres é comum a outros pesquisadores, tais como Senna:

Uma das questões mais recorrentes nas discussões em torno do Programa Saúde da Família (PSF), implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em âmbito nacional a partir de 1995, diz respeito ao processo de focalização promovido por este. Talvez porque inicialmente a definição da implantação do programa priorizasse as áreas de risco segundo o Mapa da Fome (Pelliano, 1993), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e/ou porque sua emergência se deu num contexto de crise e racionalização dos gastos em saúde, e/ou ainda devido à priorização das ações de prevenção e promoção da saúde, baseadas em baixa incorporação tecnológica, o fato é que algumas análises sobre o PSF (Misoczky, 1994; Paim, 1996) tendem a identificá-lo como uma simplificação da atenção à saúde, um sistema de saúde pobre para os pobres. (SENNA, 2002, p. 204)

Há variados estudos sobre o funcionamento do Programa de Saúde da Família nos municípios do Brasil. Observa-se, em quase em todos, a constatação de que o programa ainda enfrenta muitos obstáculos. Os estudos mais elogiosos do programa são aqueles que avaliam os seus impactos por um viés quantitativo, e que relacionam a sua atuação à redução da mortalidade infantil (MACINKO *et al*, 2006) e à redução da mortalidade por doenças cardíacas e cerebrovasculares (RASELLA *et al*, 2014).

É inegável que o programa, ao ofertar serviços de promoção e prevenção de saúde, notadamente, ao trabalhar com o grupo de doenças crônicas inseridas no programa HIPERDIA⁴⁶, atua fortemente no controle e prevenção da diabetes e da hipertensão, tendo assim o potencial de produzir importantes resultados no controle e redução dessas patologias.

Na perspectiva dos estudos críticos, tomando como base a avaliação de Sousa e Hamann (2009) no artigo *Programa de Saúde da Família: uma agenda incompleta?*, reconhecem-se muitos problemas em virtude da falta de preparo dos profissionais para lidar com os desafios na cobertura do atendimento, no preparo dos profissionais para a dinâmica de trabalho com a comunidade, bem como a dificuldade no desenvolvimento de novas tecnologias gerenciais e organizacionais. Segundo Hamann e Sousa:

Conforme se pode depreender desse fato, a estratégia de capacitação, formação e educação permanente para o pessoal do PSF continua sendo uma questão a ser enfrentada, enquanto uma política de Estado capaz de levar adiante mudanças em curso na formação, sobretudo dos profissionais da medicina. Busca-se que esses profissionais estejam preparados, e comprometidos, para exercer a prática da saúde integral, familiar e comunitária. (...) E essa construção não pode prescindir de outra questão desafiadora, a de produzir tecnologias gerenciais, aplicadas aos processos de monitoramento e avaliação, colocando no centro da discussão os seguintes aspectos: a qualidade da expansão das equipes do PSF, a utilização do sistema de informação como ferramenta gerencial, que contemple a complexidade da organização da atenção e apresente indicadores adequados e oportunos para o monitoramento e avaliação dos efeitos do PSF nos municípios brasileiros. (SOUSA; HAMANN, 2009, p. 1333)

As avaliações sobre o Programa de Saúde da Família, seja no campo das Ciências Biomédicas ou das Ciências Sociais, permitem fazer importantes inferências sobre os principais desafios enfrentados pelas equipes, bem como também denotam alguns exemplos de bons resultados no que tange à inserção social dos ACS (agentes comunitários de saúde) nas comunidades, mas nenhuma delas questiona o paradoxo de seu desenho sobrefocalizado nos pobres.

O desenho focalizado do programa pode ser explicado pelos problemas de subfinanciamento do SUS, assim como as hipóteses de descentralização, territorialização e

⁴⁶ Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica. O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS. Fonte: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>

pressão privatista na saúde ajudam na compreensão do paradoxo que constitui o objeto desta tese.

Vale ressaltar que estudos⁴⁷ indicam dificuldades no SUS para além da questão do subfinanciamento, tais como a sua incapacidade de atender à demanda com resolutividade.

Cabe assinalar, ademais, que a funcionalidade da Estratégia de Saúde da Família, enquanto “porta de entrada” do SUS é altamente questionável. Vide um dos resultados da pesquisa do Conselho Federal de Medicina “Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde”, realizada pelo *DataFolha* em junho de 2014. De acordo com a pesquisa, apenas 3% da população entrevistada⁴⁸ afirmaram utilizar a Estratégia de Saúde da Família como “porta de entrada” do SUS, enquanto 49 % dos entrevistados relataram utilizar o atendimento de emergência.

Com base nos dados suprarreferidos é válido questionar a necessidade de se criar um programa focalizado nos municípios, privilegiando os grupos mais vulneráveis, uma vez que o SUS já atende às parcelas menos afluentes da população, por ser um serviço universal. Logo, o que faz com que a universalidade não funcione? Ela é inefetiva? E a Estratégia de Saúde da Família é uma inovação capaz de ampliar o acesso ao atendimento médico?

4.2 Desenho da pesquisa e metodologia

Uma ampla gama de estudos sobre as dificuldades de acesso aos serviços do SUS (BARACHO, 2013; SCHWARTZ *et al* 2010; IPEA, 2011; NONNENMACHER *et al* 2011) contribui para a compreensão dos desafios enfrentados por muitos cidadãos para entrar no sistema.

A ESF traz como uma de suas diretrizes a ampliação do acesso ao SUS, atuando como uma nova “porta de entrada” para os serviços do sistema. Avaliando esta premissa da ESF, Schwartz *et al* (2010, p. 2145) atestam que:

Constata-se que as principais necessidades da população estão inseridas nas atribuições da Unidade de Saúde da Família e que os usuários enfrentam diversas dificuldades de acesso-utilização dos serviços. As principais críticas estão relacionadas às dificuldades de acesso às especialidades.

⁴⁷ IPEA (2008); Bahia *et al* (2011); Bahia (2007); Bahia (2009).

⁴⁸ A amostra foi de 2.418 entrevistas, com margem de erro de dois pontos percentuais. As entrevistas foram realizadas com homens e mulheres, com 16 anos ou mais, pertencentes às classes econômicas ABCDE. Fonte: Conselho Federal de Medicina, 2014.

O estudo de Schwartz *et al* (2010) indica que a criação de novas Unidades Básicas de Saúde não é uma garantia de acesso a serviços e ações integrais de saúde. Principalmente se os gargalos e ineficiências no sistema se mantêm e o sistema ainda padece da contratação de novos profissionais. “Apesar de todos esses avanços, observa-se também que o SUS apresenta dificuldades para garantir o acesso oportuno e de qualidade para toda população brasileira.” (IPEA, 2011)

Nossa questão é saber se essa “porta de entrada” leva efetivamente o usuário mais pobre e vulnerável a adentrar a integralidade do sistema único de saúde, ou se, por força da combinação de fatores tais como subfinanciamento, descentralização e territorialização da política de saúde notadamente na sua dimensão Atenção Básica, o princípio da universalidade é corrompido em favor de uma ação focalizada, que restringe a igualdade de acesso e de tratamento. Azevedo & Costa (2010), assim como Schwartz *et al* (2010), desenvolveram pesquisas empíricas, percorrendo os relatos de usuários da ESF, em diferentes regiões do país, a fim de avaliar a possível melhoria no acesso ao serviço do SUS. Em ambos os estudos, a proposta da ESF não conseguiu superar os problemas já existentes no sistema e ampliar o acesso à rede de serviços.

A questão relevante, porém, é o fato de que problemas relativos ao acesso na ESF revelam a existência de gargalos no sistema que podem comprometer toda a sua estrutura de organização e funcionamento. E mais, pode implicar a exclusão de milhões de indivíduos cujas condições precárias de vida já os mantêm à margem de muitos direitos de cidadania. (AZEVEDO & COSTA, 2010, p.806)

Para investigar como se dá tal subversão de valores e comprometimento do modelo de redes, nossa pesquisa vai privilegiar um estudo de caso em duas áreas das mais carentes e desassistidas da cidade do Rio de Janeiro. Numa delas, a atuação da UPP Social deveria ter permitido uma franca recuperação dos serviços de saúde, tal como formulado com a soma de recursos, competências e esforços advindos, sobretudo do estado e do município, e ainda algum apoio federal (obras de infraestrutura do PAC). Na outra, fora do perímetro de investimentos prioritários por razões de segurança e reconquista de um território ocupado, poder-se-ia esperar que a lógica da Atenção Básica trouxesse algum alento e favorecesse, mesmo sem um atuação integrada dos três níveis de governo, o ingresso cidadão à rede de proteção universal à saúde.

No município do Rio de Janeiro, como será apresentado neste capítulo, no ano de 2009, a Saúde da Família passou de um programa com poucos recursos, quando do seu início na década de 90, para a principal ação da prefeitura no âmbito da saúde.

No ano de 2011, o estado do Rio de Janeiro passou por uma longa auditoria realizada pelo Tribunal de Contas do Estado, cujos resultados apresentaram problemas na infraestrutura de algumas unidades, irregularidades na composição de equipes, na contratação de pessoal e o descumprimento da carga horária. O município do Rio de Janeiro não foi contemplado na pesquisa que foi realizada em 91 cidades, uma vez que, na capital, a fiscalização do programa é de responsabilidade do Tribunal de Contas do Município.

Considerando os resultados da auditoria, que servem de base comparativa, e os investimentos recentes feitos na expansão da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, é válido questionar se o município poderá ou não ser incluído nos casos de sucesso do programa. Este foi um dos fatores⁴⁹ para escolha da cidade como estudo de caso para a realização da pesquisa de campo.

Com base no público prioritário da proposta da Saúde da Família, o planejamento da pesquisa de campo buscou identificar algumas áreas de grande vulnerabilidade na cidade do Rio de Janeiro, de forma a observar o desenvolvimento da Estratégia e de suas especificidades no atendimento de seus beneficiários prioritários.

A escolha de unidades de saúde inseridas em favelas trará acréscimos ao debate sobre os desafios enfrentados pela ESF no âmbito de sua atuação como “porta de entrada” do SUS. Seus resultados somados ao de outras análises em diferentes áreas do país auxiliará a compreensão ampla e efetiva de seu funcionamento. (FRIEDRICH & PIERANTONI, 2006; AZEVEDO & COSTA, 2010; SCHWARTZ *et al* 2010; NONNENMACHER *et al* 2011; CECÍLIO, 1997; MERHY & QUEIRÓS, 1993)

A seleção das respectivas unidades e seus territórios de cobertura foi oriunda da experiência de análise da Estratégia de Saúde da Família nas áreas pacificadas do Rio de Janeiro, por intermédio do trabalho no Programa UPP Social. Durante os anos de 2012 e 2013, quando já havia elaborado o objeto desta tese, realizei uma consultoria para a ONU – Habitat no programa da prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, UPP Social⁵⁰. Como

⁴⁹ Evidentemente, o fato de ser moradora da cidade do Rio de Janeiro e de ter trabalho no governo são fatores que também contribuíram para a escolha do município do Rio de Janeiro.

⁵⁰ De acordo com o site do programa: “A UPP Social é um programa multidisciplinar coordenado pelo Instituto Pereira Passos (IPP) em parceria com o ONU-Habitat – o Programa das Nações Unidas para Assentamentos

consultora da UPP Social, atuei inicialmente como analista da Gestão Institucional, Coordenadora de programa para a Presidência do Instituto Pereira Passos e depois como Assessora da Gestão Institucional. A atuação no programa me permitiu, durante um ano e meio, a relação direta com todas as secretarias da prefeitura, notadamente, com a Secretaria Municipal de Saúde.

O programa UPP Social⁵¹ via Gestão Institucional, setor onde atuei por mais tempo, estabelece uma relação permanente de fluxo de informações, com uma pessoa de referência em cada secretaria de governo: a estes atores chamamos de ponto-focais. Estas pessoas são responsáveis pela atualização de informações sobre planejamento de ações, investimentos e agendas de atuação de cada pasta de governo nas áreas pacificadas. Nunes (2013) descreve o papel da Gestão Institucional no Programa UPP Social da seguinte maneira:

A Gestão Institucional (GI) atua na interlocução junto às secretarias da prefeitura, órgãos municipais e demais instituições envolvidas com o programa. Faz parte da GI uma subárea chamada de Mobilização e Parcerias, que tem a função de articular as dimensões social, urbana e cidadã com a dimensão econômica, pois se entende que não somente com o setor público precisa haver articulação, mas também com as empresas do mercado. O objetivo é impedir que os “territórios pacificados” não sejam novamente dominados pelos grupos deles expulsos. (NUNES, 2013, p. 115 e 116)

Como analista e assessora da Gestão Institucional, participei de várias reuniões com a Secretaria Municipal de Saúde, e tive acesso a informações privilegiadas sobre o planejamento de expansão da cobertura da Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro como um todo.

A Gestão Institucional (GI) atua na interlocução junto às secretarias da prefeitura, órgãos municipais e demais instituições envolvidas com o programa. Faz parte da GI uma subárea chamada de Mobilização e Parcerias, que tem a função de articular as dimensões social, urbana e cidadã com a dimensão econômica, pois se entende que não somente com o setor público precisa haver articulação, mas também com as empresas do mercado. O objetivo é impedir que os “territórios pacificados” não

Humanos, para promover a melhora na qualidade de vida de populações que moram em territórios pacificados. A atuação da UPP Social tem o seu trabalho pautado por três eixos: o da informação – com levantamentos que geram um retrato e um panorama de cada território; o básico – de prestação de serviços públicos; e o do desenvolvimento econômico – com formação, consultoria e auxílio em legalização para empreendedores locais visando à geração de renda e emprego nas comunidades.” Fonte: <http://uppsocial.org/programa/>

⁵¹ De acordo com Nunes (2013:109) As ações sociais pensadas para as UPPs Social reúnem as políticas da assistência social (Bolsa Família, Benefício a Prestação Continuada, por exemplo), as políticas de saúde (Posto de Saúde da Família, Unidades de Pronto Atendimento em Saúde, atendimento hospitalar) e as políticas de educação (ensino fundamental, médio, educação profissional). A execução dessas políticas é compartilhada entre as três esferas de poder. Promover cidadania e desenvolvimento socioeconômico nas favelas, por sua vez, implicaria em envolver a iniciativa privada para viabilizar o acesso a uma gama de serviços (como os financeiros), opções culturais e de lazer, bem como aos serviços públicos prestado pelo poder judiciário.

sejam novamente dominados pelos grupos deles expulsos. (NUNES, 2013, p. 115 e 116)

Foram incontáveis reuniões em Clínicas da Família, com a Coordenação das CAPS e com o ponto-focal da Secretaria Municipal de Saúde, à época, Nina Prates, a quem informei desde o início de meu trabalho na UPP Social sobre a minha tese de doutorado e a quem pedi auxílio, inclusive, para escolher as unidades de saúde que deveriam compor meu estudo de caso. Durante o tempo em que atuei na UPP Social, tive a oportunidade de observar o atendimento realizado e coletar relatos de usuários em incontáveis unidades de Clínica da Família. A experiência no programa soma, sobremaneira, a este estudo e apoia as conclusões trazidas em toda a minha análise.

Como dito, Nina Prates, me auxiliou na escolha das unidades que deveriam compor meu estudo de caso. A fim de compreender o desenvolvimento de arranjos institucionais, especificidades locais e a história da implementação e desenvolvimento da ESF, seria fundamental observar duas unidades de saúde com diferentes processos de implantação, ou seja, uma unidade de saúde tradicional, cuja atuação houvesse se iniciado na década de 90, e uma unidade de saúde nova, no modelo das novas clínicas de Saúde da Família, de inauguração recente.

Analisar duas unidades com processo de implementação e história distintas permitiria identificar semelhanças e diferenças, diretrizes, arranjos institucionais e inovação desta política dentro de uma mesma cidade.

Considerando os aspectos que a pesquisa buscava elucidar nas duas unidades, Nina Prates me sugeriu estudar o CMS Canal do Anil, cuja implementação da Saúde da Família datava da década de 90 e a Clínica da Família Antônio Gonçalves da Silva, unidade inaugurada em janeiro de 2012, no Batan, comunidade pacificada do Rio de Janeiro. Ambas as clínicas pertencem à Zona Oeste da cidade e são áreas de grande vulnerabilidade social.

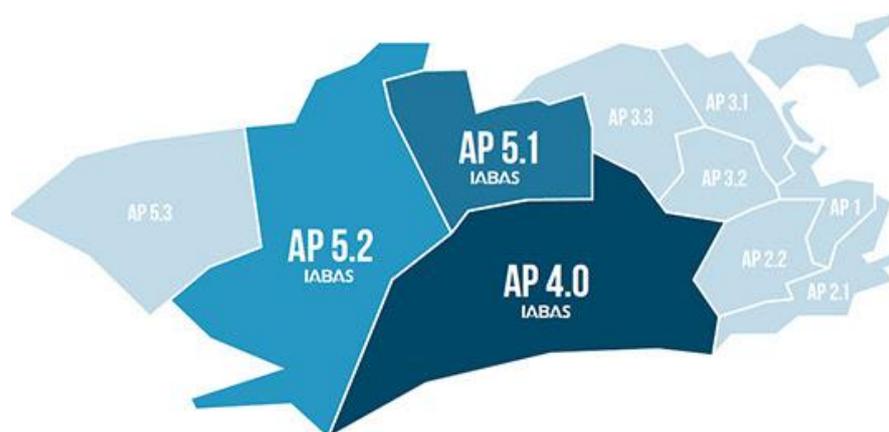
Coincidentemente, ambas as clínicas de Saúde da Família selecionadas para o estudo de caso estão localizadas na região Oeste. É interessante relatar, que apesar de estas serem administradas por uma mesma Organização Social de Saúde⁵² (OSS) - o Instituto de Atenção

⁵² Segundo o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (1998), no âmbito da proposta de reforma do Estado as Os, estariam “habilitadas a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado. Em contrapartida, ela se obrigará a celebrar um contrato de gestão, por meio do qual serão acordadas metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público” (p.14). De acordo o Art. 18 da LEI Nº 9.637, DE 15 DE MAIO DE 1998, a qual Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização: “ A

Básica e Avançada à Saúde, IABAS -, seus territórios pertencem a áreas programáticas diferentes e têm um quadro socioeconômico diverso, enquanto em uma delas há investimentos oriundos da Política de Pacificação na outra há um vazio de recursos públicos.

A OSS IABAS atua em três APs da Zona Oeste, como pode ser observado no mapa apresentado na Figura 2:

Figura 2- Divisão do território da cidade do Rio de Janeiro segundo áreas programáticas



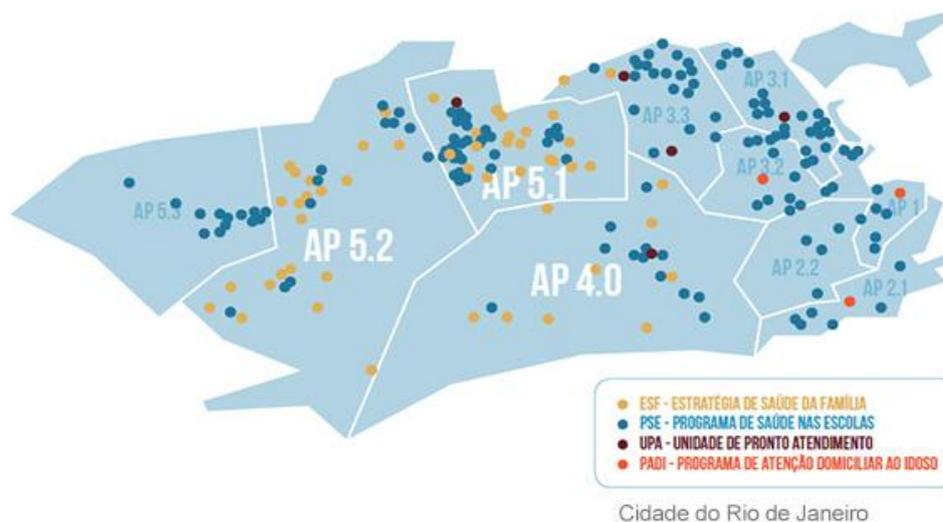
Fonte: <http://www.iabas.org.br>

As APS de atuação da IABAS com seus respectivos bairros de cobertura são:

- Área Programática 5.2: Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, Guaratiba, Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba.
- Área Programática 5.1: Deodoro, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo, Padre Miguel, Bangu, Gericinó, Senador Camará.
- Área Programática 4.0: Jacarepaguá, Anil, Gardênia Azul, Cidade de Deus, Curicica, Freguesia (Jacarepaguá), Pechincha, Taquara, Tanque, Praça Seca, Vila Valqueire, Joá, Itanhangá, Barra da Tijuca, Camorim, Vargem Pequena, Vargem Grande, Recreio dos Bandeirantes, Grumari.

A atuação da IABAS não se restringe apenas à Atenção Básica, e em seu *website* ela apresenta suas frentes de atuação, com base em sua área de cobertura como pode ser visto na Figura 3:

Figura 3- Atuação em serviços da OS IABAS



Fonte: <http://www.iabas.org.br>

De acordo com dados de cadastramento de famílias da própria OSS, as Clínicas da Família atendem a 1.000.000 de usuários na Zona Oeste do Rio de Janeiro, isso quer dizer que um milhão de usuários passaram pela “porta de entrada” da Atenção Primária, mas não significa que necessariamente foram encaminhados para outras unidades para a contrarreferência ou tiveram um atendimento resolutivo. Significa apenas que a Atenção Primária, a “porta de entrada” do SUS, registrou algum tipo de atendimento (consulta, exames etc.) para um determinado número de usuários.

Mas como funciona essa “porta de entrada”?

Durante o período em que aguardava a autorização da pesquisa⁵³ não nos era permitido realizar a coleta de dados ou qualquer atividade de pesquisa de campo *in loco*.

⁵³ Para adentrar no cotidiano das unidades de saúde, obedecendo a Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, meu projeto de pesquisa teve de ser submetido à apreciação dos Comitês de ética do Hospital Universitário

Nesse período estive realizando algumas incursões a duas Clínicas de Saúde da Família na condição de usuária, uma próxima à minha residência, onde busquei atendimento para vacinação; outra no bairro de residência dos meus pais. A busca pela utilização de serviços em ambas as unidades, mesmo na condição de moradora de uma área coberta, não resultou em um acompanhamento pela Estratégia. Não houve cadastro, consulta ou qualquer tipo de uso dos serviços além da vacinação.

A metodologia traçada para entender o paradoxo da sobrefocalização nos pobres da ESF estava sustentada na pesquisa qualitativa, onde eu deveria fazer turnos nas unidades, seguindo a técnica de observação participante, a fim de identificar o funcionamento da mesma e sua “clientela”, entre outros aspectos, mediante realização de entrevistas com pelo menos dois profissionais de cada área da equipe multiprofissional de cada unidade (médicos, enfermeiros, ACS, técnicos de enfermagem, além do gerente). Inicialmente, a proposta era de falar também com usuários das unidades, mas os atrasos na coleta de dados nos fizeram optar por usar dados da “conversa desavisada” com usuários, para compreender a percepção e satisfação dos usuários que buscam o atendimento nas Clínicas da Família.

Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde, através da Plataforma Brasil.

No mês de novembro, após estar em posse de todos os “Documentos Obrigatórios para abertura de Protocolo de Projeto de Pesquisa via Plataforma Brasil”, exigidos pela Secretaria Municipal de Saúde, a saber: a) Folha de Rosto da Plataforma Brasil, devidamente assinada e carimbada pelo pesquisador responsável e Instituição Proponente; b) Projeto de Pesquisa de inteiro teor; c) Carta de Apresentação do Orientador, em papel timbrado da Universidade ou Instituição Proponente, incluindo cargo e vínculo do mesmo com a universidade; d) Termo de Autorização da Unidade; e) Parecer de outro CEP, caso possua; f) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo os contatos (telefone e e-mail) do Orientador, do (s) Pesquisador (es) e do CEP/SMSDC-RJ; g) Cronograma (Coleta de dados iniciando dois (02) meses após a submissão do Projeto no CEP/SMSDC-RJ); h) Roteiro de coleta de dados/ Questionário; i) Orçamento detalhado; j) Declaração negativa de custos ou declaração informando fonte de financiamento; k) Currículo de todos os pesquisadores envolvidos no projeto de pesquisa; submeti meu projeto de pesquisa à aprovação dos Comitês de ética envolvidos em minha pesquisa.

Foi necessário aguardar por três meses a autorização da pesquisa, após ter de passar pelo escrutínio e discricionariedade do Comitê de Ética da UFRJ, que exigiu uma incontável variedade de documentos, para além dos já obrigatórios da Secretaria Municipal de Saúde, precisei envolver o Conselho Nacional de Ética e Pesquisa-CONEP, solicitando sua intervenção para solucionar um grave problema de discricionariedade do CEP do HUCFF, que mesmo após a emissão do parecer favorável da Instituição Co-participante, no caso a Secretaria Municipal de Saúde; insistia em solicitar um declaração de Instituição participante da mesma, travando a pesquisa e criando um mal-estar institucional entre ambas as instâncias avaliadoras.

Agradeço a todo apoio recebido pela equipe do Comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde e aos interventores do CONEP, sem os quais a pesquisa de campo, talvez, não houvesse ocorrido, vide a morosa tramitação, burocracia, subjetividade e discricionariedade presentes na Plataforma Brasil. É lamentável que pesquisadores tenham de encarar, com desamino, malhas burocráticas que ao contrário do apoio à pesquisa, dificultam e prejudicam a sua execução. De forma que, se passaram quase quatro meses entre a primeira visita à unidade e o início da pesquisa, o que além de atrasos trouxe inúmeras dificuldades à conclusão do trabalho, uma vez que no mês de fevereiro, quando do início da coleta de dados o gerente da CF Antônio Gonçalves da Silva estava de férias e a gerente do CMS Canal do Anil havia sido transferida para um cargo administrativo na SMS, e uma nova gerente e eu estávamos começando juntas nossa primeira semana de trabalho.

No âmbito da utilização da pesquisa qualitativa através da observação participante, Roberto Jarry Richardson *et al*, no estudo *Pesquisa Social: métodos e técnicas*, argumentam que:

No que diz respeito a procedimentos metodológicos, as pesquisas qualitativas de campo exploram particularmente as técnicas de observação e entrevistas devido à propriedade com que esses instrumentos penetram na complexidade de um problema. A observação, quando adequadamente conduzida, pode revelar inesperados e surpreendentes resultados que, possivelmente, não seriam examinados em estudos que utilizassem técnicas diretivas. Com a observação, podem-se obter informações sobre fenômenos novos e inexplicados que, de certo modo, desafiam nossa curiosidade. E, com respeito a esse tipo de observação, podemos dizer que sua função é descobrir novos problemas. (RICHARDSON, R. J; 1985, p. 82)

Muito mais do que uma pesquisa qualitativa descritiva, este estudo é principalmente, a avaliação de uma política social. Visa identificar o funcionamento e eficiência dessa estratégia focalizada no âmbito de um sistema de saúde que se prevê universal. De acordo com Rossi & Freeman (1999, p. 3) :

“Na condução dos programas em curso e novos, as avaliações ajudam a determinar o grau em que os programas são eficazes, isto é, como eles estão fornecendo com sucesso às suas populações-alvo recursos, serviços e benefícios, pretendidos por seus financiadores e desenvolvedores”

Foram elaborados alguns questionamentos norteadores da pesquisa de campo, tais como: 1) A ESF universaliza o acesso ou o restringe? 2) No que este modelo de política focalizada rompe barreiras ou as reproduz? 3) Há restrição na demanda atendida e como isso é gerido? 4) A ESF equaliza custos e oportunidades? 5) Quem utiliza a ESF?

Para a coleta de dados, desenvolvemos três tipos de questionários com roteiro semi-estruturado e um roteiro de observação participante (serão apresentados no capítulo 5) , específicos para cada tipo de ator a ser entrevistado, a saber: a) questionário para o gerente da unidade; b) questionário para médicos e enfermeiros/equipe técnica;c) questionário para os Agentes Comunitários de Saúde e d) um roteiro de observação participante.

Para a realização das entrevistas foram redigidos cinco modelos (inseridos no grupo de documentos anexos) diferentes de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo às recomendações do Conselho de Ética do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), bem como as recomendações do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da prefeitura municipal do Rio de Janeiro, garantindo o sigilo dos entrevistados. Para tanto foram redigidos os seguintes termos: 1) TCLEI Agentes Comunitários de Saúde; 2) TCLE2

Rotna de Trabalho; 3) TCLEIII Gerente da Clínica; 4) TCLE IV Usuários da Clínica e 5) TCLE V Médicos e Enfermeiros.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, trechos de entrevistas foram utilizados no capítulo 5 a fim de corroborar as conclusões da pesquisa. Em todos os trechos transcritos, a identidade do entrevistado foi mantida em sigilo.

4.3 O trabalho de campo e a observação participante

Trabalho de campo é uma arte, que não se baseia apenas num dado talento para observação, mas principalmente, no conhecimento da técnica da antropologia interpretativa imortalizada por Malinowski, Levi-Strauss, Clifford Geertz entre muitos outros.

Ao escrever “Os argonautas do Pacífico Ocidental” Bronislaw Malinowski (1984) imortalizou aquele que veio a se tornar o método de excelência da pesquisa antropológica, a técnica de “observação participante”. Para o autor (1984, p.11): “A recolha de dados concretos sobre uma vasta gama de fatos é, portanto, um dos principais métodos do trabalho de campo”.

Imbuída nos propósitos de realizar uma consistente coleta de dados, foram realizadas inúmeras visitas às unidades selecionadas, todas elas documentadas em um caderno de campo e em registros fotográficos, além das entrevistas gravadas. De início, quando só os gerentes das unidades sabiam do meu papel e da minha vontade de observar sem ser observada, foi possível acompanhar a dinâmica de vários setores das unidades de saúde, ouvir relatos de usuários e profissionais e observar com cuidado a realidade de cada local.

No que tange à participação, Malinowski (1984, p. 34) relata ainda que: “neste tipo de trabalho, é ainda aconselhável que, de vez em quando, o etnógrafo ponha de lado a máquina fotográfica, o bloco de notas e o lápis e intervenha no que está a passar. Pode participar nos jogos dos nativos, pode acompanhá-los nas suas visitas e passeios, sentar-se ouvindo e partilhando as suas conversas.” Aproveitei-me inúmeras vezes de cenários ideais, nos quais as unidades estavam cheias e o burburinho e a inquietude de usuários me permitiam fazer perguntas como: você está esperando há muito tempo? Você sempre se consulta aqui? Você gosta do médico/ enfermeiro que o atende? Você sabe quem é o seu ACS?

A arte de observar e participar um ambiente desconhecido na busca por respostas para sanar um questionamento de pesquisa é a arte da etnografia. Segundo Clifford Geertz (1926, p.7):

Se a etnografia é uma descrição densa e os etnógrafos são aqueles que fazem a descrição, então a questão determinante para qualquer exemplo dado, seja um diário de campo sarcástico ou uma monografia alentada, do tipo Malinowski, é se ela separa as piscadelas dos tiques nervosos e as piscadelas verdadeiras das imitadas.

Para realizar uma “descrição densa”, e separar as piscadelas verdadeiras das imitadas, tal como proposto por Clifford Geertz, foi preciso mergulhar na rotina das unidades de forma intensa, buscando identificar seus usuários, as principais demandas e compreender a lógica de funcionamento dessa “porta de entrada” da população pobre.

O trabalho de campo foi uma ferramenta de análise de suma importância para a avaliação do funcionamento do modelo de Rede de Atenção Básica territorializada, auxiliando a análise da atuação da ESF como “porta de entrada” e sua capacidade de levar o usuário para dentro dos serviços do SUS. Esta modalidade de pesquisa qualitativa, permitiu apreender e compreender a satisfação ou insatisfação dos usuários com o atendimento prestado pelas unidades. Em inúmeras situações colocava-me sentada na fila junto a eles, de modo a ouvir suas reclamações e questionando se gostavam da clínica, quem era seu médico, se eram bem atendidos, se a demora era grande, entre outras perguntas.

Todas as visitas às unidades foram combinadas previamente com o gerente da unidade e com o profissional com quem planejava realizar a observação da rotina de trabalho e a entrevista. Nas primeiras visitas realizadas no horário da manhã, que em todas as unidades é o horário de pico, encontrei unidades lotadas e com filas na porta antes do horário de abertura. As filas têm uma justificativa: como a maior parte do atendimento das clínicas é a demanda por consultas ou a realização de procedimentos não-agendáveis (vacinas, verificação de pressão, curativos entre outros). Nos primeiros dias de observação, encontrei pessoas que aguardaram por quase três horas seu atendimento.

Cabe destacar, que cada unidade tem um funcionamento peculiar, resultante de diferentes processos de implantação, diferentes corpos técnicos, diferentes territórios e perfis epidemiológicos, bem como, e não menos importante, diferentes gerentes. Essas características implicam em diferentes avaliações seja pelos profissionais envolvidos ou pela população atendida.

No município do Rio de Janeiro, a política de implantação e expansão da Saúde da Família sempre esteve voltada para as áreas de comunidades/favelas. Este planejamento, claramente direcionado, resulta em uma compreensão mais ampla de que este programa é efetivamente voltado para a população pobre. A fim de apoiar o entendimento de como a “porta de entrada” do SUS foi moldada aos interesses estratégicos da prefeitura, vamos descrever brevemente a recente expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro.

4.4 Breve Histórico do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

De acordo com Cazelli (2003) em seu trabalho de *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro*, a primeira experiência da proposta de Saúde da Família foi inspirada no modelo cubano e teve lugar na Ilha de Paqueta no ano de 1995, quando o prefeito da cidade do Rio de Janeiro era César Maia.

O modelo cubano de *Medicina Familiar*, que inspirou o Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro, teve início na década de 80 e compreende procedimentos e serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, além da proteção de grupos populacionais específicos, sa saber: mulheres, crianças e idosos.

Segundo reportagem online, *Contrapontos na América-Latina* da Revista RADIS – Comunicação e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz:

A rede assistencial de Cuba apresenta hoje 381 áreas de saúde cobertas pelo programa Médico da Família — que inspirou a criação da Estratégia Saúde da Família no Brasil — e conta com 28 mil médicos distribuídos em seu território. Dados oficiais apontam que mais do 99,1% da população cubana estão cobertos com médico e enfermeira da família. A meta é atingir 100% da população (Fonte: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/104/reportagens/contrapontos-na-america-latina>)

O funcionamento do programa, de acordo com uma médica brasileira entrevistada na pesquisa de campo, formada em Cuba e com residência *no Medicina Familiar*, é estruturado com base no trabalho de uma equipe que atua em cada um dos múltiplos consultórios espalhados pelo país. Neles, um médico generalista, um enfermeiro e alguns especialistas de apoio (assistente social, fisioterapeuta, etc.) desenvolvem consultas (no consultório e nas visitas domiciliares) e trabalham com um número de 250 famílias. No desenho da proposta, o consultório é o local de residência do médico, sendo a casa vizinha o local de moradia do

enfermeiro. Com este número de famílias, o médico consegue realizar as visitas domiciliares de sua responsabilidade e o programa consegue desenvolver de forma efetiva a medicina preventiva.

No Rio de Janeiro, o projeto piloto, inspirado na experiência cubana, foi gerido pelo modelo de convênio entre a prefeitura do Rio e a ONG Centro de Produção da Saúde (CEDAPS), que já havia desenvolvido projetos de saúde comunitária em outras áreas da cidade do Rio de Janeiro. No modelo implantado, à luz do *Medicina Familiar*, uma equipe de Saúde da Família era responsável por 130 famílias, onde três equipes multidisciplinares eram compostas por médicos, assistentes sociais, nutricionistas e apenas um agente de saúde por equipe. Dentre os resultados de sucesso da empreitada, apresentados pela autora cabe citar:

- Aumento do aproveitamento da capacidade instalada das unidades de saúde com revitalização do setor de ambulatório e incremento da produção;
- Implantação plena dos programas de saúde da mulher, criança, adolescente e idoso;
- Resolutividade em torno de 95% das consultas médicas (sem necessidade de encaminhamentos para outras unidades)

Segundo Cazelli, dados da Coordenação de Saúde das Comunidades, instância ligada à Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde, indicam que a proposta em execução em Paquetá, apesar de bastante exitosa em seus resultados iniciais, não poderia ser reproduzida no município do Rio de Janeiro em larga escala, uma vez que seus custos eram muito elevados. Vê-se que cedo o modelo exitoso importado de Cuba foi substituído por algo mais barato e pragmático.

De acordo com a autora, entre 1996 e 1997⁵⁴, surgiram as primeiras experiências do PACS na cidade do Rio de Janeiro. Estas tiveram lugar no Complexo da Maré e em Vigário Geral, favelas da cidade marcadas por extrema vulnerabilidade social. Isso denota, desde o princípio, um viés na implantação dos programas de Atenção Básica, que se instalam em áreas vulneráveis, algo que se intensificou nos últimos anos, na gestão de Eduardo Paes. Priorizar a oferta da ESF em áreas de favela restringe as “portas de entrada” aos locais mais vulneráveis da cidade.

Voltando à discussão acerca da implantação da Saúde da Família, Cazelli enfatiza que:

⁵⁴ No ano 1997 o prefeito da cidade do Rio de Janeiro era Eduardo Conde.

Em 1998, com o Rio de Janeiro se preparando para o enfrentamento da epidemia de dengue, foram contratados pela COMLURB, para controle de vetores, os primeiros Agentes de Saúde da Dengue, os quais foram treinados por uma equipe da SMS. A partir dessa experiência é que segundo o Gestor da Coordenação de Saúde das Comunidades, a SMS iniciou o processo de expansão e por que não, de verdadeira implementação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e da Saúde da Família. É só em 1999 então que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) decide ampliar a cobertura através dos novos modelos de assistência, reorientando o modelo ambulatorial tradicional, no sentido de uma maior definição de responsabilidades entre os serviços de saúde a população. (CAZELLI, 2003, p.66)

De acordo com a autora, para implantação do programa foi criado o Núcleo de Saúde da Comunidade, órgão ligado diretamente à Superintendência da Saúde Coletiva. Já naquele período, o objetivo da proposta era trabalhar com uma população adscrita, tendo as unidades de Saúde da Família como “portas de entrada” hierarquizadas e integradas à rede de serviços de média e alta complexidade. Chamam atenção dois dos objetivos apresentados pelo Núcleo em 1999:

- Promover o acesso universal das comunidades aos serviços e programas;
- Organizar um sistema de referência simples e eficaz para os moradores das comunidades;

O foco nas “comunidades” para as quais se pretende organizar um “sistema simples”, faz com que acreditemos que, desde o início, a política de saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro foi planejada e executada como uma cartela de serviços restritos e para os pobres. Segundo Cazelli:

A partir do ano 2000, houve um impulso ainda maior do Programa, com a entrada no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ampliando-se as áreas de atuação para mais comunidades e complexos, e sendo compostos, até março de 2003, por 426 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atendendo em 16 comunidades e complexos (conjunto de comunidades próximas), e 23 equipes de Saúde da Família (ESF) atendendo a 10 comunidades e complexos (conjunto de comunidades próximas) (CAZELLI, 2003, p.69)

Com intuito de coordenar a implantação do programa, foi criada a Coordenação de Saúde da Comunidade (CSC), órgão responsável por: a) Realizar a seleção de áreas prioritárias para implantação do PACS/PSF considerando as características locais; b) Desenvolver estratégias locais com base nas demandas encontradas; c) Estimular a organização da comunidade para o controle social e d) avaliar os resultados atingidos em parceria com a Superintendência de Saúde Coletiva (SSC) e a Superintendência de Serviços de Saúde (SSS).

A partir de dados da Secretaria Municipal de Saúde, Cazelli demonstra a distribuição do PACS e do PSF no município do Rio de Janeiro, no Quadro 1 e 2, reproduzidos abaixo.

Quadro 1 - Distribuição das equipes do PACS no Município do Rio de Janeiro, março de 2003

Área Programática de Saúde	Bairros	Comunidades	Nº de Agentes Comunitários	Unidade Responsável
1	Centro	São Carlos	50	CMS Marcolino Candau
	Paqueta	Paquetá	4	UIS Vilaboim
	Mangueira	Mangueira	26	Mangueira (Vila Olímpica)
2	Tijuca	Turano	32	PAM Praça da Bandeira
		Formiga	7	UACPS Julio Barbosa
	Alto da Boa Vista	Alto da Boa Vista	4	UACPS Nicola Albano
3.1	Bonsucesso	Complexo da Maré	163	CMS Américo Veloso
	Penha	Caricó	25	CMS José Paranhos Fontenelle
3.3	Colégio	Vila São Jorge	15	UACPS Carlos Cruz Lima
	Costa Barros	Fazenda Botafogo	34	UMAMP S. Brauner
5.1	Padre Miguel	Vila Vintém	20	UACPS Padre Miguel
		D. Jaime Câmara	10	UACPS Padre Miguel
5.2	Campo Grande	Parque Jão Wesley/Parque Esperança	10	OS Mário Vítor
		W. Pimentel	10	UACPS Woodrow Pimentel
5.3	Manguariba	Manguariba	16	PS Ciro Melo
Total	13	16	426	15

Fonte: CAZELLI, 2003, p. 70

Nota-se um investimento forte na implantação do PACS em diversas áreas da cidade, enquanto a experiência do PSF, mais onerosa por demandar uma equipe mais robusta foi mais tímida, contando com 23 equipes em 10 áreas da cidade, tal como explicitado no Quadro 2:

Quadro 2-Distribuição das equipes de PSF no Município do Rio de Janeiro, março de 2003

Área Programática de Saúde	Bairros	Comunidades	Nº de Equipes de PSF	Unidade Responsável
1	Lapa	Lapa	1	PAM Oswaldo Cruz
2.1	São Conrado	Vila Canoa	1	CMS Píndaro C. Rodríguez
2.2	Tijuca	Borel	2	CMS Heitor Beltrão
3.1	Manguinhos	Manguinhos	2	CSE G. Sival Faria
	Ilha do Governador	Parque Royal	2	CMS Necker Pinto
3.3	Costa Barros	Portus	1	UMAMP Sylvio Brauner
4.0	Curicica	Curicica	2	H. Rafael de Paula Souza
	Canal do Anil	Canal do Anil	2	UMAMP Hamilton Land
5.2	Inhoaíba	Vilar Carioca	5	PS Adão Pereira Nunes
5.3	Antares	Antares	5	PS Sávio Antunes
Total	10	10	23	10

Fonte: CAZELLI, 2003: 70

De acordo com a autora, os critérios adotados pela CSC, à época, para implantação dos programas foram, entre outros, a facilidade de acesso, a presença de uma estrutura física para servirem de unidade responsável pelas equipes e a presença anterior de um trabalho de saúde comunitária.

PACS e PSF que, em 1999, foram implementados com sobra orçamentária da SMS, passaram a receber repasses federais em 2001⁵⁵, e contavam com cerca de 100 milhões de Reais em 2003. Atualmente para o desenvolvimento e ampliação da ESF, entre outras atividades, o orçamento da Secretaria Municipal de Saúde conta com o montante de quatro bilhões de Reais⁵⁶.

Em 2009, uma década após a primeira experiência do PSF, a prefeitura da cidade é assumida por Eduardo Paes, que resolve dar uma guinada nos investimentos na Estratégia de Saúde da Família, defendendo sua ampliação como carro-chefe de sua gestão na área da saúde, tal como publicizado no *Plano Estratégico da cidade do Rio de Janeiro 2013-2016*, intitulado *Rio Pós-2016: o Rio mais integrado e competitivo*.

De acordo como documento, no ano de 2008, antes da entrada de Eduardo Paes na prefeitura, a Estratégia de Saúde da Família era responsável pela cobertura de apenas 3,5% da população da cidade. Em 2011, dois anos após assumir a prefeitura da cidade, os dados de cobertura da prefeitura já apresentam um expressivo aumento e esta passa para 27,3% da população. Um aumento de 24% em três anos.

É importante frisar que a prefeitura declara abertamente no documento que a expansão da ESF foi feita “priorizando os bairros mais carentes da cidade”. (Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2012, p. 44) A “porta de entrada” do SUS não está, portanto, acessível a todos, explicando o porquê de 49% da população entrevistada na pesquisa do CFM indicar procurar uma unidade de pronto-atendimento (para média complexidade) ao necessitar de algum serviço médico.

Ainda segundo o Plano Estratégico, a cobertura da AB está aquém do desejado, há muitos indicadores que podem ser melhorados e ainda há dificuldades no acesso à rede. Tendo como meta a ampliação da cobertura da ESF para 70% até 2016 (hoje encontra-se em

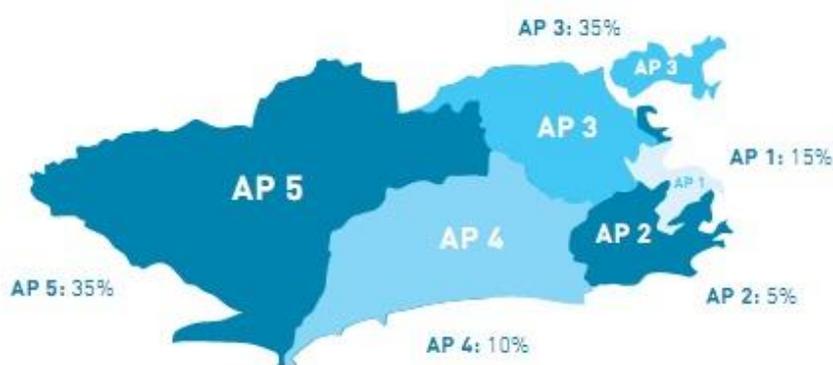
⁵⁵ No ano de 2001, a Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro voltava para a gestão de César Maia.

⁵⁶ Não há informações disponíveis sobre os valores que serão utilizados exclusivamente na Estratégia de Saúde da Família

44%⁵⁷), a prefeitura se compromete a investir em todas as áreas de planejamento, vide a proposta de alocação de recursos, sumarizada na Figura 4.

Figura 4 - Distribuição de investimentos da prefeitura

DISTRIBUIÇÃO DOS INVESTIMENTOS
POR ÁREA DE PLANEJAMENTO



Fonte: Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2012, p. 38

A fim de ampliar a cobertura e melhorar os indicadores de saúde da cidade, a prefeitura adotou em 2009 a proposta do “Saúde Presente”, publicizado da seguinte maneira:

O Programa Saúde Presente marcou o início de uma nova fase para o atendimento de saúde da população carioca. Lançado em maio de 2009 com o objetivo de expandir os serviços de saúde a toda população do Rio de Janeiro, o programa tem como conceito a territorialização da cidade, atendendo regiões até então prejudicadas na gestão de saúde.

Com o Saúde Presente, a população conta com um sistema integrado e personalizado de assistência onde cada cidadão tem uma equipe de saúde multidisciplinar que o acompanha, dando orientações sobre promoção e prevenção e realizando o diagnóstico precoce de doenças. Com o programa, já é possível melhorar indicadores de mortalidade materno-infantil e qualidade de vida da população, além de reduzir custos hospitalares, na medida em que aumenta a medicina preventiva, diminuindo internações, consultas e exames. (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Fonte: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente>)

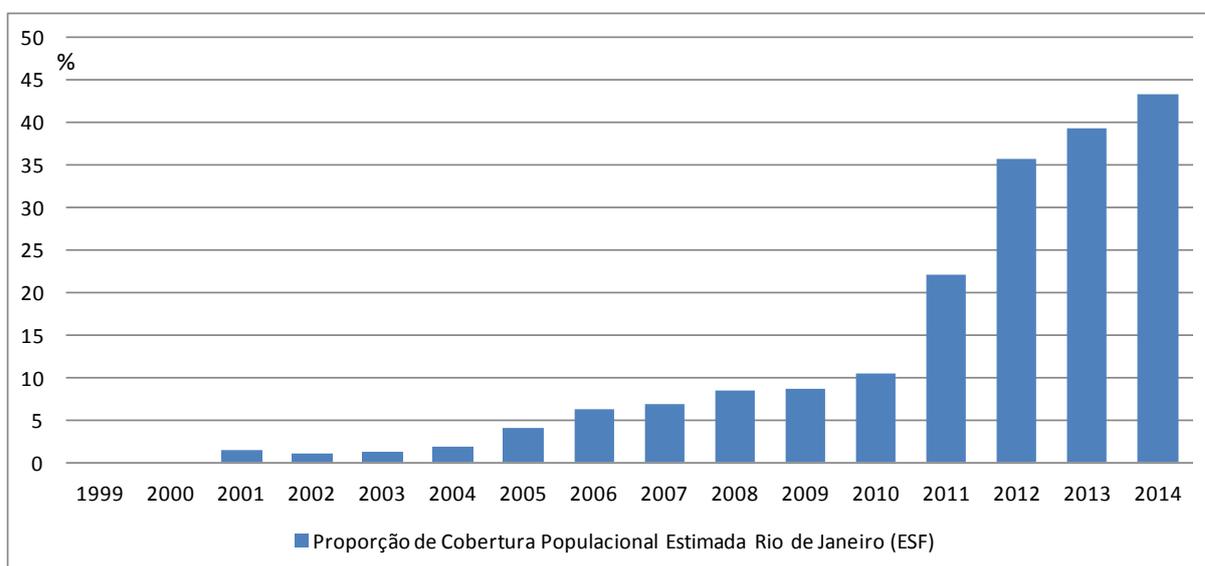
O “Saúde Presente” nada mais é do que o “nome fantasia” da proposta de saúde da gestão do atual prefeito, ou seja, buscando modificar a percepção do cidadão sobre os serviços

⁵⁷Informação obtida através de consulta ao *website* da prefeitura. Disponível em <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familial>> Acessado em Agosto de 2014.

de saúde pré-existent, a Prefeitura mudou a “roupagem” de seus serviços, a fim desenvolver um serviço de saúde em uma rede integrada e resolutiva. Cabe destacar que dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde contrariam a informação de que a ESF cobria apenas 3,5% da população em 2008.

Na série histórica de março de 1999 a março de 2014, a cobertura apresentada para a cidade do Rio de Janeiro, pela Prefeitura, em 2008 é o dobro daquela estimada pelo MS, ou seja 7% da população estariam cobertas, como pode ser visto no Gráfico 4:

Gráfico 4 - Proporção da População Coberta pela ESF na cidade do Rio de Janeiro (1999- 2014)



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB⁵⁸

Tomando a estimativa do Ministério da Saúde como referencial, observa-se uma expansão bastante significativa da cobertura da ESF na cidade do Rio de Janeiro, que passa de menos de 10% da população contemplada até 2009, para 43% em 2014. É inegável, portanto, a evolução da cobertura a partir de 2009, quando a Estratégia é adotada como política de saúde central no município do Rio de Janeiro. Isso dito, ainda está longe de ser universal. Para Cohn (2009, p. 43 e 44):

Num país com tamanha desigualdade social, acredito que estamos obtendo avanços na cobertura do acesso à atenção à saúde ou aos serviços da saúde - e o Programa de Saúde da Família (PSF) é um exemplo disso. Só que cobertura não é acesso, são termos diferentes.

⁵⁸ Dados coletados no Portal da Saúde. Site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php (acessado em 02/05/2014). A série histórica é de junho de 1999 até junho 2014.

Para apoiar a ampliação da cobertura de AB, através da Saúde da Família, mobilizaram-se as seguintes unidades pertencentes à rede de serviços do “Saúde Presente”:

- Clínicas da Família
- Centros Municipais de Saúde (CMS)
- Policlínicas
- Centros de Especialidades Odontológicas
- CAPS – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPSad e CAPSi)
- Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA)
- Hospitais e Maternidades
- Coordenações Regionais de Emergência (CER)

Para o estudo da Estratégia de Saúde da Família, o foco de nossa análise recai sobre as unidades que desenvolvem este modelo de atenção: os Centros Municipais de Saúde e as Clínicas de Saúde da Família, bem como a sua relação com as demais unidades que compõem a Rede de Atenção, para assim avaliar a capacidade destas de inserir o usuário dentro do atendimento integral do SUS.

Quanto ao modelo de atenção, a Secretaria Municipal de Saúde classifica a atuação dos CMS e das CF em três tipos, como pode ser visto na Figura 5 da Carteira de Serviços da Secretaria Municipal de Saúde:

Figura 5- Classificação das unidades por modelo de Atenção desenvolvido

Organização do Serviço

■ Tipos de Unidades

Todas as unidades de saúde do município, de acordo com o perfil de atendimento, podem ser classificadas/denominadas em:

Atenção Primária	<ul style="list-style-type: none"> • Centro Municipal de Saúde (CMS) • Clínica da Família (CF)
Atenção Secundária	<ul style="list-style-type: none"> • Policlínica • CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) • UPA (Unidade de Pronto-Atendimento) • Centro de Reabilitação
Atenção Terciária	<ul style="list-style-type: none"> • Maternidade • Hospital • Instituto

As Clínicas da Família são designações para unidades que seguem padrão do "Saúde Presente" pela Casa Civil.

Quanto aos modelos de atenção, as unidades da APS podem ser classificadas em:

- A ⇒ Unidades onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família.
- B ⇒ Unidades Mistas onde somente parte do território é coberto pelo saúde da família.
- C ⇒ Unidades onde ainda não temos equipe de saúde da família, mas com território de referência bem definido.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária, 2011, p.8

Para esse “novo” modelo de saúde, está prevista até 2016 a construção de 79 novas Clínicas da Família, e a reforma de unidades antigas, para que a população possa ter acesso a 279 clínicas no total. Nelas, a população terá acesso a seguinte cartela de serviços:

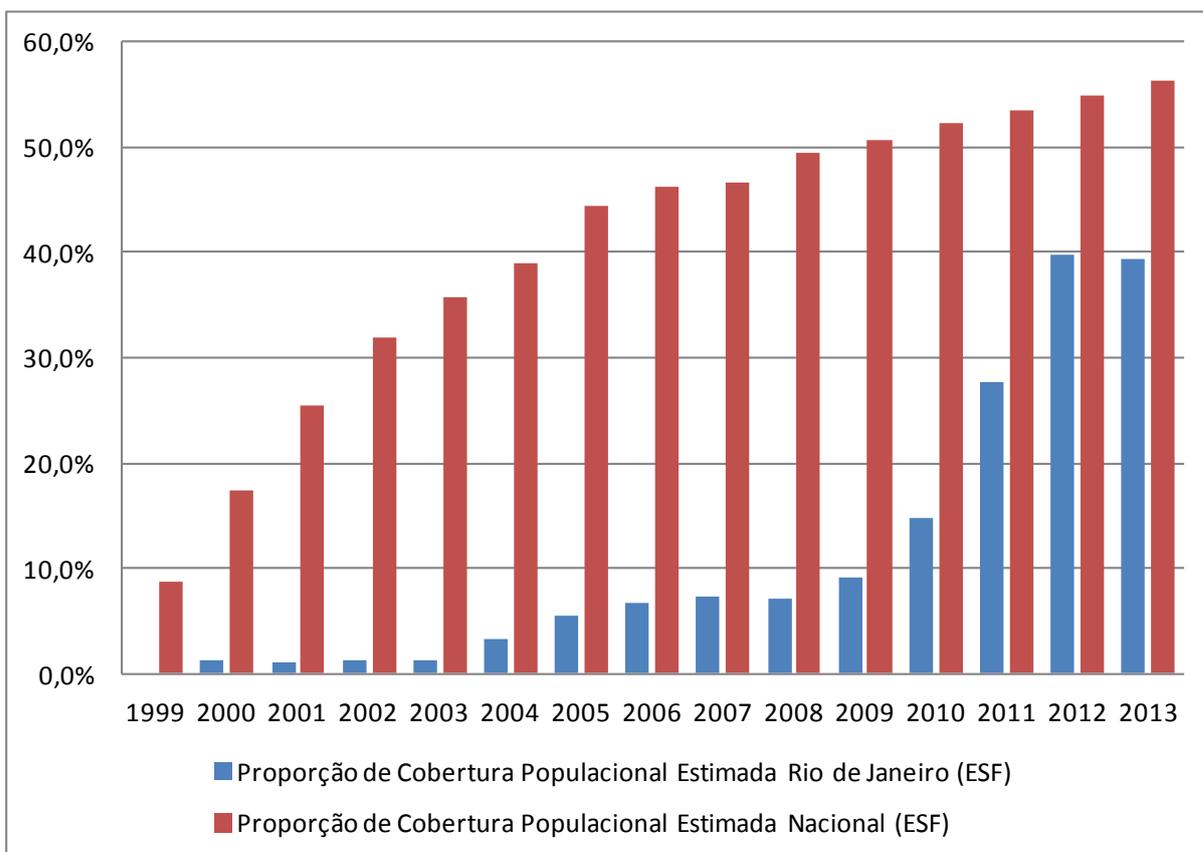
- Consultas individuais e coletivas;
- Visita domiciliar;
- Saúde Bucal;
- Vacinação;
- Pré-natal;
- Exames de raios-x;
- Eletrocardiograma;
- Exames laboratoriais: sangue, urina e fezes;
- Ultrassonografia;

- Curativos;
- Planejamento familiar;
- Vigilância em Saúde;
- Teste do pezinho;
- Tratamento e acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos.

Apesar de todo investimento previsto na expansão, quando se comparam os dados de expansão da ESF no município do Rio de Janeiro com a expansão da ESF no país (Gráfico 5), ambas as coberturas estão aquém da universalidade. A “porta de entrada” ainda não está aberta para todos. No Brasil, menos de 60% da população estão cobertos, enquanto no Rio de Janeiro, a ESF atendia até o final de 2013 a pouco menos de 40%. De acordo com a prefeitura da cidade do Rio de Janeiro⁵⁹, em julho de 2014 a cobertura da ESF havia atingido 44% da população.

⁵⁹Informação obtida através de consulta ao *website* da prefeitura. Disponível em <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familial>> Acessado em Agosto de 2014.

Gráfico 5 - Expansão da Cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro e no País (1999-2013)



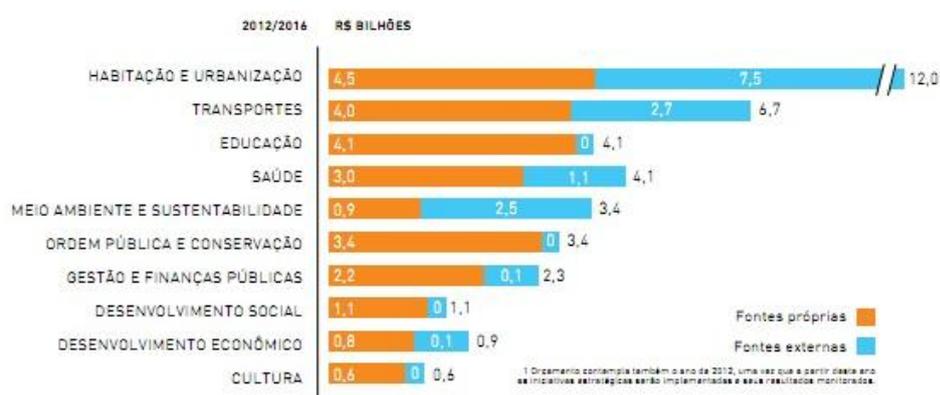
Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB⁶⁰

Seja pela expansão da cobertura ou pelos investimentos, o PSF iniciado na década de 90, com a sobra de orçamento da SMS, ganhou status de política prioritária na cidade do Rio de Janeiro, conforme atestam dados do Plano Estratégico apresentados na Figura 6:

⁶⁰ Dados coletados no Portal da Saúde. Site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php (acessado em 02/05/2014). A série histórica é de dezembro de 1999 até dezembro de 2013).

Figura 6- Orçamento da Saúde (2012-2016)

ORÇAMENTO PREVISTO PARA REALIZAÇÃO
DO PLANO ESTRATÉGICO 2013-2016¹



Fonte: Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2012, p. 38

De acordo com a Figura 6, o orçamento da saúde é o 4º em fontes próprias da cidade e tal como o da educação é de pouco mais de 4 bilhões de Reais. Mas esse investimento tem trazido resultados na ponta? Há, de fato, mais acesso e atendimento à população? Isso está sendo feito com qualidade?

Antes da apresentação dos problemas identificados na proposta da Saúde da Família, com base no estudo de campo, há de se destacar uma recente mudança⁶¹ na metodologia proposta para atuação das equipes de ESF, que determina uma redução na média populacional de pessoas acompanhadas por equipe da ESF, conforme a transcrição:

Considerando que cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição e que para áreas mais vulneráveis é necessário que as equipes se responsabilizem pelo cuidado de uma população ainda menor que o recomendado, aproximando de 2.000 pessoas por equipe; e

Considerando que um grande número de Municípios, por questões territoriais, baixa densidade demográfica, áreas de populações rarefeitas ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por Equipe de Saúde da Família para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica, demandam um número maior de equipes de teto de financiamento, resolve:

⁶¹ Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013.

Art. 1º Fica alterado o cálculo do teto máximo de Equipes de Saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, o qual passará a ser obtido mediante a seguinte fórmula: População/2.000.

Como será discutido na apresentação dos dados coletados na pesquisa de campo no Capítulo 5, em ambas as unidades de saúde avaliadas, as equipes trabalham com um grupo populacional superior ao recomendado, algo que impacta diretamente na qualidade do serviço, no funcionamento da unidade e no insucesso da proposta. (AZEVEDO & COSTA, 2010)

A discussão sobre insuficiência quantitativa de profissionais na ESF soma-se ao debate sobre a qualificação da equipe multiprofissional, a carência de insumos, as dificuldades de gestão e de regulação dos usuários na rede. Os desafios à integralidade do cuidado são, neste cenário, os desafios da garantia dos direitos de cidadania.

Apesar de a pesquisa trabalhar com um espaço restrito (favelas vulneráveis em uma mesma área da cidade do Rio de Janeiro), seus resultados vão ao encontro de dados levantados por outros estudos (já mencionados neste capítulo) que contribuem para a avaliação da efetiva capacidade da ESF de inserir integralmente o cidadão dentro da rede de serviços do SUS.

5 A PRÁTICA DA UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE: UMA REDE DE SERVIÇOS POBRE PARA OS POBRES

Neste capítulo, será apresentada a síntese das visitas feitas a duas unidades de Saúde da Família. Vamos sumarizar os resultados das entrevistas e descrever e analisar como funciona a ESF enquanto “porta de entrada” do SUS. Pensando na lógica da Rede de Atenção territorializada, vamos discutir como a mudança no perfil da cobertura e a atuação com populações adscritas gera clivagens e distorções dentro do sistema, ao invés de garantir acesso integral e universal aos serviços do SUS.

Na década de 90, ainda nos primórdios da Saúde da Família, autores como Cecílio (1997) já discorriam sobre a falta de integração nos serviços de saúde e do ainda pungente desafio de se garantir acesso universal e integral ao SUS. Após quase duas décadas de crescentes investimentos permeados por novas propostas de reestruturação da Rede, os desafios do acesso ainda persistem tornando contemporânea a constatação de Cecílio (1997, p. 477):

O grande problema da rede é o acesso. Frequentemente ótimos programas são usufruídos por uma parcela muito pequena da população adscrita. Aqueles que poderiam estar se utilizando da tecnologia de que o centro de saúde dispõe estão “perdidos” no sistema, forçando portas de entrada não organizadas ou “preparadas” para fazer o seu acolhimento.

Este capítulo busca, assim, avaliar se a ESF consegue, finalmente, responder a uma lacuna de longa data na organização do acesso à saúde, como direito de cidadania.

Ou será que tal missão acabou sendo substituída por algo mais pragmático, imediato e de baixo custo, que consiste em fazer da ESF não a “porta de entrada” para o SUS, mas um serviço residual preferencialmente voltado para os pobres? Focalizar nos pobres para pavimentar seu acesso aos serviços de saúde é uma estratégia válida? A sobre-focalização atende ao propósito da equalização do acesso e superação dos gargalos da Rede?

A resposta a esta pergunta se delinea nas páginas deste capítulo. Mas desde já julgamos que, embora tenha havido aumento dos investimentos federais para a adesão ao Saúde da Família, e a descentralização tenha dado autonomia para a modelagem e planejamento de uma rede de serviços adaptada às realidades locais, os resultados da implantação da Estratégia não se têm mostrado satisfatórios.

O panorama da Saúde da Família na cidade é o mesmo em ambas as unidades visitadas, quais sejam o CMS Canal do Anil e a Clínica da Família Antônio Gonçalves da Silva. Nelas, observa-se que as Clínicas de Saúde da Família estão constantemente sobrecarregadas de pacientes que aguardam consultas e atendimento ambulatorial. Nelas, equipes com um quantitativo de famílias muito acima do recomendado pelo Ministério da Saúde são incapazes de realizar visitas domiciliares com qualidade e na frequência necessária.

Tal quadro não é resultante apenas das realidades locais. Ele é reflexo da construção de uma Rede de Atenção mal estruturada e sem a articulação com outras intervenções públicas necessárias ao desenvolvimento de uma política de saúde pública efetiva.

5.1 Duas unidades da ESF na cidade do Rio de Janeiro: perfil do Batan e do Canal do Anil

O cenário em que ambas as clínicas se encontram, embora diverso, mostra convergências: tanto o Batan quanto o Canal do Anil são áreas pobres, onde uma população desprovida busca na unidade de saúde a solução dos mais variados problemas, que refletem a sua vida de privação.

Ambas as unidades têm a mesma cartela básica de serviços, a saber: a) Consultas individuais e coletivas; b) Visita domiciliar; c) Saúde Bucal; d) Vacinação; e) Pré-natal; f) Curativos; g) Planejamento familiar; h) Vigilância em Saúde; i) Teste do pezinho; j) Tratamento e acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos e k) Exames laboratoriais: sangue, urina e fezes. A unidade do Batan realiza ainda os seguintes exames diagnósticos: Raios-x; Eletrocardiograma e Ultrassonografia. Por problemas de infraestrutura, como veremos adiante, o CMS Canal do Anil não pode ofertar esses exames em sua cartela de serviços.

a) Batan

A Clínica da Família Antônio Gonçalves da Silva fica inserida dentro do complexo de favelas do bairro de Realengo, que compõe a UPP Batan. Segundo dados da UPP Social, existem sete comunidades cadastradas (áreas informais): Beira Rio (R.A. Realengo), Vila Nova, Avenida Brasil (Bairro Batan), Rua Duarte Coelho de Albuquerque nº 184, Vila Jurema 1, Rua Itaporanga nº 175 e Batan. Enquanto as cinco primeiras são comunidades

isoladas, as duas últimas formam um complexo denominado de Complexo Batan. (UPP Social, 2013, p.2) A área coberta pela UPP Batan conta ainda com a favela do Fumacê.

De acordo com dados com o Programa UPP Social⁶², “essa foi a primeira UPP instalada em uma região antes controlada por milicianos.”. Durante a entrevista, inúmeros profissionais relataram que a região ainda conta com a presença do tráfico de drogas e da milícia em algumas áreas, o que dificulta, em alguns momentos, o trabalho da equipe de Saúde da Família; há, inclusive, profissionais que já se recusaram a transitar em determinadas áreas temendo pela violência. No Batan, a violência é um fator importante a ser considerado na análise da ESF, uma vez que vários profissionais relataram histórico de agressão verbal e física por usuários em diferentes situações.

De acordo com levantamentos da UPP Social 98,9% dos domicílios tem acesso a água encanada e 97,4 % destes possui acesso a esgotamento sanitário adequado. Toda área do complexo de favelas do Batan possui coleta de lixo regular e recebem investimentos em urbanização e habitação.

Entretanto, a despeito da intervenção da Secretaria Estadual de Segurança Pública no âmbito do combate ao tráfico de drogas local, os investimentos do estado, da prefeitura e do governo federal, que deveriam acompanhar a pacificação, ainda não se fizeram efetivos no combate aos problemas sociais. Segundo a UPP Social (2013), há apenas uma política habitacional em curso no Batan, o Programa Morar Carioca, da prefeitura da cidade do Rio de Janeiro. Atente-se para o fato que programa não contempla todo o complexo de favelas, apenas algumas áreas.

A favela enfrenta ainda irregularidades no abastecimento de água, problema que já poderia ter sido solucionado em cinco anos de pacificação. No campo da saúde, não estão sendo realizadas ações para a superação dos determinantes sociais, uma vez que o quadro epidemiológico do Batan não apresentou mudanças efetivas desde a pacificação.

O Complexo de favelas do Batan fica em uma área plana, ao contrário de muitas favelas na cidade, que têm no relevo um fator que dificulta a realização de intervenções urbanísticas e habitacionais e a maior parte da população local (79%) reside em áreas formais.

As faixas etárias de 0 a 14 anos e de 18 a 29 anos são maioria em uma população que é composta por 49,6% de mulheres. Os idosos, ou a faixa etária de 60 anos ou mais, respondem

⁶² Website do Programa UPP Social. Disponível em: <http://uppsocial.org/territorios/batan/>. Acessado em Jun/2014.

por 11% do total. De acordo com a UPP Social (2013, p. 5): “A maior diferença populacional entre os sexos se encontra entre o grupo dos idosos, sendo aproximadamente 61% desta faixa composta por mulheres. A razão de sexos para esta faixa é, no total do território, de aproximadamente 64 homens para cada 100 mulheres”.

É com o olhar atento para esta população que a Clínica da Família deve orientar suas ações e programas. No caso do Batan, notadamente as crianças e as mulheres em idade fértil devem ser o foco prioritário do planejamento da clínica.

No Batan, o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família foi iniciado em 2007 com a chegada do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Durante um ano e meio, das 08 às 17 hs, apenas na área da comunidade do Batan, duas enfermeiras, 25 agentes comunitários de saúde e uma auxiliar de serviços gerais trabalhavam em um consultório realizando procedimentos, imunização, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, puericultura e pré-natal.

Era um aluguel, era uma casa onde foi feita uma reforma. Tinha dois consultórios. No PACS é só o enfermeiro e os ACS, não têm nem o técnico de enfermagem. Era uma dinâmica muito diferente, porque pelo fato de haver só uma enfermeira e não ter um profissional médico, muitos nem iam lá buscar atendimento. Mas a gente tinha toda uma estrutura de encaminhamentos, eu atendia o pré-natal de baixo risco, eu fazia coleta de preventivo, atendia a puericultura, atendia crianças mensalmente, hipertensos, diabéticos e ainda fazia a parte do técnico de enfermagem: curativo, aplicava injeção, vacina, retirada de pontos, verificação de P.A, glicemia. (Entrevista realizada pela autora com uma Enfermeira da ESF)

Do segundo semestre de 2008 a 2010, apenas uma enfermeira, moradora da comunidade, passou a realizar juntamente com os 25 agentes todas as atividades do PACS. À época eram realizados 400 atendimentos por mês. A Estratégia de Saúde da Família em si foi implantada em 2010, em um CMS que atendia a cerca de 12 mil famílias, ainda dentro do Batan. Com a proposta de ampliação da cobertura, iniciada no ano seguinte, foi planejada a construção da Clínica da Família Antônio Gonçalves da Silva.

Inaugurada em janeiro de 2012, a Clínica Antônio Gonçalves da Silva conta com seis equipes de ESF e cobre atualmente todas as comunidades inseridas no Complexo do Batan e a comunidade do Fumacê. Segundo dados do gerente da unidade, são 24 mil famílias cadastradas, sendo divididas entre as seis equipes com uma média de quatro mil famílias por equipe.

b) Canal do Anil

A história da implantação da Estratégia de Saúde da Família no Canal do Anil mostra um processo completamente diferente da unidade estudada no Batan. O CMS Canal do Anil é uma das unidades mais antigas a implantar o Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Data da década de 90, como uma das primeiras experiências de Saúde da Família.

Fundada na década de 80, a comunidade do Canal do Anil⁶³ faz limites com os bairros da Freguesia, Gardênia Azul e Jacarepaguá. Como muitas favelas do entorno da área da Barra da Tijuca, esta comunidade sofreu uma grande imigração do Nordeste e sofre com uma expansão desordenada que avança adentro do manguezal e de áreas impróprias para moradia às margens do canal. A favela do Anil é caracterizada “como área crítica em termos de condições sanitárias e sociais e também no tocante à distância a vias servidas por transporte coletivo.” (BAHIANA, 2007, p.114)

A descrição do Canal do Anil, realizada na década de 90 na dissertação de mestrado de Cazelli (2003), se comparada com os tempos atuais, mostra que quase nada mudou com o passar dos anos. A descrição de outrora ainda é perfeita para retratar o Canal do Anil:

A comunidade apresentava-se plana cortada por um canal, onde eram jogados os dejetos sanitários de parte de todo o bairro, ou seja, das outras comunidades ribeirinhas. Também neste canal transitavam quantidades enormes de lixo, que desciam do bairro e também eram jogados pela própria comunidade estudada, mesmo após terem sofrido várias enchentes com muitas mortes. Segundo as ESF, na época da implementação do PSF, o esgoto ficava parcialmente a céu aberto em pequena parte da comunidade, sendo que o sistema de esgoto existente era precário e jogado “in natura” dentro do canal, que beirava toda a comunidade, comportando-se assim como um “valão”. Ainda, segundo as ESF, em toda a comunidade se via muito lixo espalhado no chão, tanto nas ruas como no Canal, o que era paradoxal pelo fato de possuírem, fazia anos, coleta de lixo regular e diária. (CAZELLI, 2003, p.100).

O Canal do Anil há décadas se mantém como uma comunidade bastante vulnerável. Falta saneamento básico, pavimentação das ruas e investimento em áreas de esporte e lazer para os moradores. A comunidade é cortada por um valão de esgoto a céu aberto e há vários pontos da comunidade onde jorra esgoto no meio das vielas. Estes fatores são determinantes dos problemas de saúde locais.

De acordo com dados obtidos através de consulta ao Sistema de Assentamentos de Baixa Renda- SABREN, do Instituto Pereira Passos, o Canal do Anil abriga um complexo de favelas, a saber: A. M. Novo Rio Jacarepaguá, Avenida das Lagoas e Canal do Anil. Dentro

⁶³ Expansão de uma antiga comunidade de pescadores (até hoje alguns moradores ainda mantém a prática). Ao longo dos últimos 20 anos, devido ao processo de especulação imobiliária das áreas centrais da cidade e a migração da população mais pobre, a comunidade chegou à dimensão atual. Alguns moradores vivem no local há mais de 40 anos.

destas favelas há uma gama de diferentes localidades que abrigam os usuários do sistema de saúde local.

Com base nos dados do Censo de 2010 para o Canal do Anil, foram contabilizados 24.433 habitantes, dos quais 53% são mulheres e 47% são homens. A maior parcela da população, mais precisamente 60% desta, se encontram entre os 20 e 59 anos.

Se cruzarmos os dados do Censo 2010 apresentados no Relatório da Rede OTICS (2012), com os dados de cadastramento de usuários apresentados no Caderno de Estatísticas e Mapas da Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro- CEMAPS-RJ (2013), podemos deduzir que 59% da população residente no Canal do Anil estão cadastradas na ESF.

A ESF surgiu na comunidade do Anil em um projeto de atendimento ambulatorial criado pela ONG Associação das Agentes Comunitárias Educadoras de Saúde. Fundada na década de 90 pela enfermeira americana conhecida como Sra. Barbara, essa ONG desenvolvia um trabalho voluntário fornecendo pequenos serviços ambulatoriais e visitas domiciliares aos moradores da região.

A ONG tinha uma equipe de enfermeiras voluntárias que ministravam um curso de Agentes Educadores de Saúde. Este curso, que ainda existe e atualmente conta com a parceria da ONG Viva Rio, trabalhava os principais conceitos da Atenção Básica, sensibilizando os voluntários ao trabalho com a educação em saúde e com ênfase na criação de vínculos.

O postinho de saúde da ONG que veio a se tornar o CMS Canal do Anil manteve a maior parte do corpo de funcionários, e isso inclui desde médicos até os ACS. Há profissionais que trabalham na clínica há mais de uma década. Muitos deles compartilham a mesma história, tendo iniciado seu trabalho na unidade como voluntários, sendo efetivados e mantidos após a municipalização do postinho de saúde.

Antes aqui era um serviço de ONG, e depois a prefeitura implantou a Saúde da Família. A gestora correu atrás da prefeitura solicitando a implantação do programa, que já estava havendo em vários lugares. (Entrevista realizada pela autora com uma ACS da ESF).

O CMS que implantou a ESF na década de 90 e a Clínica da Família que transitou do PACS (2007) para a ESF (2012), vivenciaram as mudanças derivadas da remodelação da Rede de Atenção introduzida pela nova gestão da prefeitura (a partir de 2009). Tiveram de

ampliar a sua área de cobertura sem uma respectiva adequação de seu quadro de profissionais e de equipes, sendo forçados a atuar em uma nova lógica de atendimento e gestão.

Em ambos os territórios contemplados com a pesquisa, a política de saúde adotada pela Secretaria Municipal de Saúde não foi acompanhada de serviços e intervenções relativas a políticas de habitação ou políticas de saneamento urbano, em parceria com o governo do estado e do governo federal, o que manteve a permanência dos determinantes de saúde locais. Diante disso, constata-se que apesar dos diferentes processos de implantação da ESF, Batan e Anil estão inseridos em uma mesma Rede de Atenção, cujas ineficiências encapsulam todas as unidades, sem distinção, pois, afinal, o sistema de saúde pública é um só.

Diante das dificuldades inerentes à realidade da saúde pública, ambos os gerentes adequam suas unidades a sua própria interpretação das normas e diretrizes preconizadas pela Secretaria de Saúde, com intuito de tentar garantir o atendimento e o cumprimento das metas estipuladas pela SMS e cobradas pela CAP e pela Organização Social de Saúde, que gere ambas as clínicas.

5.2. Entrevistas: temas e questões abordados

Esta seção procura reunir as percepções dos usuários e dos profissionais que participaram da pesquisa qualitativa por nós realizada acerca do serviço oferecido no âmbito do ESF. Assim, temos, de um lado, a visão dos que são responsáveis pela implementação, execução e funcionamento da ESF, coletada através da aplicação de questionários e, do outro, a percepção dos usuários, obtida a partir de uma conversa livre.

Para facilitar a síntese do que foi dito de ambos os lados, os resultados obtidos foram reunidos em cinco grandes temas. Por vezes as percepções são divergentes, apresentando oposição e confronto entre si, mas em vários momentos os relatos são convergentes, pois as falhas na provisão do serviço são reconhecidas tanto pelos profissionais da saúde quanto pelos usuários.

Logo, será oferecida uma análise justaposta de percepções de uns e outros, a partir dos temas que julgamos serem importantes.

As entrevistas, por sua vez, foram gravadas e transcritas. Seus trechos serão utilizados neste capítulo a fim de corroborar as conclusões da pesquisa. Em todos os trechos transcritos, a identidade do entrevistado foi mantida em sigilo.

Ao total foram entrevistados 19 profissionais das duas unidades de saúde que serviram ao estudo de campo. Entre eles havia médicos, gerentes de unidade de saúde, enfermeiros, ACS e técnicos de enfermagem. Devido ao curto tempo hábil para realização da pesquisa, optou-se por não acompanhar as visitas domiciliares e por não entrevistar nenhum profissional da equipe de saúde bucal. O conteúdo das entrevistas totaliza mais de 200 páginas de um rico material.

Muitas das perguntas foram respondidas logo nos primeiros dias de observação, outras ao longo da pesquisa, e, como era de se imaginar, muitos dados novos surgiram durante as entrevistas e contribuíram para a compreensão do objeto desta tese.

Para captar a percepção dos usuários foi utilizada a técnica de observação participante. Tal técnica de pesquisa, comum ao campo de estudo da antropologia interpretativa, auxilia a interpretar comportamentos, falas e situações, dentro do que se chama de relato etnográfico. Assim como foi apresentado no Capítulo 3 (páginas 105 e 106), a metodologia adotada é justificável e apropriada. Após cerca de 30 horas de imersão nas unidades de saúde, foi-nos possível captar a dinâmica de funcionamento de cada unidade, bem como a percepção dos usuários sobre as falhas de provisão.

Tal como já dito, o diálogo com os usuários da unidade era livre. Geralmente, as perguntas buscavam apreender há quanto tempo a pessoa aguardava a consulta, se aprovava o atendimento do enfermeiro (a) e do médico (a) de sua equipe, se conhecia e aprovava o trabalho de seu ACS, e se considerava satisfatório o atendimento da clínica.

Abaixo, apresentamos os questionários aplicados. Há um grupo de perguntas padronizadas e outro de perguntas específicas às categorias profissionais abrangidas na pesquisa. O roteiro da observação participante foi composto de perguntas que deveriam nortear o trabalho de campo.

Roteiro de entrevista para o gerente da unidade

Perguntas padronizadas:

1. Nome:
2. Idade:
3. Profissão:
4. Tempo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família?
5. Tempo de trabalho na unidade?

Perguntas específicas:

6. Tempo de trabalho como gerente da clínica?
7. Como foi feita a sua contratação?
8. Você já conhecia a Estratégia de Saúde da Família antes de começar a trabalhar na unidade?
9. Como é feito o desenho da cobertura da clínica?
10. Quantas famílias/ indivíduos são cobertos pela clínica?
11. Quais são as atribuições de cada membro da equipe da ESF?
12. Quantos consultórios e salas de procedimento a clínica possui?
13. Quantos atendimentos (exames, procedimentos e consultas) e são feitos por mês? Atendimentos de famílias e demanda espontânea?
14. Qual é o tempo médio de espera para a realização de uma consulta com o médico generalista?
15. Quem utiliza a clínica? Todo mundo que mora na área ou somente a população pobre?
16. Qual é o tempo médio para realização de exames e obtenção de resultados?
17. Quais são os principais desafios da clínica para executar a ESF?
18. Há canais institucionais de comunicação entre a clínica e a população? Quais?
19. Quais são as principais reclamações que a sua unidade recebe? Como e o que você faz para solucioná-las?
20. Qual é a relação da clínica com os outros equipamentos de saúde? (encaminhamentos, protocolos, contrarreferência)
21. O programa de Saúde Escolar está em funcionamento?
22. Qual é a relação da clínica com outros equipamentos de proteção social? Há fluxos com a assistência e a educação? Quais? Poderia dar um exemplo?

Perguntas para a equipe de enfermagem e equipe médica da ESF:

Perguntas padronizadas:

1. Nome:
2. Idade:
3. Profissão:
4. Tempo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família?
5. Tempo de trabalho na unidade?

Perguntas específicas:

6. Tempo de trabalho como médico/ enfermeiro da clínica?
7. Como foi feita a sua contratação?
8. Você já conhecia a Estratégia de Saúde da Família antes de começar a trabalhar na unidade?
9. Você recebeu algum tipo de curso ou treinamento para trabalhar com a ESF?
10. Como é feito o desenho da cobertura da clínica?
11. Quantas famílias/ indivíduos são cobertos pela sua equipe?
12. Quantas equipes atuam na clínica? Completas e incompletas
13. Quais são as suas atribuições na equipe da ESF?
14. Quantos atendimentos (exames, procedimentos e consultas) e são feitos por mês? Atendimentos de famílias e demanda espontânea?
15. Você fica mais na unidade ou na realização de VDs?
16. Quem utiliza a clínica? Todo mundo que mora na área ou somente a população pobre?
17. Quais são os principais desafios da clínica?
18. O que você acha do sistema de metas? Como ele influi no seu trabalho?
19. Há canais institucionais de comunicação entre a clínica e a população? Quais?
20. Você costuma receber reclamações do atendimento da clínica?
21. Qual é a relação da clínica com os outros equipamentos de saúde? (encaminhamentos, protocolos, contrarreferência)
22. O programa de Saúde Escolar está em funcionamento?
23. Qual é a relação da clínica com outros equipamentos de proteção social? Há fluxos com a assistência e a educação? Quais? Poderia dar um exemplo?

Perguntas para o (a) ACS

Perguntas padronizadas:

1. Nome:
2. Idade:
3. Profissão:
4. Tempo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família?
5. Tempo de trabalho na unidade?

Perguntas específicas:

6. Tempo de trabalho como agente comunitário de saúde na clínica?
7. Você recebeu algum tipo de curso ou treinamento para trabalhar com a ESF?
8. É morador (a) da área?
9. Sua família é atendida pela ESF? O que eles falam sobre o atendimento?
10. Como é feito o desenho da cobertura da clínica?
11. Qual é a participação do ACS no desenho da cobertura?
12. Quantas famílias/ indivíduos cobertas pela clínica?
13. Quantas equipes atuam na clínica?
14. Qual é a sua equipe?
15. Qual é a sua área de cobertura? Quantas famílias?
16. Quais é a sua atribuições na equipe da ESF?
17. Há espaço para protagonismo e inovação dentro das equipes? Como? Poderia dar um exemplo?
18. Como é trabalhar perto de casa próximo a pessoas conhecidas?
19. Qual é o tempo médio de espera para a realização de uma consulta com o médico generalista?
20. Qual é o tempo médio para realização de exames e obtenção de resultados?
21. Quais são os principais desafios da clínica?
22. Há canais institucionais de comunicação entre a clínica e a população? Quais?
23. Você costuma ouvir reclamações da clínica quando circula pelo território?
24. Qual é a relação da clínica com os outros equipamentos de saúde? (encaminhamentos, protocolos, contrarreferência)
25. O programa de Saúde Escolar está em funcionamento?
26. Qual é a relação da clínica com outros equipamentos de proteção social? Há fluxos com a assistência e a educação? Quais? Poderia dar um exemplo?
27. Qual é a sua opinião sobre o programa? Tem alguma sugestão para melhoria?

Roteiro da observação participante

1. Identificar o tipo de serviços ofertados pela clínica
2. (O programa equaliza oportunidades? Equaliza custos? Ou o programa reproduz mecanismos de exclusão)
3. Compreender qual é o público atendido pela clínica e sua satisfação ou insatisfação com o atendimento. Quem utiliza o serviço? Como utiliza?
4. Há restrições na demanda? O que é feito com a demanda espontânea? Como isso é gerido?
5. Dado o perfil das equipes: o que funciona e o que precisa mudar?
6. Identificar qual é a relação da clínica com os outros equipamentos: assistência, educação e outros equipamentos da saúde. Há fluxos e encaminhamentos?
7. Compreender o papel dos membros da equipe. Em que medida o ACS é um vínculo eficiente ou bloqueador do acesso?
8. Perguntar aos médicos se eles trabalharam no modelo de unidades básicas de saúde antes da Estratégia de Saúde da Família. Se sim: o atendimento mudou? Quem era atendido antes? Quem é atendido agora? Quem é o público-alvo?
9. Buscar identificar se há estigma no atendimento. Do ponto de vista de quem atende e de quem é atendido.

Em algumas entrevistas, os relatos extrapolaram as perguntas inicialmente programadas e trouxeram informações adicionais. A observação participante também aportou revelações surpreendentes sobre o funcionamento efetivo da Saúde da Família.

Os principais temas extraídos das percepções dos usuários e dos profissionais estão concentrados nos i) problemas da oferta do serviço, ii) na capacitação dos membros da equipe multiprofissional, iii) nas ineficiências do sistema de informação e iv) em um grande volume de falhas na gestão, como será apresentado nas seções subsequentes que compõem este capítulo.

5.3 Déficit de provisão do serviço por déficit de pessoal e problemas na infraestrutura

Diante do expressivo aumento populacional recente nos territórios de cobertura das unidades, as equipes têm de acompanhar e atender a um quantitativo de famílias muito acima do preconizado pelo MS. Todos os profissionais entrevistados julgam que a ampliação das equipes já existentes é uma das principais soluções para a melhoria no atendimento. Em decorrência, a contratação de profissionais para a composição de novas equipes destaca-se como a demanda mais imediata dos gerentes entrevistados.

Segundo dados do Sistema de Prontuário Eletrônico, VITACARE, ambas as unidades do Batan e do Canal do Anil operam com uma média de famílias superior à determinação do MS e mais de duas vezes acima do preconizado pela nova regulamentação para áreas vulneráveis. As seis equipes da CF Antônio Gonçalves da Silva operam com uma média de quatro mil famílias por equipe e as três equipes de ESF (o número de equipes não sofre alterações há mais de uma década) atendem, por sua vez, a uma média de quase cinco mil pessoas. O déficit de profissionais é evidente em todas as atividades realizadas pelas unidades.

Então eu estou numa unidade em que o preconizado hoje são duas mil e quinhentas pessoas por equipe, e eu tenho uma unidade hoje aqui onde estão cadastradas quatro mil em família por equipe, e, sem cadastro, uma população contabilizada em umas cinco mil. Em algum momento foi mandado parar o cadastramento para não mostrar esse número maior. Estima-se que existem mais umas cinco mil pessoas não cadastradas, mas que utilizam o meu serviço de forma emergencial. (Entrevista realizada pela autora com a Gerente de uma Clínica de Saúde da Família).

Na verdade o que eu mais preciso é da expansão de material humano, de recursos humanos. O território, ele é bem dividido, está bem delimitado e a gente consegue ter acesso a todas as regiões. Mas eu acho a quantidade de profissionais insuficiente. Preciso de mais médicos, enfermeiros, profissional técnico, técnico de enfermagem... (Entrevista realizada pela autora com o Gerente de uma Clínica de Saúde da Família)

Trabalhar com uma população acima da capacidade operacional resulta em inúmeras externalidades negativas. Uma delas é a procura desordenada de pacientes por atendimento médico e ambulatorial através do agendamento de consultas, gerando uma unidade cheia de pacientes que aguardam atendimento por horas. Outra é um quadro de funcionários sobrecarregados e desmotivados. O déficit de pessoal é uma realidade constatada na Saúde da Família de outras regiões do país. Segundo Nonnenmacher *et al* (2011, p.251):

O número adequado de profissionais de saúde disponível para a atenção em saúde é essencial, quando se trata de humanização do atendimento. Outra realidade estudada com a voz do usuário, em que também há barreiras no acesso à saúde, aponta que um dos determinantes é justamente o número inadequado de profissionais para atender à demanda, o que dificulta a organização dos serviços.

O déficit de médicos é um problema que se faz ainda mais perceptível aos usuários da unidade do Batan. Nesta unidade, há uma dificuldade premente de garantir a retenção destes profissionais. Os médicos, em sua maioria, não cumprem sua carga horária, faltam às consultas e pedem demissão com frequência. O *turn-over* é, assim, elevado e bastante prejudicial.

Isso acontece mesmo por conta da rotatividade. Os enfermeiros, eles trabalham comigo desde que a clínica inaugurou. Mas médicos, eu só tenho duas médicas desde que a clínica inaugurou, os outros vão rodando e mudando de lugar. (Entrevista realizada pela autora com o Gerente de uma Clínica da Família)

Os moradores sofrem aqui porque muitos médicos faltam muito. Eles faltam muito, entendeu? Então, às vezes você monta um cronograma para o morador ser atendido, só que o médico falta e acaba tudo. (...) Se tivesse mais essa presença do médico.... Eu não vou mentir para você não, eu acabo muitas vezes fazendo o trabalho do médico. Falando por mim: coisas que não são da minha competência eu acabo fazendo. (Entrevista realizada pela autora com uma Enfermeira da ESF)

Não. Amanhã é um dia que não tem médico. Sexta-feira não tem médico.

Às vezes eu vejo os ACS ali na maior dificuldade quando o médico falta. Ai, tenho que pegar esses pacientes e jogar para outro dia. Aí eles [os ACS] ficam na maior dificuldade, entendeu? E eu acho que também é errado. (...) eles têm que marcar e tudo, mas eu acho que isso....o tempo que eles estão ali eles estariam na rua. Eles estariam na rua monitorando esses pacientes, sabe? Captando mais famílias. Então perdem muito tempo aqui dentro, aí acaba o que eles têm que fazer eles acabam também não podendo fazer as visitas deles. Porque eles têm que ficar organizando a agenda do médico..” (Entrevista realizada pela autora com uma Técnica de Enfermagem da ESF)

A pesquisa identificou que o atendimento mais procurado pela população nas unidades é a realização de consultas, sejam elas previamente agendadas ou por demanda espontânea. Dentro da proposta da Estratégia de Saúde da Família, as consultas são realizadas por médicos e enfermeiros. Considerando esta dinâmica, a ausência dos médicos compromete a execução da ESF como um todo, mas penaliza, principalmente, o trabalho das enfermeiras.

Nas unidades de Saúde da Família, os enfermeiros têm um duplo desafio: legitimar suas ações junto à população como profissionais capazes de realizar consultas e procedimentos, desfazendo o ideário popular de que somente os médicos são capazes de resolver os problemas de saúde da população. Devem também dar conta de um amplo passivo de atendimentos diante da grande demanda da clínica. Cabe ressaltar, contudo, que os enfermeiros não podem prescrever nenhuma medicação aos usuários da clínica, nem mesmo um analgésico, o que faz com que elas tenham uma capacidade resolutiva muito baixa diante de muitas queixas apresentadas. Mas, dentro de suas possibilidades de atuação, é possível

constatar que o trabalho das enfermeiras vem aos poucos ganhando legitimidade e apreço da população.

Uma enfermeira que te atendeu? Como assim uma enfermeira está solicitando avaliação para uma possível cesárea? Mas, você faz pré-natal? Você colhe preventivo? Aí a gente tem que explicar toda lógica da Saúde da Família. As pessoas desconhecem porque vivem num mundo dos Planos de Saúde... e a gente está desfazendo isso. Pode faltar o médico que a clínica funciona, mas se faltar a enfermeira a clínica não funciona. Porque tem dias que não tem um médico na casa e ela funciona com os enfermeiros que estão presentes. (Entrevista realizada pela autora com uma Enfermeira da ESF)

Considerando o déficit de provisão engendrado pelo déficit de pessoal, foi feito um levantamento⁶⁴ do número de atendimentos realizado por profissional em ambas as unidades. Constatou-se que, no Batan, enquanto médicos e enfermeiros realizaram, em conjunto, um total de 5.760 consultas (programadas e espontâneas), fizeram apenas 132 visitas domiciliares. Isso confirma o fato de a proposta de realização de acompanhamentos domiciliares não ter vingado segundo o modelo preconizado, em razão da baixíssima frequência do número de visitas domiciliares em comparação com o número de consultas realizadas na unidade.

A carência de profissionais e o não comparecimento dos médicos são problemas estruturais da ESF que se refletem nos números associados a desempenho da unidade. As enfermeiras assumiram 3.520 consultas (61% do total) no trimestre. Foram, assim, responsáveis pelo atendimento de 1200 pacientes a mais que os médicos na mesma unidade. Vale recordar que as enfermeiras não podem realizar nenhum tipo de prescrição, de forma que elas precisam, em muitos casos, referenciar o paciente para uma consulta com o médico de sua equipe.

No Anil, os médicos não são faltosos⁶⁵, mas a necessidade de contratação de profissionais é uma demanda urgente. A clínica não conheceu nenhuma expansão de equipes há mais de uma década. O CMS, tal como a clínica do Batan, concentra seus atendimentos na

⁶⁴ O período considerado na análise foi o trimestre de fevereiro a abril de 2014.

⁶⁵ A motivação dos médicos para o trabalho na Saúde da Família é bastante similar, o interesse de atuação na saúde pública com ênfase na Saúde da Família e a vontade de ajudar a comunidade residente na área. A maioria dos profissionais entrevistados trabalham na unidade há muitos anos. Uma das médicas, por exemplo, trabalha na unidade há mais de uma década e tem fortes vínculos com a comunidade, sendo inclusive pastora de uma Igreja local, a qual é frequentada por muitos membros do CMS. A outra, mais nova, trabalha na unidade há cinco anos e se formou em Saúde da Família em Cuba e sua motivação sempre foi trabalhar com saúde da Família. A motivação para o trabalho na unidade não é a remuneração ou a mera busca por um emprego. Nesta unidade, os profissionais criaram vínculos de afeto com a comunidade e a história de várias gerações de uma família é acompanhada pelos mesmos profissionais há muitos anos. O compromisso dos médicos com o trabalho continuado se mostra na ausência de faltas destes na unidade.

realização de consultas (programadas e espontâneas), realizadas por médicos e enfermeiros. No período avaliado, foram realizados 6.320 atendimentos, sendo 56% pelos enfermeiros e 44% pelos médicos. Ou seja, nesta unidade, assim como no Batan, e os enfermeiros são responsáveis pela maior parcela do serviço ofertado.

No que concerne o tipo de atendimento, as consultas programadas no CMS, ou seja, aquelas que são agendadas previamente pelos próprios usuários ou por um dos membros da equipe, totalizaram 64% das consultas. Por conta dos inúmeros problemas que assolam a comunidade, é possível compreender que haja uma demanda espontânea de 36%, e que os mesmos pacientes “poliqueixosos” - segundo denominação de uma enfermeira da unidade - estejam sempre voltando. Se os mesmos pacientes, com múltiplas queixas estão sempre retornando, essa é uma evidência dos determinantes sociais de saúde afetando diretamente a qualidade de vida dos moradores da área.

No Canal do Anil, à imagem do Batan, o número de visitas domiciliares é inferior ao número de consultas realizadas na clínica. O CMS, contudo, tem uma peculiaridade: está proibido de cadastrar novos usuários. Diante do não cadastramento, os usuários que não são inseridos na população adscrita usam a unidade para consultas emergenciais. Cabe frisar que somente usuários cadastrados têm o direito de agendar consultas.

Ao contrário do modelo existente no Batan, com mais de seis consultórios e salas de exame (eletrocardiograma, raio-x e ultrassom), a unidade do Anil, além de não possuir a realização destes exames em sua cartela de serviços, tem em sua infraestrutura um fator extra a aumentar seu déficit de provisão. O acesso aos consultórios, que ficam localizados no segundo andar, deve ser feito por uma escada. Idosos, pessoas com deficiência e usuários que estejam passando mal, dificilmente conseguirão ser atendidos nos consultórios.

Aqui no Anil, uma coisa com a qual eu tenho muita dificuldade é estrutura, eu estou com uma médica hoje lá embaixo, tentando atender a uma paciente na sala de procedimentos porque aqui tem escada. (...) Aqui a estrutura é uma coisa que atrapalha muito a gente a conseguir montar um processo de trabalho. (Entrevista realizada pela autora com o Gerente de uma Clínica da Família)

Recordemos que o relatório de Auditoria sobre a Estratégia de Saúde da Família do TCE do Rio de Janeiro, em 2011, já alertava para o fato de haver unidades operando sem médicos, outras em que os médicos não cumpriam a carga horária e aquelas que operavam com a infraestrutura inadequada. Os problemas identificados de déficit de provisão do serviço não são exclusivos às unidades da ESF do Batan e do Canal do Anil.

Os números apresentados e os relatos de profissionais e de usuários refletem a urgente necessidade de contratação de profissionais e de adequação das unidades. Equipes robustas e adequadas à realidade local serão mais eficazes na realização de consultas e visitas, sem que uma atividade tenha de ser realizada em detrimento da outra, garantindo uma provisão adequada e eficiente de serviços. Significa dizer que o modelo do ESF – grande inovação institucional para melhorar o atendimento na AB - não se torna operacional, por desvirtuamento inerente ao seu desenho e implementação. Ou seja, o escopo dos atendimentos previstos, com visitas domiciliares, por exemplo, não vingou porque a carência de profissionais compromete a efetividade do modelo.

5.4 Déficit de capacitação dos profissionais da saúde

Porém, para erradicar o déficit de provisão do serviço, as unidades de saúde não dependem apenas de novas contratações ou de meros ajustes na infraestrutura. A falta de treinamento e de capacitação que habilite os profissionais contratados a exercer adequadamente suas funções (e mesmo outras além das que lhes são prescritas) é um entrave à completa execução da proposta inerente ao ESF. À falta de pessoal, soma-se um déficit agudo de profissionais com conhecimentos e habilidades técnicas para a execução da ESF.

Em ambas as clínicas (Batan e Anil), identificou-se haver numerosos funcionários que nunca receberam sequer a capacitação inicial ministrada pela CAP, por meio do “Curso Introdutório à Estratégia de Saúde da Família”. O atual regime de contratação das Organizações Sociais de Saúde não seleciona adequadamente os profissionais. Por outro lado, a falta de organização das CAPS e das clínicas permite que profissionais jamais capacitados atuem há décadas sem terem sido sequer previamente apresentados à carteira de serviços, às diretrizes e normas da Atenção Básica e ao desenho da Estratégia. Há um total desconhecimento e despreparo para o trabalho em todos os níveis da cadeia.

A maioria dos profissionais entrevistados relatou não ter recebido nenhuma capacitação ou treinamento preparatório antes de iniciar seu trabalho com a proposta de Saúde da Família, e isso vale para todos os tipos de atendentes (ACS, técnicos, enfermeiros etc.). Os relatos a seguir confirmam terem sido os profissionais introduzidos em sua rotina de trabalho sem nenhum tipo de ambientação prévia:

Às vezes o profissional fica [trabalhando] seis meses, sete meses e ele ainda não teve o Curso Introdutório. [Isso acontece com] a maior parte da equipe (...) eu tenho vinte por cento da equipe sem fazer o introdutório. (...). Agora fala-se muito de

treinamento em serviço, capacitação em serviço, tudo em serviço. (Entrevista realizada pela autora com a Gerente de uma Clínica de Saúde da Família)

Quando eu entrei eu não sabia nada, nada, nada mesmo (...) foi o que aconteceu comigo, eu realmente não sabia nada. Aí, com o tempo, a gente vai pegando. Eu fui aprendendo assim, escrevendo e fazendo. Todo mundo aqui aprende assim, na prática. (Entrevista realizada pela autora com uma Técnica de Enfermagem da ESF)

Teria que ter um introdutório, mas, eu não recebi. (Entrevista realizada pela autora com uma Enfermeira da ESF)

Na prática, a falta de treinamento sobre diretrizes da Atenção Básica, a metodologia da ESF e até mesmo sobre a atuação em uma unidade de saúde pública se evidenciam diferentemente para cada categoria profissional.

No que concerne a atuação dos médicos, o déficit de capacitação para atuação na ESF, onde o acompanhamento continuado, preventivo e a criação de vínculos para o acompanhamento integral do indivíduo e sua família são uma premissa, se expressa em sua alta rotatividade. Ao contrário do modelo de trabalho nos consultórios particulares ou nas emergências, onde os pacientes podem ir uma única vez e nunca mais voltar, nas ESF são sempre os mesmos pacientes que precisam de acompanhamento e demandam a criação de vínculos.

Alguns profissionais vêm mais amadurecidos, vêm mais conscientes do que é a proposta. Conforme eu já falei antes, outros não. Outros vem totalmente caem de paraquedas totalmente desorientados e chegam aqui e não entendem muito bem. Tem um médico aqui que quando ele chegou aqui ele queria um agente comunitário para ligar o ar condicionado meia hora antes de ele chegar. (Entrevista realizada pela autora com o Gerente de uma Clínica da Família)

Não sei se é preconceito, não sei se é por que é uma coisa que prende muito eles aqui. Entendeu? (...) Por que aqui é aquele trabalho continuado. Não é igual a um plantão. Hoje você está nesse plantão, semana que vem você está em outro plantão e mudaram todos os pacientes. Aqui é aquela coisa daquele trabalho continuo com o morador. Então, eu não sei se eles não gostam muito disso. (...) eu acho difícil encontrar um médico que realmente entenda o programa e que aja de acordo com ele. (Entrevista realizada pela autora com uma Enfermeira da ESF)

Como as unidades operam com déficit de pessoal, na impossibilidade de realização das visitas domiciliares, os médicos acabam trabalhando às cegas sem a compreensão o perfil epidemiológico local e as doenças a ele vinculadas, sem conseguir desenvolver efetivamente a medicina preventiva. Em tal cenário, são variados os relatos de erro de diagnóstico.

Dois casos do Batan, em particular, um erro de uma enfermeira e outro de um médico merecem destaque: a) uma moça que não teve uma doença diagnosticada durante o seu pré-

natal (realizado por uma enfermeira) e que teve vários problemas logo após o seu parto e b) uma ACS ao realizar um ultrassom na unidade (pelo médico) recebeu como diagnóstico a presença de um cisto no útero e foi medicada erroneamente para mais tarde descobrir que o cisto se tratava de uma gravidez.

Eles (os usuários) reclamam da falta de medido, que eles demoram um ano para ter a próxima consulta, que o médico falta e que a enfermeira não sabe atender direito. Entendeu?Eles têm consulta aqui, mas muitos preferem ir a outro médico para ter uma segunda opinião. Por que eles não confiam nos médicos daqui. Tem isso tudo. Aonde eu vou, eu escuto. (Entrevista realizada pela autora com uma ACS da ESF)

O relato acima também aponta para os problemas de falta de treinamento da equipe de enfermeiros. Essa equipe, responsável pela realização de consultas e procedimentos, como vimos, atua como “quebra-galho” na ausência dos médicos. A avaliação negativa de suas ações ocorre muito em decorrência desta atribuição que não lhes compete.

Para a equipe de técnicos de enfermagem a falta de capacitação resulta em inúmeros problemas na realização de atividades diárias.

Nós não somos técnicos em patologia, mas temos que colher sangue! A gente não teve uma capacitação, isso é bioquímica! Aqui é assim, colhe isso, colhe aquilo, colhe não sei o que quê, colhe isso aqui. A gente questionou muito. Tem umas que nem colhem, por que não sabem, não aprenderam. (...) Outro dia, a doutora passou um exame para um bebê de um mês e dez dias. Eu falei: - não vou colher. Eu não tenho capacidade para isso. Se eu fizer alguma coisa, um hematoma? Quem vai responder? Eu respondo sozinha? Eu não sou técnica de laboratório, eu sou técnica de enfermagem. Eu posso colher, mas olha só, é um bebe de um mês e dez dias. Eu não vou colocar o meu COREN aí não. (Entrevista realizada pela autora com uma Técnica de Enfermagem da ESF)

Para muitos ACS e para a população o discurso comum é que as técnicas não sabem fazer nada.

Elas estudaram e fizeram o técnico, mas não tiveram treinamento para começar a trabalhar aqui, então muita coisa elas não sabem fazer. Todo dia eu escuto falar mal daqui. Outro dia uma senhora falou assim para mim: - Se você quiser escutar bem, você torça para aquilo mudar, saí você vai escutar alguém falar bem da clínica. Porque a gente só pode falar mal daquilo ali. (Entrevista realizada pela autora com uma ACS da ESF)

Identificou-se um grande número de reclamações sobre o trabalho de técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, que são um grupo profissional com uma formação na área de saúde, no que concerne aos ACS, pessoas sem formação na área de saúde, a crítica de intensifica.

A proposta de trabalhar com um grupo de moradores da área na atividade de agentes de saúde é um claro mecanismo de sobrefocalização e uma tentativa de induzir uma falsa ideia de que a “comunidade” faz parte desta proposta inovadora de colocar dar a estes moradores um papel de multiplicadores da educação em saúde. A falta de capacitação para o trabalho na ESF é mais latente neste grupo, formado por moradores da comunidade, em sua maioria mulheres que estudaram até o segundo grau.

Como vimos no Capítulo 1, uma vez que a área da saúde é muito complexa em que os problemas de informação estão atrelados a custos de transação muito complexos e difíceis de mensurar, é imprescindível questionarmos a proposta de se colocar moradores com baixa formação para trabalharem em múltiplas atribuições na clínica e principalmente desempenharem a função nevrálgica de multiplicadores da metodologia de “Educação em Saúde”. De acordo com Machado *et al* (2007) a formação continuada dos profissionais de saúde é fundamental para o sucesso da metodologia:

A atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde. Essa perspectiva converge para a formação continuada dos profissionais de saúde visto que "uma profunda renovação das organizações de saúde não se faz sem uma política de educação para o setor (...) Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade. (Machado *et al*, 2007, p. 337)

A lacuna deixada pela ausência de treinamento, por si só, não é um determinante para o bom ou mau trabalho de um ACS, mas impacta muitíssimo no exercício e qualidade das suas funções. Apesar de todos os demais profissionais na unidade reconhecerem a importância deste agente que deveria, em teoria, transitar todos os dias no território, monitorando os problemas de saúde da comunidade, os ACS são objeto de crítica. São vistos, em sua maioria, como pessoas incapazes de desempenhar sua função com maestria, sendo seu ofício na clínica uma atividade muito mais de cadastramento de informações, quando esta é efetivamente realizada.

A maioria dos ACS são pessoas que não têm o perfil para o trabalho na área de saúde, sem o treinamento ou habilidade necessária para desenvolver o trabalho de educação em saúde, incapazes de fomentar a criação dos vínculos, vide o total despreparo e desconhecimento da proposta da Saúde da Família.

Uma avaliação detalhada do trabalho dos agentes, categoria funcional majoritária em ambas as unidades, revelou que eles são apreciados e depreciados na mesma medida, tanto por usuários quanto pelos demais funcionários. Os ACS desempenham um papel nevrálgico em todas as unidades, mas, apesar de seu papel ser reconhecido por todos os membros da equipe, suas falhas de atuação são apontadas na mesma medida.

Olha sem eles não tem como não. Eu também não vou ser hipócrita a esse ponto, poderia até ter um monitoramento, porque eles não fazem quase nada. Muitos vão para casa dormir. (Entrevista realizada pela autora com uma Técnica de enfermagem da ESF)

Eu já trabalhei com ACS que iam para casa mesmo, vou te falar a verdade. Iam para casa, iam dormir. (Entrevista realizada pela autora com uma Técnica de Enfermagem da ESF)

Muitas das vezes [o ACS] nem entra na casa. Mas isso não é só aqui na clínica não, isso é no geral, Eu acho que aqui é mais falta de punição, da falta de fiscalização que não tem.(Entrevista realizada pela autora com uma ACS da ESF)

Sem o apoio dos ACS não tem como. O efeito do ACS é bem maior porque ele está todo dia na rua. (...) Eu gosto muito dos meus ACS, eles são o meu apoio. Eu sei que eu vou conseguir agilizar muita coisa com o apoio deles. (Entrevista realizada pela autora com uma Enfermeira da ESF)

No Batan, é de conhecimento de todos, que alguns ACS não fazem as visitas domiciliares às famílias cujo monitoramento é de sua atribuição, evidenciando seu despreparo e desinteresse, e a ausência de coordenação e fiscalização. Há relatos de moradores que não sabem quem é o seu ACS, pois nunca receberam uma visita.

No CMS Canal do Anil, a queixa acerca dos ACS está vinculada a sua capacidade de desempenhar as atividades de promoção de saúde. Devido a falta de treinamento, eles desconhecem os protocolos de conduta e atuação referentes às doenças. Há quem diga que o trabalho dos ACS é “o barato que sai caro”.

Eu sei que aqui a nossa medicina preventiva não é centralizada no médico, tenta descentralizar, mas não tem como comparar o olhar do médico e do enfermeiro a outro tipo de olhar. Não é a mesma coisa, essa é a minha opinião, entendeu? (...) Nós, a própria equipe, o médico e o enfermeiro sempre conversando, sempre capacitando, falando sobre como as ACS devem dar estas orientações, para que elas possam reproduzir essas orientações, trabalhar mais os temas de educação em saúde aí fora, mais na área, cada microárea. Mas muitas vezes o paciente não dá credibilidade para o que ele ouve, de repente da forma como é passado. Eu acho que se você tem argumento, tem critério na hora em que você falar, a pessoa acaba

minimamente se convencendo. (Entrevista realizada pela autora com uma Médica da ESF)

Eu sei que o trabalho do agente de saúde é extremamente importante, devido a esses termos. Porque é uma mão de obra mais barata! Então, entre você colocar aqui nessa comunidade oito médicos e oito enfermeiros, ou, mais barato, você colocar 18 agentes de saúde, 24 agentes de saúde? Mais barato, mas é um barato que sai caro, entendeu? É isso que acontece. Você acaba ficando extremamente sufocado. Porque o paciente também não fica convencido pela orientação que ele recebe e acaba parando aqui. E o médico e o enfermeiro ficam muito presos na unidade de saúde e não conseguem ter tempo suficiente para fazer educação em saúde na rua e fazer visitas na rua. (Entrevista realizada pela autora com uma Médica da ESF)

Aqui uma coisa que eu percebi é que fazem VD na porta, não todos. Depois de 12, 15 anos não criaram um vínculo? Não dá para conseguir entrar? Qual é a qualidade dessa VD? Eu fui discutir um caso de tuberculose, e os ACS não sabiam que existia escarro induzido! Os ACS daqui não são formados em saúde. (...) Eu tenho que ter método, saber o que tenho que ver, e por que eu tenho que ver o paciente de tuberculose todos os dias? Por que ele tem que tomar o remédio todos os dias? Aí você chega numa unidade que diz que todo mundo é acompanhado por tuberculose, mas a receita está liberada para um mês! Se o paciente está com receita liberada para um mês, ele está sem dosagem supervisionada. (Entrevista realizada pela autora com uma Gerente da Clínica de Saúde da Família)

Algumas pessoas com quem eu trabalho aqui... se você me perguntar [o que eu acho], vou te dizer que são muito ruins. O que eu acho pior é não ter ética. Tem gente que não tem ética. (...) as pessoas serem assim muito pouco éticas no trabalho, não terem noção, são muito despreparados. Como é que você faz para ser um ACS? Como é que você vira um ACS? (Entrevista realizada pela autora com uma Enfermeira da ESF)

O déficit de capacitação dos ACS se transmuda em uma estigmatização dessa mão de obra. Dentro das clínicas, percebe-se uma evidente relação de poder entre os demais profissionais e os ACS. Eles são vistos, muitas vezes, como preguiçosos sem ética. Na ESF, a falta de capacitação induz a discriminação. Já na percepção dos moradores, eles são vistos como “metidos” e arrogantes, e em casos isolados, como amigos com quem sempre se pode contar. Alguns, inclusive, dizem que a profissão de ACS na clínica é apenas “um cabide de empregos, tendo em vista que os agentes não fazem nada”.

Percebe-se, com base na observação-participante, que os ACS são diretamente responsáveis por parte do volume de atendimentos diários nas unidades. Isso evidencia a sua incapacidade de desenvolver ações de educação em saúde, e sua baixa ou nula credibilidade como agentes multiplicadores dessa atividade.

Em princípio, compete ao enfermeiro de cada equipe o apoio e o monitoramento das atividades dos ACS, algo quase impossível de ser feito, diante do grande fluxo de

atendimentos realizados. Os enfermeiros reconhecem a dificuldade de acompanhar o trabalho dos ACS e sabem que até mesmo o preenchimento do prontuário eletrônico é alvo de imprecisões, erros e até comportamento antiético de alguns deles.

O monitoramento das atividades dos médicos e enfermeiros, que, por seu turno, deveria ser realizado pelo gerente e pela OSS, também não é feito. Mas, em uma política de saúde em que não há monitoramentos e controles para nenhum dos funcionários, responsabilizar o elo mais fraco parece ser a maneira mais fácil de explicar as falhas na execução da proposta.

5.5 Preconceitos no tratamento dos usuários

Por meio da observação-participante, das entrevistas com profissionais e das conversas com os usuários, comprovou-se que, de fato, é a população pobre quem utiliza os serviços das Clínicas de Saúde da Família. No tratamento médico dessa população pobre, aliado aos problemas de capacitação, temos também questões vinculadas ao preconceito e ao juízo de valor de alguns membros das equipes. Apesar das lutas da reforma sanitária para superação da medicalização, a Saúde da Família reproduz a lógica normativa e prescritiva da medicina ocidental:

As pessoas passam a ser vistas como corpos e as questões sociais e humanas são transformadas em biológicas. O fato de se considerar tudo o que foge à norma como patológico tem sua origem na medicina, com o advento da clínica, que concebe a pessoa como um corpo, uma máquina com um padrão de funcionamento estipulado por ela e que precisa ser corrigido para se adequar ao esperado e valorizado socialmente. Os problemas da vida passam a ser vistos como distúrbios, perturbações, disfunções e doenças. O que foge ao comum, ao conhecido e ao valorizado, o “diferente”, provoca estranheza, desconfiança e medo. (TUNES & RAAD, 2006, p. 2)

Tunes & Raad (2006) argumentam ainda que o processo de medicalização da sociedade é uma ferramenta de controle social, pelo qual a medicina ocidental moderna define o que é a normalidade. Na saúde pública, a medicalização, erguida sob o poder do estado, estabelece explicações para as patologias como verdades hegemônicas, reproduzindo conceitos normativos e prescritivos na oferta de serviços públicos. Na Saúde da Família, a pesquisa revelou que a proposta de educação em saúde reproduz o controle social pela indução de regras sobre alimentação, higiene, sexo, exercícios físicos, vestuário e habitação.

De acordo com Tunes & Raad (2006, p.3):

“Os padrões normatizados e valorizados sustentam práticas de manipulação ideológica que levam as pessoas a acreditarem na sua incapacidade de comandar seus destinos. De forma a nada ser feito sem a aprovação do médico ou de outro profissional da saúde.”

O controle social na saúde pública e o preconceito atrelado a ele, exercido no âmbito da ESF, pode ser visto nos discursos e ações das equipes, que em sua grande maioria são compostas por pessoas que deixam seus valores morais, religião e preconceitos influenciarem o tipo de tratamento e a qualidade que irão ofertar.

Minha filha olha só: - Pobre não pode ter problema de depressão. Por que quem tem problema de depressão é rico, que vai para o Copa d'Or aí passa o cartão da AMIL não sei das quantas. (Entrevista realizada pela autora com uma Técnica da ESF)

Isso eu vi na outra unidade e eu vejo nessa também: tem gente que escolhe as pessoas que vai visitar. (Entrevista realizada pela autora com uma Técnica de enfermagem da ESF)

Eles não tomam (os remédios), querem beber, querem ir ao churrasco. Aí chega na segunda-feira passa mal, aí vem com aquela pressão 16 por 11, 16 por 10. Chegam assim...” (Entrevista realizada pela autora com uma Técnica de enfermagem da ESF)

Esse tipo de discurso preconceituoso sobre a população do ESF reitera práticas estigmatizantes e reproduz desigualdades dentro de um sistema de saúde que se pretende equânime no seu desenho e concepção.

A lógica do preconceito atua em duas frentes, a saber: 1) a do olhar e tratamento diferenciados para com os mais pobres; e 2) através do discurso de que o SUS é para os pobres, discriminando os usuários considerados não pobres. Nesta segunda vertente, há os que defendem o uso da clínica somente pelos mais necessitados, reforçando a ótica de que a Saúde da Família deve atender somente a quem não pode pagar pelo atendimento no subsistema privado.

Tem gente que vem aqui com o pedido particular para transcrever para cá. Pera aí, se você teve dinheiro para pagar uma consulta, você vai para lá, porque você está tirando a vez do outro que precisa. Porque o outro está precisando mais. (Entrevista realizada pela autora com uma Técnica de enfermagem da ESF)

Em meio a tantas adversidades, há de se dar destaque a alguns profissionais que se sobressaem dos demais em ambas as unidades. A forma de falar, de atuar e de interagir com os usuários é mais adequada, como se eles possuíssem um *esprit de corps*, além de uma preocupação e uma forma empática de lidar com a população. Esses profissionais são em sua

maioria mais antigos, e muitos já têm uma trajetória de longa data de atuação na saúde pública e saúde da família. O maior diferencial, contudo, não é conhecimento técnico, mas sim o fato de acreditarem no que fazem e buscarem sempre dar o seu melhor.

Acho que tem que ter mais comprometimento, as pessoas têm que ter mais comprometimento. Tem uns que têm e outros, não. Eu quero que funcione para trabalhar comigo. Tem que ser bom! Tem que ser bom! Eu posso não resolver tudo, mas o que eu posso resolver tem que ficar bom! (...) Tem que tratar todo mundo bem.” (Entrevista realizada pela autora com uma Técnica de Enfermagem da ESF)

E a estratégia da família não é só chegar aqui e você dar um atendimento para o paciente. Você se envolve com aquilo tudo ali. Você se envolve com o paciente, você se envolve com o problema do paciente, você se envolve com a família, você se envolve com a comunidade. Então quer dizer, você sempre está procurando ajudar de uma forma, em que aquele paciente não fique ali à mercê de uma boa vontade, né? Você sabe que o serviço pode funcionar, se quiserem fazer, o serviço funciona. Entendeu? (Entrevista realizada pela autora com uma Técnica de Enfermagem da ESF)

Na minha opinião, seria cada um se colocar no lugar do outro (...) Tem profissionais que se colocam no lugar do outro. Tem profissionais aqui que trabalham muito bem (...) Não é utopia não, são seres humanos, são pessoas que estão doentes, são pessoas que precisam. (Entrevista realizada pela autora com uma Agente Comunitária de Saúde da ESF)

Infelizmente, a parcela de profissionais que atuam comprometidos é pequena. Os usuários das unidades não podem e não devem ter de contar com a boa vontade dos funcionários para terem um atendimento de qualidade.

Para a população, a percepção sobre falta de capacitação dos profissionais e até mesmo sobre preconceito é expressa nos múltiplos relatos de erros de diagnóstico e de tratamento. Há reclamações sobre o atendimento (frio e extremamente técnico), problemas de relacionamento entre usuários e a equipe responsável pela cobertura no território, entre outros. O comum a todas as críticas é a percepção dos usuários que o atendimento é ruim e que serviço ofertado é de má qualidade

Considerando o controle social e as restrições impostas aos pobres, um usuário não tem direito de escolher com qual profissional deseja se consultar. Este é um agravante na relação entre o usuário e a unidade de saúde, em decorrência de a adscrição da população fidelizar indivíduos e famílias a uma determinada equipe responsável pela cobertura de sua residência. E se, além de não apreciar a forma do atendimento daquela clínica, o cidadão não estiver satisfeito com o atendimento daquele médico e daquele enfermeiro? Em todos os relatos de erro de diagnóstico e tratamento, os usuários tiveram de continuar a ser atendidos

pelo profissional responsável pela falha, haja vista a fidelização do atendimento. Ambos os gerentes entrevistados, sempre que necessário, flexibilizam essa regra em prol da satisfação do paciente.

(...) assim, eu me coloco no lugar da pessoa. Tem vezes que a gente não gosta de um médico, só que eu posso escolher o meu médico, esse é um privilégio que eu tenho por eu ter uma condição financeira, por eu ter plano de saúde. Eu posso escolher com quem eu vou, eu vou num médico de quem eu não gosto, eu não volto. Mas o paciente de Saúde da Família hoje no Rio de Janeiro, ele tem que ir naquilo. Mas não existe determinação nenhuma que ele não possa ser atendido por outra equipe. (...) então esse paciente, numa exceção, vai ser atendido em outra equipe. (Entrevista realizada pela autora com uma Gerente da Clínica de Saúde da Família)

Sem poder escolher o profissional que o irá atender, temos usuários insatisfeitos, que veem na unidade de saúde um local onde o direito é concedido pela metade. Para muitos, o pensamento é que não adianta reclamar. O resultado é uma baixa expectativa e conformismo por parte de usuários que sabem exatamente que tipo de atendimento esperar de sua equipe. De acordo com Schwartz *et al* (2010, p.2152):

(...) o usuário acaba tendo uma baixa expectativa quanto ao serviço oferecido à população atendida no SUS, levando muitas vezes ao conformismo, do tipo “nada a reclamar, teve uma época que foi ruim, mas melhorou”. O medo de reclamar e ser mal compreendido, atendido, tem relação direta com a incorporação dos direitos de que cada indivíduo é ou deveria ser portador num estado de direitos.

Cabe adicionar uma variável a esta equação: o MS recomenda⁶⁶, como forma de estimular o controle social, que todas as unidades de Saúde desenvolvam um Conselho Gestor. Ou seja, a proposta é que seja montado um conselho com a participação inclusive de usuários a fim de estabelecer as prioridades da unidade, debater seus problemas, permitindo o planejamento das atividades, a avaliação, o controle e a fiscalização das ações desenvolvidas pela unidade. No Batan não há conselho gestor, e sim o colegiado de gestão, composto somente por funcionários, não estando aberto para a participação popular. No Anil não há conselho gestor ou colegiado de gestão.

Atualmente a população tem três canais de comunicação/reclamação dos serviços prestados pelas clínicas: a) Ligar para 1746 que é a central de reclamações da prefeitura; b) Fazer um registro no livro de ocorrências da unidade; c) Reclamar diretamente com o gerente da unidade.

⁶⁶ Foram apresentados nesta tese, variados documentos do Ministério da Saúde, que preconizam a importância do controle social no âmbito do SUS. É uma premissa do Ministério da Saúde, que todos os cidadãos tenham voz e participação para melhoria dos serviços de saúde pública.

Na ausência de um espaço para o debate democrático entre usuários e funcionários, vê-se que, na saúde, o controle social é uma via de mão única, em que as diretrizes e normas são ditadas e prescritas, e os cidadãos pobres, em sua maioria, não têm voz.

Usuários e funcionários têm olhares complementares sobre o déficit de capacitação das equipes atuantes na Estratégia. Cidadãos insatisfeitos e funcionários desmotivados compõem o quadro de uma proposta que aparenta ter deixado apenas no papel toda sua inovação. Ao relatório de auditoria do TCE (2011), somam-se estudos que indicam ser a ESF mais do mesmo em um SUS afogado em reclamações. Os motivos para a Saúde da Família reproduzir as ineficiências do sistema que a abriga são assunto a ser discutido nos tópicos seguintes.

5.6 Ineficiências nos sistemas de informação e coleta e opacidade do sistema de rede

Na saúde, os problemas de processamento, compreensão e transmissão da informação têm como efeitos proeminentes graves ineficiências nos sistemas de informação e coleta e a opacidade do sistema de rede.

A baixa institucionalidade nos fluxos e encaminhamentos realizados entre as unidades de saúde sejam elas da Atenção Primária, Secundária ou Terciária, é uma consequência da falta de capacitação dos funcionários para a utilização dos Sistemas de Informação. Um resultado direto dessa equação mal resolvida é a transferência de responsabilidades pelo cuidado e o atendimento dos cidadãos intra e entre níveis de atenção à saúde.

Um entrave ao funcionamento da Rede diz respeito à opacidade do sistema. A maioria dos funcionários entrevistados não possui uma visão sistêmica e integrada do funcionamento da Rede de Atenção. Os funcionários da ESF, como vimos, têm baixa ou inexistente capacitação para atuação na Atenção Básica e na Saúde da Família. Trabalham de forma fragmentada, parcelada e isolada do resto da Rede.

Um exemplo da falta de informações e de preparo dos funcionários da Rede de Atenção para o trabalho em Rede é evidente já no primeiro contato do usuário com a unidade de saúde, quando ele passa pela triagem/acolhimento. Dependendo da conduta do profissional responsável pelo atendimento neste setor, o usuário poderá até mesmo desistir do atendimento.

Quando eu entrei, eu fiquei observando um tempo, conversando com os profissionais. Nós tínhamos uma equipe assim, uma enfermeira a mais que ficava na triagem - que chamam de acolhimento -, mas aquilo ali pra mim é uma triagem, não é acolhimento. E ela ficava direcionando para que profissional a pessoa iria. E essas enfermeiras circulavam de uma forma nessa sala, que a população já falava:

- Quem tá lá é essa?! Com essa daí eu não vou conseguir nada !

Aí a pessoa já ia embora e desistia, sem nem passar pela triagem. (Entrevista realizada pela autora com a Gerente de uma Clínica de Saúde da Família)

O guichê de acolhimento, que existe em qualquer unidade de saúde, é o primeiro contato que o usuário tem com a equipe da clínica, o primeiro atendimento prestado. A proposta é que todos se direcionem ao guichê para obter informações sobre suas consultas, seus exames, ou simplesmente se informar sobre o atendimento. Na prática, infelizmente, o guichê de acolhimento faz de tudo, menos acolher os pacientes. Em algumas unidades, se o usuário não estiver de posse do seu CPF, ele sequer poderá acessar os serviços da unidade e terá de voltar a casa e buscar seu documento:

Porque quando eu cheguei no primeiro dia e ninguém sabia quem eu era, a fala era: “Sem CPF não entra não”. Então, eu chamei para conversar o funcionário que ficava na porta da unidade fazendo um acolhimento improvisado. E ele disse:

- Ah, mas é assim que é para falar!

E eu falei que não.

-Se a pessoa estiver passando mal e você não souber você vai chamar a equipe que está aqui. Não manda ninguém voltar para casa. Você pode falar isso, se a pessoa tiver vindo, apenas, marcar a consulta. Aí é outra coisa. Agora, se a pessoa estiver passando mal, de jeito nenhum. Porque ela vai entrar mesmo sem o CPF. (Entrevista realizada pela autora com uma Gerente da unidade)

Esse tipo de abordagem foi observada inúmeras vezes. Em determinados momentos, constatamos a conduta rude de alguns funcionários para com os usuários que aguardavam o atendimento, geralmente em resposta a algum questionamento ou reclamação pela demora no atendimento.

A cartilha de “Acolhimento e Classificação de Risco do SUS” define acolhimento como uma ação de escutar/orientar e buscar compreender o cidadão que busca a unidade de saúde. Sua proposta é descrita da seguinte maneira:

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 5)

Os profissionais de saúde são os principais protagonistas das ações de acolhimento, pois são eles os responsáveis diretos pela produção do cuidado e pela tomada de decisões. Entretanto, a proposta do acolhimento é que ele seja feito por todos os profissionais que atuem no ambiente da clínica, sem que para isso haja um local ou momento específico. Acolher é ter o cuidado, a preocupação e a sensibilidade para ouvir, auxiliar e orientar todo aquele que adentrar na unidade em busca de auxílio, seja ele qual for. A falta de conhecimento sobre a prática do acolhimento como processo de trabalho é apenas uma das informações que a equipe multiprofissional não possui e que se reflete em sua conduta.

Um profissional que não compreende os preceitos da Atenção Básica, seja pela falta de informações ou por não ter recebido o treinamento adequado, dificilmente saberá acolher, lidar com os usuários de forma empática e eficaz, e tampouco utilizar o sistema de regulação para fazer encaminhamentos.

Atualmente, a Rede de Atenção está modernizada, todas as unidades de saúde têm computadores e internet e os velhos prontuários em papel foram substituídos por prontuários eletrônicos. Para agilizar os processos de trabalho e os fluxos de encaminhamento de pacientes para outros equipamentos de saúde, as unidades de saúde devem operar com um sistema local de prontuário eletrônico, o VITACARE; e com o Sistema Nacional de Regulação, o SISREG.

Coincidentemente, o Sistema de Prontuário Eletrônico é o mesmo (VITACARE) em ambas as unidades pesquisadas, mas esse ainda não foi implantado na cidade como um todo (apenas em 66% das clínicas⁶⁷). A rede de saúde municipal não está integrada em um mesmo Sistema de Prontuário Eletrônico, dificultando o acompanhamento deste usuário ao acessar os serviços da rede de proteção social.

Os profissionais entrevistados não possuem informações suficientes sobre ambos os sistemas e seu funcionamento, e não receberam treinamento adequado para sua utilização. Devido à obrigatoriedade de seu preenchimento, é através da prática cotidiana que suas funcionalidades são aprendidas.

Quando você não conhece o assunto, você acha que a culpa é só do sistema, quando você conhece o assunto, você descobre que a culpa é de quem inseriu, ou de quem faz o encaminhamento. (...) Porque precisa de uma série de detalhes. Mas para isso você tem que aprender, você tem que passar por uma capacitação. (Entrevista realizada pela autora com uma ACS da ESF)

⁶⁷ Informação obtida através de consulta ao *website* da prefeitura.

Todos os funcionários entrevistados relataram problemas no uso do Sistema de Prontuário Eletrônico local, o VITACARE. O sistema é avaliado como lento, falho, que trava muito, e que têm varias inconsistências, como, por exemplo, manter uma usuária grávida no prontuário por mais de dois anos. Isso acontece por falhas e *bugs* no sistema, vale lembrar que os relatórios do VITACARE são utilizados para avaliar o desempenho da unidade, e no caso específico das grávidas, inconsistências nas informações sobre seu acompanhamento podem ocasionar erros nos indicadores e no cumprimento de metas da unidade. Penalizando-a diretamente e ocasionando a perda de alguns incentivos financeiros da contratualização.

Nas duas unidades visitadas, os usuários reclamaram do VITACARE. Inúmeras pessoas tiveram de se cadastrar mais de uma vez ao passarem pela triagem, porque o sistema vivia caindo ou perdendo registros já feitos.

As falhas no sistema incluem problemas de sigilo e confidencialidade, por exemplo. Os prontuários das visitas domiciliares, realizadas pelos ACS, ficam disponíveis para visualização de qualquer profissional que necessite consultar o sistema. As anotações dos ACS são feitas com base na interpretação do que foi identificado na visita domiciliar. Nesse cenário em que ACS e usuários são todos moradores da comunidade (muitas vezes vizinhos, conhecidos e amigos), as informações coletadas pelos agentes são muitas vezes alvo de fofocas e brigas que extrapolam os muros da unidade de saúde. Vale lembrar que as críticas ao déficit de capacitação do ACS, indicadas na seção anterior, já indicavam problemas na conduta ética quando do preenchimento do VITACARE.

Eu posso preencher o que eu quiser. Gente, é aquela coisa, é qualquer emprego! Em qualquer emprego você bota o que você quiser no sistema. Você bota o que você quiser no sistema.” (Entrevista realizada pela autora com uma ACS da ESF)

Eles [ACS] podem botar ali que foram e não foram [à visita domiciliar]. (...) eu já tive um problema com uma ACS que mentiu sobre a VD. Eu liguei pra casa da pessoa e a pessoa falou que ninguém foi lá. E estava lá uma VD lançada. (Entrevista realizada pela autora com uma Enfermeira da ESF)

Já houve relatos de moradores que tomaram conhecimento das anotações do ACS, o que ocasionou brigas e desconfianças. Já as informações do prontuário médico não correm este risco. São sigilosas e somente os médicos podem visualizá-las.

O Sistema de Regulação Nacional, SISREG,- ligado ao DATASUS-, é uma incógnita para muitos profissionais que atuam nas unidades. A falta de treinamento para seu uso acaba acarretando inúmeras dificuldades para regulação do atendimento dado aos pacientes. O SISREG é visto como a metáfora da esfinge: “decifra-me ou devoro-te”. São poucos os profissionais que conseguem lidar com ele. A regulação por si só é alvo de duras críticas, sejam elas por inúmeras dificuldades no uso do sistema ou pela morosidade na obtenção de respostas para os mais variados pedidos. Cabe destacar que os únicos habilitados para utilizar o SISREG são os médicos e enfermeiros da unidade.

Quando eu vim para a Estratégia de Saúde aqui no Rio, eu meio que me desiludi. Porque aqui as coisas demoram muito. (...) Tem exame que some do Sistema de Regulação assim do nada, por exemplo, endoscopia, tem hora que ela está no SISREG e tem hora que não está. Eu fiquei bem assim, triste e decepcionada, porque tudo demora, tudo tem um porém. Aqui às vezes a gente pede a regulação para a internação do paciente de manhã, deu nove horas da noite e não chegou. Caso grave. E às vezes não chega e a gente tem que explicar para o paciente que a gente fez a nossa parte a gente pediu a ambulância, só que não veio. (Entrevista realizada pela autora com uma Médica da ESF)

Após o preenchimento do SISREG, se o pedido de regulação, por exemplo, tem lugar entre Clínicas de Saúde da Família, a comunicação é feita, muitas vezes, pelo próprio gerente, por telefone ou e-mail, em uma tentativa de dar celeridade ao processo. Alguns encaminhamentos são feitos via CAP também. O que se pode extrair da análise é que a regulação é um problema nevrálgico e sua superação está aquém da criação de novas “portas de entrada”. Segundo Costa & Azevedo (2010, p. 803):

Este problema está associado à questão da descentralização inacabada da atenção à saúde no município, o qual ainda não exerce a gestão total da rede assistencial do SUS, situação complexa na qual os grandes hospitais públicos ainda se encontram sob a gestão estadual ou mesmo federal.

Longas esperas para a obtenção de consultas, vagas para exames e procedimentos, por exemplo, mostram que a ESF não supera as latentes ineficiências do SUS. O *Relatório de Auditoria Operacional da Secretaria Municipal de Saúde* (2012), realizada pelo Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro (TCMRJ), concluiu que problemas na configuração do SISREG reduzem a eficiência do SUS no aproveitamento dos serviços de saúde disponíveis.

De acordo com TCMRJ (2012), há uma grande e demorada fila virtual de acesso às vagas, com pacientes que aguardam uma consulta por mais de sete meses em especialidades

como a ortopedia, por exemplo. E essa é uma especialidade que demanda um rápido atendimento, devido às dores e complicações inerentes aos casos. A auditoria concluiu que “a população que necessita da saúde pública fica assim desamparada, tendo que procurar meios particulares para o acesso à saúde, permanecer com o problema ou até falecer à espera da vaga.” (TCMRJ, 2012, p.46) O relato de pessoas que morreram aguardando uma consulta é frequente entre usuários e aos funcionários.

A utilização do SISREG deveria, por exemplo, agilizar a marcação de consultas e exames. Em todos os encaminhamentos realizados pela clínica em que um morador é referenciado para uma consulta ou exame em outra unidade, quando este retorna, após passar pelo especialista, sua ficha no SISREG nunca volta preenchida com as informações oriundas deste atendimento. O campo destinado à contrarreferência no SISREG ou na guia de regulação impressa sempre volta em branco, dificultando o acompanhamento da situação de saúde deste usuário na Rede. A ausência de fluxos institucionalizados deixa espaço para ruídos e desinformação.

Você nunca tem retorno. Eu vou começar de trás para frente, nunca tem retorno. A guia é referência e contrarreferência, mas a contrarreferência ela não é usada nunca. É muito raro. E sempre pelo SISREG. (Entrevista realizada pela autora com o Gerente de uma Clínica de Saúde da Família)

Difícilmente vem alguma coisa preenchida. E muitas vezes o paciente não consegue nem explicar o que aconteceu. (Entrevista realizada pela autora uma Médica da ESF)

Uma tentativa de superar os gargalos na realização de encaminhamentos e na construção de fluxos com a assistência social e a educação é a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este tem papel decisivo na articulação com a rede de proteção social. Em clínicas onde o NASF atua com sua equipe são instituídos fluxos com o conselho tutelar, o CRAS e o CREAS. Nas unidades onde o NASF não atua, a equipe e a gerência patinam sem saber o que fazer, muitas vezes recorrendo à CAP para fazer notificações e comunicações que seriam em princípio de sua responsabilidade.

No Rio de Janeiro, nem todas as unidades que desenvolvem a ESF contam com uma equipe do NASF. Dentre as unidades avaliadas na pesquisa de campo, somente a do Batan contava com o apoio de uma equipe do NASF, que apoia diversas atividades dentro da Clínica. Há fisioterapeuta, psicólogo, psiquiatra, nutricionista entre outros ofertando serviços para os usuários. A psicóloga do NASF, por exemplo, é tão importante na dinâmica dos

fluxos com a saúde e a assistência social que esta unidade concorreu, no mês de maio de 2014, a certificação de Unidade Promotora da Solidariedade e da Paz.

Na ausência do NASF, o CMS Canal do Anil, não consegue desenvolver fluxos institucionalizados com outros equipamentos da rede de proteção social. Os profissionais entrevistados relataram não saber como buscar ajuda da assistência social ou do Conselho Tutelar, relatando inclusive, em muitas ocasiões, fazerem vista grossa a algumas situações temendo a ruptura do vínculo com a família.

Vale destacar que todos os problemas de fluxos de informações e de regulação demonstram ineficiências que resultam em dificuldades de inserção do usuário dentro da Rede de Atenção de Saúde e da rede de proteção social.⁶⁸

No meu entender de Estratégia da Família, a Clínica da Família foi criada para agilizar esse serviço, desafogar os hospitais e dar àquele paciente uma via de acesso aos serviços, serviço de ortopedia, serviço de cardiologia, entendeu? De cirurgia, de endócrino, renal e todos os tipos de serviços, só que é muito demorada, é uma coisa muito lenta. (Entrevista realizada pela autora uma Técnica de Enfermagem da ESF).

A ESF, como uma estratégia de viabilização do acesso de pessoas com complexas necessidades sociais às ações e serviços de saúde, revelou-se uma “porta de entrada” estreita (AZEVEDO & COSTA, 2010, p. 807). A entrada na unidade não é garantia de integralidade de cuidado nos demais níveis de atenção. Vê-se que a descentralização dos níveis de atenção entre estados e municípios e a territorialização favorecem a focalização e a restrição do atendimento, com base nas áreas de cobertura, engendrando obstáculos à universalidade e integralidade do cuidado.

O déficit de capacitação dos funcionários está diretamente ligado às ineficiências dos sistemas de informação. A falta de informação sobre os protocolos e procedimentos que devem ser adotados na utilização do SISREG indica uma opacidade do sistema de rede. As unidades de saúde têm a sua parcela de responsabilidade⁶⁹ pela morosidade na obtenção de consultas pelo absentismo⁷⁰ de pacientes, tal como comprovado pela auditoria do TCMRJ.

⁶⁸ O projeto Conectividade, desenvolvido pela Coordenadoria de Ciência e Tecnologia da prefeitura da cidade de Nova Iguaçu, buscou desenvolver, com recursos da FINEP, um sistema de monitoramento do usuário da rede de proteção social da cidade. O sistema contou com o desenvolvimento de formulários e indicadores, ligados um banco comum às secretarias de saúde, assistência social, educação e cultura. Essa experiência desenvolvida entre os anos de 2008 e 2010 é uma das poucas tentativas efetivas de integração de bancos de dados. Mas não foi concluída por desinteresse da gestão municipal da época.

⁶⁹ No processo de solicitação de regulação, as unidades de saúde, muitas vezes, deixam dados importantes sem preenchimento, ocasionando a demora no processamento do pedido e até mesmo a sua negação.

⁷⁰ Absenteísmo é o termo utilizado para designar as ausências dos pacientes nas consultas já agendadas por algum motivo interveniente. (TCMRJ, 2012, p.64)

Segundo o relatório, é de competência das unidades relembrar ao paciente a data de realização de sua consulta, bem como seu cancelamento na desistência do solicitante.

A lista de espera virtual por consultas, exames e procedimentos é longa, e surpreendentemente, em 2012, os números da auditoria revelaram um alto índice de absenteísmo na Rede municipal de saúde. Um verdadeiro contrassenso.

No CMS Canal do Anil e na Clínica da Família Antônio Gonçalves da Silva, os gerentes estão procurando fortalecer o trabalho de controle às solicitações inseridas no SISREG, a fim de evitar que pacientes percam consultas por falhas de comunicação na unidade. Afinal, é inadmissível, em um país onde as pessoas morrem aguardando uma consulta, uma rede municipal apresentar alto índice de faltas às consultas agendadas. Não adianta expandir a Rede sem tratar das antigas ineficiências. A regulação através do SISREG não fará milagres sem a ajuda dos operadores do sistema:

Com o aumento dos prestadores, houve também crescimento dos tipos de procedimentos e do volume de consultas e exames solicitados no âmbito do SISREG. Conforme os arquivos oriundos do sistema são aproximadamente 245 tipos de consultas e exames constantes no módulo ambulatorial. Apesar do avanço expressivo, em termos absolutos, as deficiências da regulação do acesso aos serviços de saúde continuam basicamente as mesmas. A abrangência do SISREG III, como instrumento centralizador de solicitação das demandas das unidades, continua bastante limitada, como ocorria em 2009, pois as evidências apontam nesse sentido. (TCMRJ, 2012, p.73)

A opacidade na Rede é resultante do déficit de capacitação dos funcionários e da falta de transmissão de informações à população sobre o funcionamento da ESF.

A recente reestruturação da Rede de Atenção iniciada em 2009, tendo como unidade central de atendimento as unidades territorializadas de Saúde da Família, não foi desenvolvida com o apoio de uma reformulação integrada da lógica de atendimento das demais unidades que deveriam compor a Rede e tampouco do diálogo com a população.

Profissionais e usuários reclamam das falhas no funcionamento da Rede de Atenção, resultando em uma completa falta de informações e transferência de responsabilidades. Muitos usuários argumentam desconhecer a obrigatoriedade de buscar atendimento em uma unidade de saúde de referência e terem sido surpreendidos ao procurar atendimento em um local e serem direcionados para outro.

Os profissionais das unidades de saúde, por sua vez, argumentam que o sistema de referência e contrarreferência não funciona. Segundo os relatos, há transferência de responsabilidades entre unidades de saúde, fazendo com que pacientes sejam jogados como

bolas num jogo de pingue-pongue de um lado para o outro, sem que os encaminhamentos adequados sejam feitos e os devidos cuidados prestados.

A Unidade de Pronto Atendimento encaminha pacientes para as Clínicas da Família, mas não envia um documento ou um encaminhamento institucionalizado e sistematizado. Simplesmente informa que o paciente deve se dirigir à sua unidade de referência. Situação similar ocorre com encaminhamentos feitos por outras unidades de saúde, sejam elas de Atenção Primária ou de equipamentos de média ou alta complexidade.

Eu recebo papel da UPA todo dia. Aí você pergunta:- Você foi atendido?

-Não. Disseram que é aqui no posto.

Então a pessoa já é barrada na porta antes. E não é isso. Você acha que quando inventaram o encaminhamento da Atenção Secundária para a Atenção Primária, quem inventou pensou que alguém iria ficar na porta vendo “Onde ser Atendido” e falando: - Você não é aqui! (Entrevista realizada pela autora com a Gerente de uma Clínica de Saúde da Família)

A transferência de responsabilidade entre os níveis de atenção é um dos resultados da incompreensão do funcionamento da Rede como um todo. Ela se expressa na lógica de que todo cidadão deve ser atendido em seu equipamento de referência, consequência da recente reorganização da Rede de Atenção. Respaldados por esta orientação da Secretaria Municipal de Saúde, as unidades podem no ato do acolhimento/triagem determinar de imediato se o usuário poderá ou não ser atendido. Basta consultar o endereço de moradia do cidadão, no sistema “Onde ser Atendido” (<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/onde-ser-atendido>)

Esta proposta de atendimento segmenta clientela (população adscrita e não adscrita) e estabelece o duro paradoxo: uma unidade de saúde, dentro de um sistema de saúde universal, pode recusar/redirecionar o atendimento de um cidadão que não pertença à sua área de cobertura.

Os problemas de informação perpassam toda a Rede de Atenção. Com a adscrição da clientela consequente da territorialização do cuidado, muitos usuários ficam confusos, sem saber a que unidade de saúde devem recorrer, se ao pronto-atendimento ou se à Clínica da Família. De um lado, temos usuários confusos, do outro temos as Clínicas de Saúde da Família que se ungem do seguinte discurso:

A única coisa que eu aprendi logo que eu cheguei e que falaram para mim logo nos primeiros dias é a fala de todo mundo: - AQUI NÃO É EMERGÊNCIA! NÃO É

EMERGÊNCIA! (Entrevista realizada pela autora com uma Técnica de enfermagem da ESF)

Poucos funcionários da ESF, no entanto, compreendem que a unidade é responsável pelo primeiro atendimento de todo e qualquer usuário, mesmo numa situação de urgência.

Isso aqui é uma unidade de saúde. Querendo ou não, se o paciente passar mal lá fora você tem que dar, pelo menos, o primeiro atendimento. Isso é básico, isso é básico. Se você não der o primeiro atendimento, por menor que ele seja, você está omitindo socorro, em frente a um posto de saúde. Você simplesmente tem que deixar ele entrar, você tem que acolher esse paciente, e direcionar ele. Vamos direcionar, vamos regular, vamos botar no "vaga zero", vamos transferir, chamar bombeiro, a força civil, mas tem que dar o atendimento. Você simplesmente não pode ficar ali na porta olhando o paciente se estrebuchando e você não fazer nada. Entendeu? As pessoas não têm consciência dessas coisas. Elas falam às vezes coisas sem conhecimento. Porque às vezes aquilo ali, sem o conhecimento, às vezes ela vai responder a um processo e nem saber o porquê. Entendeu? Então você tem que saber um pouquinho de cada coisa.

-Ah, não tem que atender, não tinha nem que deixar entrar.

- Como assim? Tem que deixar entrar sim.

(Entrevista realizada pela autora com uma Técnica de enfermagem da ESF)

Para que não haja dúvidas, cabe esclarecer que uma unidade de saúde, seja Clínica da Família, Centro Municipal de Saúde, ou uma Unidade de Pronto-atendimento, não pode se furtar de prestar o atendimento no caso de uma urgência ou emergência. De acordo com as diretrizes inseridas dentro da *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde* (2013), é assegurado ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz. Para este princípio são descritos, entre outros, os seguintes ordenamentos:

§ 1º O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica, integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa.

§ 2º Nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa, bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade.

§ 3º Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras, para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema.

§ 4º O encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação.

§ 5º Quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas, é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios.

Se nos detivermos especificamente nos §§ 1º e 2º, vemos dois problemas estruturais na proposta da ESF no Rio de Janeiro: I) O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica, integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares, mais próximos de sua casa. Em nenhum momento foi estabelecido que uma pessoa deverá obrigatoriamente acessar unicamente as unidades próximas ao local de moradia, e sim preferencialmente. Ou seja, o usuário tem o direito de ir a qualquer unidade de sua preferência; II) Nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa, bem como encaminhá-la para outro serviço em caso de necessidade. Assim, qualquer unidade de saúde deve, de forma incondicional, atender aos usuários nos casos de urgência e emergência.

De acordo com relatório do TCMRJ (2012), muitos problemas de regulação identificados no município são oriundos do encaminhamento errôneo das unidades. Há muitas regulações desnecessárias de atendimentos que poderiam ser solucionadas na própria unidade básica.

A compreensão dos problemas na regulação dos pacientes é comum, portanto, aos usuários e aos funcionários da Estratégia. Se por um lado temos funcionários desmotivados diante das dificuldades, por outro vemos usuários do SUS impacientes, e em algumas situações até violentos e agressivos para com os profissionais da ESF, além de bastante incrédulos. De acordo com Mishima *et al* (2010, p. 767) no estudo *(In)Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família*:

A utilização se constitui em uma característica importante dos serviços de saúde. Na prática, observam-se diversos padrões de utilização que constituem a expressão final do itinerário de busca de atenção médica vivenciado pelos pacientes ante um problema de saúde. Verifica-se que os pacientes insatisfeitos com a qualidade da atenção podem gerar padrões de utilização ineficientes (...) de forma que a insatisfação com a qualidade da atenção recebida tem sua origem na forma como o usuário percebe a atenção que recebe.

Neste e em outros estudos, a insatisfação dos usuários indica que “a ESF revelou-se uma estreita “porta de entrada” do SUS” (AZEVEDO & COSTA, 2010, p 797). A Clínica da Família, que deveria ser capaz de agilizar o atendimento e a regulação dos usuários, apresenta-se sem muita capacidade resolutiva em uma Rede de Atenção falha, fragmentada e confusa.

A gente trabalha aqui como se a gente tivesse secando gelo, e vai secando e aquilo ali nunca acaba, sabe? Vai e você não vê o resultado. (Entrevista realizada pela autora com uma Técnica de enfermagem da ESF)

A realidade mostra que, diante das ineficiências no sistema de informação e coleta e da opacidade do sistema de Rede, as unidades se encontram muito presas à dinâmica do SUS como ele é, ou seja, diante dos gargalos e ineficiências, os profissionais, em sua maioria desmotivados, não se mostram interessados em desenvolver inovações ou arranjos temendo que estes tampouco surtam efeitos. Os gerentes, por sua vez, também têm pouca autonomia para inovar, sendo extremamente tolidos pela gestão das OSS e da CAP, tema que será abordado na próxima seção.

5.7 Os gargalos derivados da gestão

O ano de 2009 é um marco para a saúde no Rio de Janeiro. Além de marcar a reestruturação da rede, também apresenta a adoção de um novo modelo de gestão. Foi adotada a terceirização da gerência das unidades de saúde por entidades privadas não lucrativas. Atualmente, cinco Organizações Sociais de Saúde (OSS) são responsáveis pela gestão das Unidades Básicas de Saúde no município. A sua contratação é mediada por um contrato de gestão, que estabelece um grupo de metas e indicadores que deverão ser atingidos (contratualização de metas). Às metas também foi recentemente atrelado o pagamento por performance, que determina o repasse de recursos/ incentivos financeiros atrelados ao alcance das metas estabelecidas em contrato. (Fonseca, 2013, p.159)

Com a contratualização de metas, a lógica da “Gestão por Resultados” foi inserida na dinâmica da Saúde da Família, presente através de exigências quantitativas em todas as ações desenvolvidas pela unidade. Todos os profissionais são cobrados em sua produtividade, seja em atendimentos realizados, consultas, número de vacinas e medicação administrados, coleta de exames etc. Em tudo, a métrica consiste na superação das metas.

De acordo com o gerente da unidade do Batan, há três variáveis que devem ser acompanhadas e superadas e que envolvem diretamente o repasse de recursos para a unidade. A variável I avalia a gestão da unidade e recompensa a OSS, a clínica e seus funcionários; a Variável II avalia o conjunto de ações desenvolvidas pela clínica e seus fluxos, e os recursos advindos daí são utilizados para a compra de equipamentos e materiais para a unidade; a Variável III avalia a performance da unidade e remunera individualmente o profissional.

A todos os profissionais entrevistados, como apresentado no questionário, eram feitas perguntas que buscavam compreender como as metas impactavam a qualidade do seu trabalho e como eles avaliavam as metas impostas ao seu trabalho.

Eu penso que as metas são importantes também por que a meta ela não somente te estimula a chegar até tal lugar, mas é também uma forma de monitoramento. O ministério quer monitorar o município, então assim eu acho que tem que ter metas pactuadas, só que essas metas devem ser estudadas de maneira com que elas não interfiram nesse processo que é a proposta da Estratégia de Saúde da Família. Tem que ser uma meta coerente com a quantidade de profissionais. Porque a gente tem realmente metas que dificultam e atrapalham todos esses profissionais (...) As metas dificultam. O modelo que a gente está vivendo hoje com contrato de gestão entre a secretaria e a OSS, e cada secretaria tem que prestar conta para o Ministério, esse modelo está muito voltado para um lado produtivista, né?! Então realmente, de fato, não está mudando muito na implementação da Estratégia, isso ficou uma coisa dicotômica. A gente fica aqui tentando promover o modelo, tentando implantar, implementar só que ao mesmo tempo nós somos cobrados em relação a essa produção de uma maneira desordenada, na minha visão. De uma maneira desordenada, haja vista que é campanha de não sei o que lá, aí no mês seguinte, uma semana antes eles lançam uma campanha que a gente não sabe de onde veio e a gente tem que dar conta daquilo ali que tem um público-alvo e que envolve toda a comunidade. (Entrevista realizada pela autora com um Gerente da Clínica de Saúde da Família)

Na leitura de todos os profissionais entrevistados, as metas estão desvirtuando a lógica da ESF. Para atingir as metas estipuladas pelo contrato de gestão, médicos e enfermeiras são cobrados pela quantidade de consultas e preventivos realizados. Estes serviços possuem mais peso do que as VD, pois estão atrelados ao acompanhamento de grupos prioritários (hipertensos, gestantes e crianças com menos de um ano). De acordo com a avaliação dos indicadores de contratualização, o TCMRJ indica que as metas podem muitas vezes ser alcançada sem que seus resultados indiquem que o serviço foi prestado de forma resolutiva e com qualidade.

A lógica da quantidade em detrimento da qualidade assumiu a dianteira da gestão da unidade, e a proposta inovadora do cuidado integral via realização de visitas domiciliares, acabou sendo substituída por algo mais pragmático, imediato e de baixa qualidade. E na subversão da ideia inicial de um atendimento diferenciado, a unidade se transforma em mais um equipamento de pronto-atendimento.

Ah, tem que bater metas. Eu não sei se tem que bater metas. Tem que prestar um bom atendimento. Você tem que ser resolutivo, tem que dar finalidade para aquilo ali e não ficar batendo meta. Mas qual foi o motivo? Ah, eu fiz 50 preventivos, mas que tipo de atendimento? Ah, eu fiz 500 consultas, mas que tipo de consulta você fez? Será que você esclareceu a dúvida? (Entrevista realizada pela autora com uma Técnica de enfermagem da ESF)

A gestão acha que a gente tem que atender, atender, atender. A gente tem que bater uma meta de tantos números de atendimentos e se a gente não atender àquela quantidade de pacientes a gente é praticamente chamado atenção. Eu não consigo

fazer VD porque o médico fica preso na unidade, a lógica é essa: o médico tem que ficar dentro da unidade atendendo, atendendo, atendendo, atendendo. (...) Se eu não conheço a minha população, eu não sei o que está adoecendo a minha população, eu não sei se há um esgoto a céu aberto, eu não sei quais os problemas da minha área, e assim vai ter demanda livre. (Entrevista realizada pela autora com uma Médica da ESF)

Isso não acontece apenas nas unidades avaliadas por esta pesquisa. O estudo de Fonseca (2013) também indica que a gestão por metas resulta na precarização do trabalho das equipes de Saúde da Família.

Há um consenso entre os profissionais de que as metas são importantes para uma avaliação do desempenho da unidade, mas que o trabalho em função delas reduz a qualidade da atividade desenvolvida. Não alcançar as metas implica na perda dos repasses financeiros atrelados à contratualização. Ambas as unidades sofrem com a falta de insumos básicos, tais como copos plásticos para os bebedouros e papel higiênico para os sanitários, bem como equipamentos, medicamentos, entre outros. Nenhuma delas relatou receber recursos adicionais da SMS para realizar as inúmeras campanhas que são solicitadas ao longo do ano.

Os profissionais se queixam de ficar muito presos na unidade e que na lógica quantitativa se abdica da qualidade, e o trabalho na prevenção acaba por se limitar a uma mera administração dos doentes e de suas complicações.

Eu tenho trabalhado de forma extremamente mecânica, sabe?! E às vezes você se perde nessa mecânica do dia a dia, você se perde e você acaba se esquecendo de fazer coisas importantes que você tem que fazer. Se perdendo nas demandas que você tem que atender e que não param de vir, nas cobranças, nas metas e em toda a burocracia, em tudo o que você tem que passar para o prontuário eletrônico. E na realidade, eu acho que o mais importante deveria ser você ter tempo de estabelecer um vínculo, conhecer melhor a população, estabelecer um vínculo e trabalhar educação em saúde pra realmente você fazer prevenção. A prevenção é antes de a doença aparecer, entendeu? É antes de a doença aparecer. E na realidade o que a gente faz é mais ou menos administrar os doentes, administrar as complicações. A gente administra as complicações. Mas fazer aquele trabalho antes da doença aparecer, para mim isso está sendo a grande dificuldade. Eu não acho que a atenção primária tenha que administrar complicações, eu acho que a atenção primária ela tinha que conseguir realmente trabalhar antes de a doença aparecer. Tá cada vez mais difícil isso. (Entrevista realizada pela autora com uma Médica da ESF)

O relato da médica é um exemplo de que a inovadora proposta de cuidado integral, outrora inspirada no modelo cubano, como apresentado no Capítulo 4, acabou por abandonar a qualidade, ao realizar mudanças que deturparam seu modelo inspirador. A contratação de mão de obra barata, a expansão acelerada da Rede e o aumento do grupo populacional a ser acompanhado pelas equipes, macularam o desenho original de sucesso que se almejava

seguir, reduzindo-o em uma cópia deturpada do *Medicina Familiar* (programa cubano). A ESF, atualmente, não é nem medicina preventiva e tampouco cuidado integral.

5.8 À guisa de conclusão

Conclui-se, com base nos relatos de usuários e das equipes, que a atuação da Clínica de Saúde da Família como “porta de entrada” para os serviços de saúde não representa uma garantia do acesso integral.

Antigos problemas de um sistema de referência e contrarreferência deficiente não foram superados. Os quatro meses de pesquisa de campo e as entrevistas com profissionais das equipes de Saúde da Família das clínicas avaliadas reforçaram uma suspeita, transformando-a em constatação.

Identificamos a atuação de profissionais sem ou com pouca capacitação, em sua maioria desmotivados e que desconhecem as diretrizes da Atenção Básica e da Saúde da Família. Equipamentos públicos com carência de insumos e recursos humanos qualificados. Uma cartela de serviços “pobre”- que como vimos, inclui até a realização de consultas coletivas- e uma lógica produtivista com um olhar para atingir metas quantitativas distanciam a ESF de seus objetivos basilares: trabalhar a promoção e prevenção, acompanhar as famílias com qualidade através do trabalho de visitas domiciliares e atuar como uma “porta de entrada” que acolhe, cuida e torna efetiva a cidadania na saúde, permitindo circular, em função das contingências, no SUS. De forma sintética podemos descrever os imbróglios da Saúde da Família da seguinte maneira, apoiando-nos em Marsiglia:

Quanto à realidade do acesso, através da APS, apesar da expansão, encontram-se ainda falhas na disponibilidade dos serviços, tanto do ponto de vista de quantidade, quanto de localização(...) existem formas inadequadas de funcionamento, fluxos interrompidos, rotinas e estratégias para conter ou contornar a demanda, registros inadequados ou incompletos de informações sobre o usuário e sua família; falta ou inadequação de recursos físicos, financeiros e humanos; falta de planejamento e gerência nos serviços, espera excessiva para marcação de consultas e procedimentos, resultados de exames, definição de terapêutica a ser seguida, poucas atividades educativas, com e na comunidade. (MARSIGLIA, 2012, p.322)

Em 2009, Sousa & Hamann (2009, p.1334) caracterizaram a ESF como uma agenda incompleta, por não ter conseguido ao longo dos doze anos de sua existência ter tido êxito em “ampliar as condições para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor saúde no Brasil.”. Com base na ampla literatura que avalia o programa, poderia se esperar uma reflexão, por parte dos gestores, sobre a efetiva

funcionalidade dessa política de Atenção Básica. No Rio de Janeiro, no entanto, vimos, à mesma época, a expansão deste modelo como a panaceia do sistema de saúde pública.

Pelo lado de fora desse mesmo sistema, ávida por cuidados, temos uma população atônita e desamparada, desinformada e sem capacidade de processar informação, que não compreende a proposta do cuidado preventivo da Saúde da Família e que, por anos, foi conduzida a utilizar os equipamentos de saúde nos casos de urgência e emergência. Neste cenário, a descoberta de que a população utiliza, em sua maioria, a Clínica de Saúde da Família apenas como uma unidade de pronto-atendimento evidencia a opacidade do sistema e seus gargalos.

Contaminada pela lógica normativa e prescritiva do processo de medicalização da medicina ocidental, a ESF é a expressão de um programa de controle social que almeja “educar” os pobres, ao mesmo tempo em atua para contê-los em seus próprios territórios. (TUNES & RAAD, 2006)

CONCLUSÕES - A POBREZA DA SOBREFOCALIZAÇÃO E SUA AMEAÇA AO SUS

Obedecendo às diretrizes de hierarquização, descentralização e territorialização, a Atenção Básica (AB) foi definida como primeiro nível de atendimento e eixo orientador do SUS. A ela compete a organização das “portas de entrada”, responsáveis por inserir o cidadão dentro da rede de serviços do SUS.

Em uma proposta inovadora e inspirada no NHS inglês e no *Programa Medicina Familiar* cubano, foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), com a premissa de atuar como a “porta de entrada” do SUS para os mais vulneráveis e expostos a problemas de assimetrias de informação e de poder. A finalidade do programa consistia, portanto, em garantir equidade no uso, nos custos e nos resultados (Le Grand,1982). Ao contrário dos modelos de saúde que lhe serviram de inspiração, universais e inclusivos, o PSF foi inicialmente desenhado para atuar de forma focalizada, sendo responsável por cobrir vazios sanitários na região Nordeste. No ano de 2006, o programa adquiriu o caráter de estratégia nacional de reorganização da Atenção Básica, tornando-se então Estratégia de Saúde da Família, recebendo mais investimentos para sua expansão.

A Estratégia de Saúde da Família teve, nos últimos vinte anos, uma rápida expansão de sua cobertura, o que despertou a curiosidade e interesse de muitos estudiosos. Percorremos, nesta tese, variados estudos e avaliações sobre a ESF. Todos tentaram compreender seu funcionamento e resultados, sem evidenciar, contudo, o paradoxo de sua sobrefocalização nas populações pobres e vulneráveis, objeto desta tese.

Para compreender e descrever esse paradoxo, no âmbito de uma política universal, cujo acesso deve ser preventivo, e, na lógica do atendimento das necessidades e contingências que se fazem sentir, não diretamente vinculada a questões de renda, senão de patologias e enfermidades, é preciso debruçar-se sobre a história de criação e conseqüente desmonte do SUS.

Dentro da história de construção do SUS, foram identificados alguns fatores e variáveis que auxiliam a compreensão do desenho de uma política focalizada no âmbito do SUS, a saber: o desfinanciamento, a descentralização, as questões territoriais e a pressão

privatista. Análises de cada uma delas contribuem de forma complementar para a compreensão deste paradoxo.

No capítulo 2, vimos como o desfinanciamento ou subfinanciamento do SUS, fruto de uma subtração recorrente e histórica de recursos da Seguridade Social, agravado pelos mecanismos perversos da Desvinculação das Receitas da União (DRU), e a recente política de Desoneração da Folha de Pagamentos (DFP), golpeiam o orçamento e tendem a inviabilizar as funções precípua dos laureados artigos 194 e 195 da Carta Magna de 1988.

O confisco promovido pela DRU já subtraiu do Orçamento da Seguridade Social cerca de R\$ 621,4 bilhões de reais entre os anos de 2000 a 2012 (LAVINAS, 2014). Esses recursos poderiam estar sendo empregados na melhoria do SUS. As medidas que fortalecem o desfinanciamento do sistema apoiam sua mercantilização, fomentando a criação de um mercado consumidor para o subsistema privado de saúde, responsável por uma renúncia fiscal cuja estimativa da Receita Federal, para o ano de 2013 chegou a casa dos R\$ 20,9 bilhões de reais (CARVALHO, 2013).

Evidentemente, o subfinanciamento engendra um círculo vicioso de desmonte do SUS. Ao mesmo tempo em que ele sucateia o sistema em sua estrutura, também força a criação de uma clientela para o mercado privado de saúde, atendendo ao intento das agências multilaterais, para as quais compete ao Estado a oferta pública de uma “cartela básica” de serviços, apenas para os pobres.

Como vimos no primeiro capítulo desta tese, tem-se intensificado a pressão para que os governos concentrem os gastos públicos nas parcelas mais vulneráveis da população, havendo, portanto, uma ampliação da seletividade para concessão de benefícios, o que Gilbert (2002) caracteriza como uma transição das políticas universais para focalizadas. Para Barr (2004), todavia, há dois problemas fundamentais na prática da focalização: a) Se os indicadores ideais não forem utilizados, ela pode ser imperfeita e engendrar exclusão; e b) a adoção de políticas focalizadas não é uma prática que contribua para a justiça social. Há de se ressaltar que focalização gera estigmas sociais, notadamente junto aos grupos mais desassistidos.

Em se tratando da saúde, um campo de inúmeras complexidades, onde há problemas de informação e os custos de um tratamento errado ou sua falta são muito altos, focalizar é transformar um direito universal em seletivo e residual, tornando um serviço que deveria ser equânime em mais um fator de distinção entre os pobres e os não pobres.

A compreensão do porquê estão sendo adotadas práticas focalizadas encontra no subfinanciamento o argumento de que na escassez dos recursos há de se elencar prioridades em função de determinadas clientela. Assim, em paralelo ao desfinanciamento, veem-se crescentes investimentos na expansão da AB e de suas “portas de entrada” por todo território nacional.

Como discutido no Capítulo 3, em decorrência da descentralização, oriunda da CF 88, os municípios têm plena autonomia para o planejamento da implantação da ESF, e, apoiados nas diretrizes de hierarquização e territorialização do SUS, cada um pode moldar a proposta à sua realidade local e realizar uma nova focalização estratégica. Contudo, ao invés de atuarem como mecanismo de ampliação e expansão com qualidade de uma rede de Atenção Básica, a descentralização e a territorialização foram utilizadas de forma desvirtuada e, ao contrário de apoiarem a transferência dos recursos e o estabelecimento das prioridades da política de saúde local, tiveram como resultado, na cidade do Rio de Janeiro, uma Rede de Atenção à Saúde falha, ineficiente e de baixa resolutividade.

A partir da observação participante e do relato de usuários e funcionários de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro, identificamos um déficit de provisão do serviço resultante de um grande déficit de pessoal e de capacitação dos profissionais da saúde, que tendem a atuar de forma preconceituosa e moralista, além de carências de insumos, ineficiências no sistema de informação e coleta, opacidade do sistema de Rede e inúmeros gargalos derivados da gestão.

Conforme relatado no Capítulo 5, há muitas externalidades negativas resultantes do trabalho com uma população acima da capacidade operacional, como a procura desordenada de pacientes por atendimento médico e ambulatorial através do agendamento de consultas e um quadro de funcionários sobrecarregados e desmotivados, que não conseguem realizar as visitas domiciliares de sua população adscrita, diferencial original da Saúde da Família. Neste cenário, o déficit de capacitação dos profissionais da saúde ocasiona ainda despreparo e má formação das equipes, que se mostraram incapazes de atender aos usuários com qualidade e empatia.

Na falta de monitoramento e controle, ninguém é repreendido e tem seu comportamento corrigido, e a sensação da população é de total descaso e abandono. Os poucos canais de comunicação entre a população e as equipes da ESF não incluem um espaço

democrático dentro dos muros da unidade de saúde. Vê-se que a premissa do controle social, inserida tanto na constituição quanto na criação do SUS, reduz-se a uma via de mão única, onde a unidade de saúde exerce o controle e o monitoramento das patologias e dos hábitos de vida sem que seja oferecida ao cidadão a oportunidade de debate das práticas e ações definidas para a sua comunidade. Ora, a proposta da Estratégia de Saúde da Família era justamente preencher um vácuo entre os profissionais de saúde e os usuários, via um modelo original que suprisse carências que comprometiam a igualdade de oportunidades em saúde para os menos favorecidos. Entende-se por igualdade de oportunidades em saúde, “não (...) que o indivíduo terá toda saúde que busca (serviços de saúde são escassos), mas que todo indivíduo deve receber o mesmo quantum de serviços de saúde que qualquer outro na mesma condição médica, independentemente de fatores que devem ser irrelevantes, tais como renda.” (Barr 2004, p. 255). Decididamente tal não é o espírito, nem o resultado do ESF.

Constatou-se que as equipes da ESF atuam de forma fragmentada. Cabe destacar ainda um elevado grau de ineficiência nos sistemas de informação e coleta das unidades. Às equipes carece a compreensão sistêmica e integrada sobre o funcionamento da Rede, incitando a transferência de responsabilidades entre os diferentes níveis de atenção, o que faz com que o usuário percorra, quase às cegas, várias unidades, antes de ser informado sobre o atendimento por unidades de referência.

O trabalho com populações adscritas e unidades de referência da proposta de atuação em Rede de Atenção territorializada demonstrou engendrar uma lógica perversa de atendimento, visto que essa prática segmenta clientela e estabelece mecanismo de exclusão: em uma mesma rua, famílias que vivem em lados opostos não são atendidas e acompanhadas de forma equânime. Tal prática habilita ainda a restrição/transferência do atendimento com base na consulta do local de moradia do cidadão. Constatamos que ela, de fato, reforça o controle social exercido no âmbito da ESF, represando a população pobre em seus bairros de origem (TUNES & RAAD, 2006).

Sem poder escolher onde e por quem serão atendidos, e tampouco sem ter um *follow-up* de qualidade por profissionais verdadeiramente familiarizados com a população atendida, e sobretudo sem voz dentro das unidades, os usuários insatisfeitos, incrédulos e impacientes, muitas vezes perdem o bom senso e externalizam sua revolta com o tipo e a qualidade do atendimento, em surtos de violência e agressão para com os funcionários das unidades de saúde.

Na sua incapacidade de inserir de forma integral e integrada o usuário dentro dos serviços do SUS, e sem dar conta do cumprimento de suas diretrizes de promoção e prevenção, a ESF e a Atenção Básica falham em sua tentativa de desafogar os hospitais e reduzem as Clínicas de Saúde da Família a meras unidades de pronto-atendimento, enquanto crescem as filas virtuais no SISREG, evidenciando que os gargalos no sistema de gestão do SUS não estão sendo superados.

Não se pode negar que a construção de Unidades de Saúde da Família em locais onde outrora havia vazios sanitários cria uma nova cobertura virtual na tentativa de ampliar o acesso aos serviços básicos de saúde. Em alguns casos, há sim a produção de resultados positivos, vide os estudos de Macinko *et al* (2006) e Rasella *et al* (2014), mas há muito a se aprimorar e corrigir para que os resultados positivos se multipliquem. Assim como destaca Cohn (2009), cobertura não significa acesso e este não significa atendimento.

A Saúde da Família, que se verificou uma proposta incompleta, não logrou sucesso na focalização. Essa “porta de entrada” estreita e tortuosa, que não é feita para todos, não cobre, acolhe ou auxilia adequadamente a inserção do cidadão dentro dos serviços do SUS. Ela exclui também e engendra, portanto, iniquidades. Na maioria dos casos, ela represa seus usuários na falsa sensação de um atendimento integral, quando na realidade se limita a administrar os doentes e suas complicações.

Referências Bibliográficas

ACADEMIA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS. **Doenças negligenciadas** / Wanderley de Souza, coordenador. – Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010. 56 p. :il. – (Ciência e tecnologia para o desenvolvimento nacional. Estudos estratégicos)

AFONSO, J. R.; BARROS, G. L. (2013^a). **Desoneração da Folha Salarial: primeiros efeitos na arrecadação**. Disponível em: <<http://www.joserobertoafonso.ecn.br>> Acessado em 15 de mai. 2014.

_____. (2013^b). **Desoneração da Folha: renúncia revisitada**. Nota Técnica. Instituto Brasileiro de Economia. Fundação Getúlio Vargas.

ANFIP (2013). **Desoneração da Folha de Pagamentos: oportunidade ou ameaça**. MAÇANEIRO, V. J. (org.)- Brasília: Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil e Fundação ANFIP de Estudos de Seguridade Social. 77p

AGUIAR, R. A. T. (2003). **A Construção Internacional do Conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua Influência na Emergência e Consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte.

ANDRADE, E. I.G; SALLES DIAS FILHO, P. P. (2009). Padrões de Financiamento da Saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde. In: LOBATO, L. V. C & FLEURY, S. (ORGS). **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES.

ARRETCHE, M. (1998a). Tendências no estudo sobre avaliação. In: **Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate**. RICO, E. M. (org.) São Paulo, Cortez.

_____. (1998b) **Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo**. Congresso da Latin American Studies Association. Chicago. 24-26 de setembro.

_____. (2002a). Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: **Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais**. BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO., M. C. B. (orgs.) São Paulo: IEE/PUC.

_____. (2002b). Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma dos programas sociais. **Dados**, v.45, n. 3, p. 431-57.

_____. (2004) Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, 18(2), p.17-26, 2004.

_____. (2006) **Coordinating Policies in a Fragmented Federal State: the Brazilian Case**. Artigo apresentado no XX Congresso da Associação Internacional de Ciência Política, realizado em Fukuoka (Japão), de 9 a 13 de julho.

_____. (2010). Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos?. **Dados** [online]. 2010, vol.53, n.3, pp. 587-620. ISSN 0011-5258.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (2002) Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência e saúde coletiva** [online]. vol.7, n.3, 2002.

ASA BRIGGS. (1969). The Welfare State in a Historical Perspective in C. Pierson and F. Castles (eds.) (2000) **The Welfare State Reader**, Cambridge: Polity Press, pp. 1-31.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA. A. M. (2010) A estreita “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface** (Botucatu) [online]. 2010, vol.14, n.35, pp. 797-810. Epub Sep 08, 2010. ISSN 1414-3283.

BAHIA, L. (2005). Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado. **Saúde e Sociedade** v.14, n.2, p.9-30, maio-ago.

_____. (2009). O Sistema de Saúde Brasileiro entre Normas e Fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (3): 753-762.

_____. (2013). Financeirização e Restrição de Coberturas: estratégias recentes de expansão das empresas de planos e seguros de saúde no Brasil. In: COHN, A. (ORG.) **Saúde, Cidadania e Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: E-papers: Centro Internacional Celso Furtado.

BANCO MUNDIAL. (1987). **Financing Health Services in Developing Countries: An agenda reform**. Washington, D.C., U.S.A. Original inglês.

_____. (1993) **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993. 347 p. Original inglês.

BARACHO M. (2013) **Batalha entre o SUS formal e o real perpetuam as iniquidades em saúde** [Internet]. Recife (PE): Portal DSS Nordeste; 2013 Fev 20. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2013/02/batalha-entre-o-sus-formal-e-o-real-perpetuam-as-iniquidades-em-saude>

BARR, N. A. (1992). **Economic Theory and The Welfare State: a survey and interpretation** (online). London: LSE Research Online.

_____. (2004). **Economics of the Welfare State**. 4ª ed. Oxford Univ.Press, 2004.

BEVERIDGE, W. (1942). **The Beveridge Report. Full Employment and Allied Services**. Miméo.

BAHIANA, L. C. C. (2007). **O Uso do Geoprocessamento na Definição de Indicadores Georeferenciados Agregados Territoriais Significativos na Região de Jacarepaguá (RJ)**. Tese de Doutorado - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós Graduação em Geografia, Rio de Janeiro.

BRASIL. (2004). **Constituição da República Federativa do Brasil**; promulgada em 05 de outubro de 1988. Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antonio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes. 33ª ed. atual e ampliada. São Paulo: Saraiva,. (coleção Saraiva de legislação)

_____. (2010). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Ementário de Receitas da União: **Classificação das receitas que financiam a Seguridade Social do Governo federal**. – Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

_____. (2013). Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.8 p. (Série E. Legislação de Saúde)

_____. (2007). CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Sistema Único de Saúde. **Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1**. Brasília : CONASS.

_____. (2009). INSTITUTO DE POLÍTICA ECONÔMICA APLICADA (IPEA) **Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Vinte Anos da Constituição Federal - Volume 2**, Diretoria de Estudos e Políticas Sociais / Brasília.

_____. (2011). INSTITUTO DE POLÍTICA ECONÔMICA APLICADA (IPEA) **Sistema de Indicadores de Percepção Social: Saúde**.

_____. (2012). INSTITUTO DE POLÍTICA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Políticas Sociais: acompanhamento e análise, n.20.**

_____. (1997). MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO. Organizações Sociais. Cadernos do MARE de Reforma do Estado. Caderno 2. MARE, Brasília.

_____. (2006). MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS Nº399/2006.

_____. (2007). MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 204/GM DE 29 DE JANEIRO DE 2007.

_____.(2011) MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 1.654 GM/MS, DE 19 DE JULHO DE 2011.

_____. (2011) MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.

_____. (2012). MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 466 DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

_____. (2001). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Programa de Atenção Básica (PAB): Parte Física / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2012). TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Tema de Maior Significância – Estratégia de Saúde da Família- TMS/2011. Disponível em: <http://www.tce.rj.gov.br/150> Acessado em: 06 set 2014.

_____. (2012) TRIBUNAL DE CONTAS DO MUNICIPIO DO RIO DE JANEIRO. Auditoria Operacional TCMRJ- Complexos Reguladores. Maio/12

_____. (2003). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. 2003, vol.3, n.1, pp. 113-125. ISSN 1519-3829.

_____.(2004). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde /Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2006). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2008). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades:** Recife-PE, 13 a 15 de dezembro 2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde.

_____. (2010). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde

_____. (2012^a) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde.

_____. (2012^b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde.

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. (2003). **Poverty, Equity, Human Rights and Health.** Bulletin of The World Health Organization..

CARVALHO, G. (2013). Planos de Saúde Para Pobres (PPP) subsidiados pelo Governo. **Caderno Temático 4- SUS: Entre o Estado e o Mercado.** Plataforma Política Social.

CAZELLI, C. M. (2003). **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.** Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro : s.n.

CECÍLIO, L.C.O. (1997). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saude Publica**, v.13, n.3, p.469-78.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. (2014). **Manifesto: Por que defender o Sistema Único de Saúde? Diferenças entre o Direito Universal e Cobertura Universal de Saúde.**

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. (2014). **Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde**. Pesquisa realizada pelo *DataFolha*

CLAYTON, R.; PONTUSSON, J. (1998). Welfare State Retrenchment Revisited. In: **The Welfare State Reader**. PIERSON, C.; CASTLES, F. United States: Blackwell Publishing Inc.,

COASE, R. H. (1988). The problem of social cost. In: _____. **The firm the market and the law**. Chicago: University of Chicago Press.

COBO, B. (2012). **Políticas Focalizados de Transferência de Renda: contextos e desafios**. Rio de Janeiro, Cortez Editora.

COBO, B.; LAVINAS, L. (2010). **Políticas Sociais Universais e Incondicionais: Há Chances Reais de sua adoção na América Latina?** 13°. Congresso da Rede Mundial de Renda Básica BIEN.

COHN, A. (2000). As políticas sociais no governo FHC. **Tempo Social**; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 11(2): 183-197.

COHN, A. (2009). Saúde e Desenvolvimento Social. **Revista Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2.

CORDEIRO, H. (2004). O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.343-362.

CORREIA, M. V. C. (2007 a). **A Influência do Banco Mundial na orientação da Política de saúde Brasileira**. Iii Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.

CORREIA, M. V. C. (2007 b). O Controle Social na Política de saúde Brasileira Frente às Orientações dos Organismos Financeiros Internacionais. **Sociedade em Debate**, 13(2): 121-136, jul.-dez./2007, Pelotas.

COSTA, N. R. (2009) A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 693-706. ISSN 1413-8123.

DAWNSON, B. (1920). **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services**, (Lord Dawson of Penn). Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/resources/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim->

[report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn](#)
Acessado em 20 Jan. 2014

DOYLE, L.; GOUGH, I. (1991). **A Theory of Human Need**. Macmillan.

DOURADO, D.A; ELIAS, P.E.M. (2011). Regionalização e federalismo sanitário. **Revista da Saúde Pública** 45(1):204-11.

DUCHIADE, M. P. (1999). População Brasileira um retrato em movimento. In: Minayo, M. C.S (org.). **Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco..

ESPING-ANDERSEN, G. (1990). **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. Princeton, Princeton University Press.

FAGNANI, E. (2012). **Piso de Proteção Social: o debate internacional e a experiência brasileira**. Texto para Discussão. IE/ UNICAMP, Campinas, n.203, abr.

FAGNANI, E.; VAZ, F. T. (2013^a). Seguridade Social, direitos constitucionais e desenvolvimento. In: **Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania/** FONSECA, A.; FAGNANI, E.(orgs.). – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. V.2

_____. (2013^b). Previdência e Seguridade Social: velhos mitos e novos desafios. In: **Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania/** FONSECA, A.; FAGNANI, E.(orgs.). – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. V.2

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. (1990). A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257–283.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.

FIANI, R. (2002). **Custos de Transação**. In: Kupfer, David: Hasenclever, Lia. **Economia Industrial**. Rio de Janeiro: Ed. Campus.

FRIEDRICH, D. B.C.; PIERANTONI, C. R. (2006) **O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora**. *Physis* [online]. 2006, vol.16, n.1, pp. 83-97. ISSN 0103-7331.

FLEURY, S. (2005). **A seguridade social e os dilemas da inclusão social**. RAP Rio de Janeiro 39(3): 449-69, Maio/Jun.

FONSECA, C. M. O. (2006). A História da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA N.T.; SANTANA, J. P., Orgs. **Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

FRANÇA, A. S. (2011). **Desoneração da Folha de Pagamentos desconstrói a Seguridade Social**. Disponível em <[http:// www2.anfip.org.br/documentos/22403_104129.pdf](http://www2.anfip.org.br/documentos/22403_104129.pdf)> Acessado em 15 mai.2014

FRIEDRICH, D.B.C.; PIERANTONI, C.R. (2006). O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis**, v.16, n.1, p.83-97, 2006.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. (2012) **A ciência, a desigualdade e a pobreza - Legitimação das doenças negligenciadas como promotoras da pobreza no Plano Brasil sem Miséria**. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Painel: O papel do Estado na P&D para doenças negligenciadas. VI Encontro Nacional de Inovação de Fármacos e Medicamentos.

GEERTZ, C. (1926). **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC.

GILBERT, N. (2002). **Transformation of the Welfare State: The Silent Surrender of Public Responsibility**. Oxford University Press.

GIOVANELLA, L; FLEURY, S. (1996). Serviços de saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C., org. **Política de saúde: o público e o privado** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

GIOVANELLA, L. (2008). Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. **Cad. Saúde Pública** vol.24 suppl.1 Rio de Janeiro.

GIOVANELLA, L *et al.* (2009).Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde No Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (3) : 783-794,

GLENNESTER, H. (2007). **British Social Policy: 1945 to the present**. Oxford: Blackwell Publishig,

GLENNESTER, H. (2003). **Understanding the Finance of Welfare**. London: Policy Press.

GODIM, G. M. M. *et al* (2008). O Território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Mauricio. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.237-255.

GOUGH, I. (1998). What are Human Needs? In: Franklin, Jane (Ed). **Social Policy and Social Justice: the IPPR Reader**. London, England.

_____. (2003). **Humam Well- Being: bridging objective and subjective approaches**. Espanet Conference, Copenhagen, 13-15 November, 2003.

GUIMARÃES, P. de O. (2007). **Universalidade do SUS na década de 1990: Mito ou Realidade?**. Monografia de Bacharelado em Economia. Instituto de Economia. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

HASENBALG, C. (2003). Pobreza no Brasil no final do Século XX. In: HASENBALG, C; SILVA, N. V. **Origens e Destinos: desigualdades sociais ao longo da vida**. Rio de Janeiro: Topbooks.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. (2008). Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (4): 809-819, abr.

HORT, S. (2001). From a Generous to a Stingy Welfare State? Sweden's Approach to Targeting. In: Neil Gilbert (Ed) **Targeting Social Benefits: International Perspective & Trends**. Rutgers: Transaction Publishers.

ISAGS. (2012) **.Sistemas de salud en Suramérica: desafios para la universalidad la integralidad y la equidad** / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; Ligia Giovanella, Oscar Feo, Mariana Faria, Sebastián Tobar (orgs.). Rio de Janeiro.

KUSCHNIR, R. C. (2010) **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Rosana Chigres Kuschnir, Adolfo Horácio Chorny, Anilka Medeiros Lima e Lira. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB.

LAURELL, A.C. (1994). La salud: de derecho social a mercancía. In: A. C. Laurell (coor.), **Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud** Fundación F. Ebert-UAM, México DF, pp. 9-32. (Traducción a alemán en Jahrbuch für Kritische Medizin número 25:67-85, 1995.)

LAVINAS, L. (2003). Proteção social: sem compulsórios, nem clientelas. **Teoria e Debate** nº 55.

_____. (2006) A Estrutura do Financiamento da Proteção Social Brasileira e as Contas da Proteção Social. In: **Economia e Proteção Social: textos para estudo dirigido**. UNICAMP, Campinas, PP.249-274.

_____. (2013a). Notas sobre os desafios da redistribuição no Brasil. In: **Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania**/ FONSECA, A.; FAGNANI, E.(orgs.). – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. v.1

_____. (2013b). The Lost Road to citizens income. In: Lo Vuolo, R. (Ed.) **Citizen's Income and Welfare Regimes in Latin America : From Cash Transfers to Rights**. Palgrave Macmillan

LAVINAS, L. *et al.* (2014a). **A Long Way from Tax Justice: The Brazilian Case**/ Lavinas, L., in collaboration with Moellmann Ferro, T. A.; International Labour Office, Global Labour University. – Geneva: ILO, 2014.

LAVINAS, L.; FONSECA, A. (2014b). Piso de Protección Social: pros y contras. No prelo

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* (2007) **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 335-342. ISSN 1413-8123.

MACINKO, J *et al* (2006). Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 60, p. 13-19.

_____. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. **Rev Panam Salud Publica** Nº 21(2/3):73–84.

MALINOWSKI, B. (1984). **Os Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Editora Abril.

MARSHALL, T. (1975) **.Social Policy in the Twentieth Century**. Londres, Hutchinson & Co.

MARSIGLIA, R. M. G. *et al.* (2005). Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade** v.14, n.2, p.69-76, maio-ago.

_____. (2012). Universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde no Brasil: desafios para a Atenção Primária à Saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional**. UFSCar, São Carlos, v. 20, n.3, p.317-325.

MENDES, E. V. A. (2007). **Modelagem das redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

MENEZES, E. A. (2011). **Territórios Integrados de Atenção à Saúde como Estratégia para Implementação da Política de saúde no Município do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MENEZES, D. H. L. (2011). A Política de Saúde Brasileira: os impactos da década de 90 aos dias atuais. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas: Estado, desenvolvimento e crise do capital**.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. (1993). Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 1993, vol.9, n.2, pp. 177-184. ISSN 0102-311X.

MISHIMA *et al* (2010). (In)Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem** [online].. USP 2010; 44 (3):766-73

MOREL, C. M (2013). Doenças negligenciadas, novo perfil epidemiológico e desenvolvimento no Brasil. In: COHN, A. (ORG.). **Saúde, Cidadania e Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: E-papers: Centro Internacional Celso Furtado.

NAVARRO, V. (2007). What's a National Health Policy. **International Journal of Health Services**, Volume 37, number 1, Pages 1-14. Baywood Publishing Co, Inc.

NONNENMACHER, C. L. *et al* (2011). Acesso à Saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. **Ciência Cuidado e Saúde** 2011 Abr/Jun; 10(2):248-255.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. (2001). A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Rev. de Ciências & Saúde Coletiva** 6 (2): 445 -450.

NUNES, J. M. G. F. (2013). **Formulação e Implementação da UPP Social Carioca: os desafios de transformar ideias em práticas**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de

Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento, como requisito à obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas. Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

OCKÉ-REIS, C. O. (2006). O Público e o Privado na Saúde. **Cadernos de saúde Pública**, 22 (12): 2.722-2.724.

_____. (2009). **A Constituição de um Modelo de Atenção à Saúde Universal: uma promessa não cumprida pelo SUS?** Rio de Janeiro: IPEA (Texto para Discussão, n. 1376- Série Seguridade Social).

_____. (2012). **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ.

_____. (2013). Renúncia de Arrecadação Fiscal: decifra-me SUS – ou lhe devo. **Caderno Temático 4- SUS: Entre o Estado e o Mercado**. Plataforma Política Social.

_____. (2014). Qual é a magnitude do Gasto Tributário em Saúde? In: **Boletim de Análise Político- Institucional/** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – nº5 (2014) . Brasília: IPEA.

OCKÉ-REIS, C. O.; MARMOR, T. R. (2010). The Brazilian National Health System: an unfulfilled promise? **International Journal of Health Planning and Management**; 25: 318-329.

OLIVEIRA, A. K. P; BORGES, D. F.. (2008) Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**. 42(2): 369-89, Mar./abr.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. (2011). **Piso de Proteção Social para uma Globalização Equitativa e Inclusiva**. Relatório do Grupo Consultivo presidido por Michelle Bachelet, constituído pela OIT com a colaboração da OMS. Genebra.

_____. (2012). **Recomendação Nº 202. Recomendação Relativa Aos Pisos Nacionais de Proteção Social**. Conferência Internacional do Trabalho. Genebra

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (1978). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Disponível em: <www.opas.org.br/collections/upa/AlmaAta.pdf>. Acesso em: 12 nov.2013

_____. (2004). **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?** Copenhagen, WHO

Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; Disponível em: <<http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>>. Acesso em 20 Jan. 2004

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2012). **Global Report for Research on Infectious Diseases of Poverty**. World Health Organization on behalf of the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. 1995) **Strategic and programmatic orientations: 1995-1998**. Pan American Health Organization. Washington, D.C; Pan American Health Organization; 1995. 40 p. (PAHO. Official Document, 269).

_____. (2007) **Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/** World Health Organization (PAHO/WHO). Washington, D.C: PAHO

_____. (2014). Brasil – Consulta Cobertura Universal em Saúde. Organização Panamericana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde. Disponível em <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/sistematizao%20brasil%20consulta%20publica_versao%20final_1.pdf?ua=1> acessado em 1 de outubro de 2014

PAIM, J. S. (1986). Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública** 2 (2): 167-183, abril/junho, Rio de Janeiro.

_____. (2008). **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

PAIM, J, TRAVASSOS C., ALMEIDA C., BAHIA L., MACINKO J. (2011). **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. TheLancet.com. may 2011. p. 11 -31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> Acessado em 12 mai.2014

PEREIRA, M. P.B; BARCELLOS, C. (2006). O Território no Programa de Saúde da Família. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, 2(2):47-55, jun 2006.

PIERSON, P. (1996). The New Politics of The Welfare State. In: Pierson, C. and Castles F. (org). (2000). **The Welfare State Reader, Oxford: Polity Press**.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. (2013). **Relatório do Desenvolvimento Humano 2013. A Ascensão do Sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado**. Nova Iorque.

RASELA, D. *et al.* (2014) **Impact of Primary Health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data**. British Medical Journal; 348: g 4014 doi:10.1136/bmj.g4014 (Published 3July 2014)

RIBEIRO, C. A. C. (2003). Estrutura de classes, condições de vida e oportunidades de mobilidade social no Brasil. In: Pobreza no Brasil no final do Século XX. In: HASENBALG, C; SILVA, N. V. **Origens e Destinos: desigualdades sociais ao longo da vida**. Rio de Janeiro: Topbooks.

_____. (2007). **Estrutura de classe mobilidade social no Brasil**. São Paulo, Edusc.

RICHARDSON, R. J. (1985). **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. RICHARDSON, R. J; colaboradores PERES; J. A. S (*et al*). São Paulo: Atlas.

RIO DE JANEIRO (RJ). (2011). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC.

_____. (2012). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Rede OTICS RIO - Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Serviços de Saúde no Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. -Rio de Janeiro: SMSDC.

_____. (2012). Rio Pós 2016: o Rio mais integrado e competitivo. Plano Estratégico da prefeitura do rio de janeiro.

2013 - 2016

_____. (2013). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Rede OTICS RIO - Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Serviços de Saúde no Rio de Janeiro. Cadernos de Estatísticas e Mapas da Atenção Primária em Saúde do Município do Rio De Janeiro-CEMAPS-RJ. vol 8: contribuições para a construção de uma linha de base para os cadastros das microáreas da Estratégia de Saúde da Família do município do rio de janeiro - Área de Planejamento 4.0 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. -Rio de Janeiro: SMS.

RIZZOTTO, M. L. F. (2000). **O Banco Mundial e As Políticas de Saúde no Brasil Nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Campinas, SP.

ROCHA R.; SOARES, R. R. (2010). "Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program," *Health Economics*, John Wiley & Sons, Ltd., vol. 19(S1), pages 126-158, September.

RODRIGUEZ NETO, E. (2003). **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. (1993). **Evaluation: a systematic approach**. (5th ed.). Nwbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

ROSSI et al. (2006). Politics and health outcomes. www.thelancet.com

SANTOS, A. L; RIGOTTO, R. M. (2011). Território e Territorialização: Incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.8 n.3, nov./2010/fev.

SCHWARTZ, T. D *et al* (2010) Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.4, pp. 2145-2154. ISSN 1413-8123.

SEN, A. (1999). **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras.

_____. (2001). **Desigualdade Reexaminada** .Rio de Janeiro, Record.

SENNÁ, M. C. M. (2002). Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):203-211.

SILVA L. A. *et al*. (2013). A produção brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 180 (1) 221-232.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. (2009) Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1325-1335. ISSN 1413-8123

STARFIELD-HOLTZMAN, B. (2008). **Efetividade e Equidade em Serviços de Saúde pela Atenção Primária em Saúde**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (org.) . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades: Recife-PE, 13 a 15 de dezembro 2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. (2007). Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade** v.16, n.1, p.7-17, jan-abr.

TITMUSS, R. (1958). **Essays on the Welfare State**. London, George Allen & Unwin.

TREVISAN; L.N.; JUNQUEIRA; L.A.P. (2007). Construindo o “pacto de gestão”no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (4): 893-902.

TUNES, E.; RAAD, I. L.F. (2006). **Quando a medicina adocece**. I Congresso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación CTS + I. Palácio de Minería del 19 a 23 de junio de 2006.

UPP SOCIAL (2013). Instituto Pereira Passos. Programa UPP Social. Panorama dos Territórios: UPP Batan.

VIANNA, M. L. T. W. (1998). **A Americanização (perversa) da seguridade social no Brasil. Estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ/UCAM.

WILLIAMSON, O. (1985). E. The economic institutions of capitalism. **New York: The Free Press**.

_____. (1987). **Financing Health Services in Developing Countries. : An agenda for reform**. Washington D.C., 1987.

_____. (1993). **Investing in Health**. Oxford, England: Oxford University Press

Anexos

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Princípios Universais e Práticas Focalizadas na Saúde: um estudo da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Pesquisador: Claudia Cristina da Cruz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24974813.4.0000.5257

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 519.228

Data da Relatoria: 16/01/2014

Apresentação do Projeto:

Protocolo 243-13 do grupo III. Constam os seguintes documentos, postados em 08.01.14: 1. Nova versão do projeto de pesquisa; 2. Resposta às pendências; 3. Nova versão dos TCLs.

Objetivo da Pesquisa:

Cf. parecer nº501.478, de 19.12.13

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Cf. parecer nº501.478, de 19.12.13

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Cf. parecer nº501.478, de 19.12.13

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Cf. parecer nº501.478, de 19.12.13

Recomendações:

Nenhum

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. O pesquisador preenche o campo <<Riscos>> como <<não se aplica>>. De fato, não é possível mesmo prever riscos durante a execução da pesquisa? Por exemplo, durante a aplicação

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-48
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2582-2480 **Fax:** (21)2582-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)



Continuação do Parecer: 519.228

do questionário semiestruturado.

Resposta: Esta pesquisa compõe a tese de doutorado de Políticas Públicas da pesquisadora responsável e por estar, justamente, no campo interdisciplinar das Políticas Públicas tem um olhar focado na política. Como poderá ser visto nas propostas de perguntas apresentadas nos documentos anexos, as perguntas foram elaboradas de forma a não causar constrangimento, não há perguntas que busquem informações de foro médico, íntimo ou pessoal dos envolvidos. Todavia, há a compreensão de que ao participar da pesquisa o indivíduo possa se sentir desconfortável, entretanto, tal como exposto nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, o indivíduo é livre para se recusar a responder qualquer pergunta, bem como também pode abandonar a pesquisa a qualquer momento sem sofrer qualquer represália ou ônus. No que tange aos pacientes/usuários, as perguntas não identificam o paciente pelo nome e não são feitas perguntas sobre sua condição socioeconômica ou médica, tal como poderá ser visto no arquivo anexo Perguntas para auxiliar a coleta de dados com usuários. No que concerne ao questionamento sobre os riscos, transcrevo abaixo os parágrafos que compõem os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e que visam sanar o questionamento do relator: Em relação aos riscos que esta investigação pode causar aos trabalhadores envolvidos, identificamos possíveis desconfortos e inquietações que o acompanhamento de sua rotina ou mesmo as conversas sobre o trabalho e avaliação podem acarretar. Por outro lado, entendemos a pesquisa como possibilidade de construção de saberes entre pesquisador e sujeito investigado, onde este último pode ter a chance de pensar e repensar sobre as questões discutidas e que dizem respeito a algo central na vida, que é o trabalho. Em relação aos riscos que esta investigação pode causar aos usuários/ pacientes envolvidos, identificamos possíveis desconfortos, constrangimentos e inquietações que o acompanhamento da visita domiciliar ou mesmo as conversas sobre o trabalho e avaliação do atendimento que lhe é prestado podem acarretar. Por outro lado, entendemos a pesquisa como possibilidade de construção de saberes entre pesquisador e sujeito investigado, onde este último pode ter a chance de pensar e repensar sobre as questões discutidas e que dizem respeito ao serviço de saúde pública.

Análise: pendência atendida.

2. A pesquisa será realizada em unidades básica de saúde estabelecidas previamente. No entanto, não está claro quais os critérios de inclusão dos profissionais e usuários das unidades para a pesquisa (escolares poderiam participar?). Adicionalmente, solicita-se esclarecer quais de fato serão os critérios de exclusão dos profissionais e usuários das unidades.

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-48
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2582-2480 Fax: (21)2582-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)



Continuação do Parecer: 519.228

Resposta: Os profissionais e pacientes/usuários entrevistados serão selecionados de forma aleatória a fim de garantir representatividade estatística na amostra do estudo de caso. O único critério de inclusão/exclusão da amostra será que todos os entrevistados tenham idade igual ou superior a de 21 anos. Em suma a técnica de seleção é a escolha randômica de indivíduos em idade adulta.

Análise: pendência atendida.

3. O pesquisador informa que haverá coleta de dados durante uma das visitas a unidade. Solicita-se esclarecimento de que variáveis serão obtidas durante as visitas.

Resposta: 3- Tal como descrito previamente na página 5 (outras informações), no campo de detalhamento dos dados na Plataforma Brasil, reforço que NÃO serão consultados prontuários médicos, fichas de atendimento ou informações sigilosas e de caráter médico-paciente. A pesquisa coletará junto aos Responsáveis técnicos das unidades de saúde dados agregados de fluxos de atendimento tais como:

Quantidade de atendimentos médicos por mês/ semestre/ano

Quantidade de atendimentos por sexo, por cor e por faixa etária.

Quantidade de atendimentos por demanda espontânea mês/ semestre/ano

Quantidade de VD realizadas por mês/semestre/ano

Quantidade de procedimentos realizados por categoria mês/semestre/ano

Quantidades de procedimentos por sexo, por cor e por faixa etária.

Análise: pendência atendida.

4. A pesquisadora informa que os dados obtidos serão utilizados em uma tese de doutorado e para uma proposta de pós-doc. Trata-se de projeto guarda-chuva com vários subprojetos? Solicita-se esclarecimento.

Resposta: 4- A pesquisa não está inserida em um projeto guarda-chuva e não possui subprojetos. Os dados coletados irão compor o estudo de caso da tese de doutorado em Políticas Públicas do PPEd/IE/ UFRJ. O que eu quis dizer foi apenas que como todos os alunos de pós-graduação, acredito que a partir da conclusão de minha tese poderei escrever artigos e que se eu gostar muito, deste tipo de pesquisa empírica posso pensar em construir outros projetos e pesquisa com outros objetos, na área de saúde coletiva e quem sabe um dia, tentar um pós-doutorado na área da Economia de bem-estar com o foco em saúde. Mas, reforço a resposta de que esta pesquisa NÃO está inserida em nenhum projeto guarda-chuva e não abriga subprojetos.

Endereço: Rua Prof. Rodovalho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-48
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2582-2480 Fax: (21)2582-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)



Continuação do Parecer: 519.228

Análise: pendência atendida.

5. O cronograma pouco informa sobre as fases da pesquisa. Solicita-se adequação.

Resposta: Veja alterações no arquivo [Cronograma](#).

Análise: pendência atendida.

6. Em pesquisas realizadas por meio da aplicação de questionários, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve assegurar ao sujeito da pesquisa o direito de recusar-se a responder as perguntas que ocasionem constrangimentos de qualquer natureza e é importante que o CEP tome conhecimento dos questionários que irão ser utilizados, pois algumas vezes são necessárias modificações de modo a tornar o instrumento de pesquisa mais adequado eticamente e menos invasivo à privacidade do indivíduo. Não cabe ao CEP fazer modificações nos instrumentos propostos e sim, no caso de haver problema ético, orientar nos pontos necessários (cf. Manual Operacional p. 33 <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/materialeducativo/Manual_ceps_v2.pdf>)

Resposta: Os Termos de Consentimento Livre Esclarecido foram atualizados e foi realizado upload do arquivo [Perguntas](#) para auxiliar a coleta de dados com usuários.

Análise: pendência atendida.

7. Quanto ao TCLE (Res. CNS 466/12), deve constar:

Item IV. 1. b) informações em linguagem clara e acessível, utilizando-se das estratégias mais apropriadas à cultura, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia dos convidados a participar da pesquisa. Por isso, os TCLE precisam ser re-escritos para maior clareza.

Resposta: Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram atualizados.

Análise: pendência atendida.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

1) De acordo com o item VII.13.d, da Resolução CNS n.º 466/12, o pesquisador deverá apresentar

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-48
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2582-2480 Fax: (21)2582-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)



Continuação do Parecer: 519.228

relatórios anuais (parciais ou finais, em função da duração da pesquisa).

2) Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada.

RIO DE JANEIRO, 02 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Carlos Alberto Guimarães
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-48
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2582-2480 Fax: (21)2582-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Princípios Universais e Práticas Focalizadas na Saúde: um estudo da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Pesquisador: Cláudia Cristina da Cruz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24974813.4.0000.5257

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 526.749

Data da Relatoria: 10/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto cujo o objetivo é o paradoxo da saúde universal e a focalizado nos pobres através da Estratégia de Saúde da Família fazendo-se necessária a atuação de um programa focalizado nos mais pobre, apesar da prerrogativa do acesso universal ser o sustentáculo do SUS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Avaliar aESF, que é uma política pública pertencente a um sistema de saúde universa e gratuito cujo funcionamento focalizado reitera as práticas políticas sociais da América Latina(AL) e estabelece um paradoxo certamente provocando algum grau de exclusão no atendimento de saúde

Objetivos Específicos

Avaliar o efeito das práticas focalizadas da saúde ,afim de identificar a reduçã da desigualdade ,promover equidade ,justiça social ,atrvers da promoção do acesso à saúde integral para população vulnerável
Compeender os pápeis e as relações dos atores que compõem a equipe multiprofissional, assim como avaliar a influência de suas ações e crenças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-901
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1483 Fax: (21)2293-4828 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 526.749

Há compreensão de que ao participar da pesquisa o indivíduo possa se sentir desconfortável com inquietações que acompanham suas rotinas de trabalho

Benefícios

Construção de saberes entre o pesquisador e o sujeito onde esse último tem a chance de repensar sobre as questões discutidas e dizem respeito ao serviço saúde pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem estruturada com foco no paradoxo do acesso universal ao SUS ,e a ampliação do acesso à saúde aqueles que são os mais vulneráveis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os Termos de apresentação obrigatória

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com o item VII.13.d da Resolução CNS466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios anuais ,parciais durante a duração da pesquisa

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 11 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-901
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1483 Fax: (21)2293-4828 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 710 - Cidade Nova
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901
Tel: (21) 3971-1463 – Fax: (21) 2293-4826

Comitê de Ética em Pesquisa/SMSDC-RJ

Termo de Autorização da Unidade

Autorizo o pesquisador CLAUDIA CRISTINA DA CRUZ, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado PRINCÍPIOS UNIVERSAIS E PRÁTICAS FOCALIZADAS NA SAÚDE UM ESTUDO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde CE Antônio Gonçalves da Silva como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental por este CEP/SMSDC-RJ.

Rio de Janeiro, 30 / 10 / 2013

Assinatura do Pesquisador Responsável

Bruno Mendes Nascimento
Fisioterapeuta
Gerente Técnico
CREFITO 100801-F

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 710 - Cidade Nova
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901
Tel: (21) 3971-1463 – Fax: (21) 2293-4826

Comitê de Ética em Pesquisa/SMSDC-RJ

Termo de Autorização da Unidade

Autorizo o pesquisador CLAUDIA CRISTINA DA CRUZ, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado PRINCÍPIOS UNIVERSAIS E PRÁTICAS FOCALIZADAS NA SAÚDE: UM ESTUDO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde CMS CANAL DO ANIL como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental por este CEP/SMSDC-RJ.

Rio de Janeiro, 01 / 11 / 2013.

Claudia Cristina da Cruz

Assinatura do Pesquisador Responsável

Dra. Ana Paula Nogueira
Médico
CRM 52.56343-4

[Assinatura]

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO I

(Referente à realização de entrevistas com os Agentes Comunitários de saúde)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Princípios Universais e Práticas Focalizadas na Saúde: um estudo da Estratégia de Saúde da Família (ESF)**”, que integra a tese de doutorado em Políticas Públicas Estratégia e Desenvolvimento no Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPEd/ IE/UFRJ) de Claudia Cristina da Cruz.

Nessa pesquisa pretendemos refletir sobre o paradoxo da prática da focalização e da sobrefocalização no âmbito do sistema de saúde. Seu **objetivo geral** é avaliar a ESF, que é uma política pública, pertencente a um sistema de saúde universal e gratuito, mas cujo funcionamento focalizado, reforça as práticas focalizadas em políticas sociais da América Latina e estabelece um paradoxo, certamente provocando algum grau de exclusão no atendimento de saúde.

Assim, como você é Agente Comunitário de Saúde atuando na Estratégia de Saúde da Família, gostaríamos de contar com a sua participação.

A proposta da tese está em tentar reinterpretar as práticas da ESF, buscando compreender como esta política evoluiu, questionando seu funcionamento, sua oferta e sua continuidade.

Esta pesquisa atuará através de quatro vertentes, a saber: 1) visitas as unidades de saúde selecionadas, nas quais será realizada uma coleta de dados com base na metodologias de “observação-participante”; 2) Participação em algumas reuniões da equipe de Saúde da Família. Nestas reuniões meu papel é de observador. 3) Acompanhamento de algumas visitas domiciliares realizadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, obedecendo, também a metodologia de “observação-participante”. Assim, acompanharei Agentes Comunitários de Saúde por alguns dias, tanto nas visitas domiciliares quanto em outras atividades nas quais estejam envolvidos, tais como a marcação de consultas, o preenchimento do Siab, as atividades de educação em saúde na Clínica de Saúde da Família ou na comunidade.; 4) Realização de entrevistas individuais com alguns usuários/ pacientes da Estratégia de Saúde da Família e 5) Realização de entrevistas individuais com profissionais da unidade de saúde.

Este termo, que você está lendo, é específico para seu consentimento em relação a uma das etapas da pesquisa. Trata-se da etapa de realização de entrevistas, que serão feitas individualmente.

Os assuntos que serão abordados nesta pesquisa buscam compreender as formas como os agentes comunitários trabalham e realizam as atividades educativas e também, sobre o papel do ACS dentro da dinâmica de atuação da Estratégia de Saúde da Família. Nosso interesse é entender se o modelo de atuação da ESF equaliza oportunidades e acesso à saúde ou se este modelo reproduz desigualdades. A proposta é compreender se a Estratégia de Saúde da Família é capaz de universalizar ou de restringir o acesso à saúde.

Em relação aos riscos que esta investigação pode causar aos trabalhadores envolvidos, identificamos possíveis desconfortos e inquietações que o acompanhamento de sua rotina ou mesmo as conversas sobre o trabalho e avaliação podem acarretar. Por outro lado, entendemos a pesquisa como possibilidade de construção de saberes entre pesquisador e sujeito investigado, onde este último pode ter a chance de pensar e repensar sobre as questões discutidas e que dizem respeito a algo central na vida, que é o trabalho.

Sua identidade será mantida em sigilo em todos os materiais resultantes desta pesquisa. O mesmo poderá ser feito em relação ao nome da unidade de saúde, caso seja de interesse do grupo de trabalhadores dessa unidade. Para o registro dos dados das observações do seu trabalho usarei um diário de campo, no qual anotarei observações pessoais. As entrevistas (conversas sobre o trabalho e avaliação) serão gravadas e depois transcritas. Durante as entrevistas você tem o direito de recusar-se a responder qualquer pergunta que possa se ocasionar desconforto ou constrangimentos de qualquer natureza.

Todo este material será mantido sob minha responsabilidade durante um período de 5 anos, sendo destruído após esse período.

Ao aceitar participar dessa pesquisa, você estará contribuindo para o maior conhecimento da proposta de atuação da Estratégia de Saúde da Família. As informações que você fornecer serão úteis para a compreensão sobre as políticas de saúde no país, cujos resultados poderão contribuir para a formulação e avaliação das políticas públicas no âmbito das políticas de bem-estar social. Sua participação no estudo não implicará em nenhum tipo de custo. Você não terá qualquer despesa para participar deste estudo e também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

É garantida a liberdade de querer não participar do projeto de pesquisa ou de retirar o consentimento a qualquer momento, no caso da aceitação, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora responsável: Claudia Cruz, que poderá ser encontrado através do telefone: (21) 97283-2434 Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ – R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, n.º 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão - Sala 01D-46/1º andar - pelo telefone 2562-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 15 horas, ou através do e-mail: cep@hucff.ufrj.br e também com Secretaria Municipal de Saúde - Comitê de Ética em Pesquisa- Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova/Telefone: 3971-1463 site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa> / cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Comprometo-me a apresentar os resultados da pesquisa pessoalmente em uma reunião a todos que desejarem participar. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico, em congressos, reuniões técnico-científicas e revistas da área de saúde pública.

Decidindo por participar você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu discuti com a pesquisadora _____, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos e sem a perda de atendimento nesta Instituição ou de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu

(ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Nome do Sujeito da Pesquisa

Data: ____/____/____

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Incluir para os casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Nome do representante legal

Data: ____/____/____

Assinatura do representante legal

Nome do Pesquisador Responsável

Data: ____/____/____

Pesquisadora Responsável Claudia Cristina da Cruz

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDOII

(Referente ao acompanhamento da rotina de trabalho da Equipe de Saúde da Família)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Princípios Universais e Práticas Focalizadas na Saúde: um estudo da Estratégia de Saúde da Família (ESF)**”, que integra o curso de doutorado em Políticas Públicas Estratégia e Desenvolvimento no Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPEd/ IE/UFRJ) de Claudia Cristina da Cruz.

Nessa pesquisa pretendemos refletir sobre o paradoxo da prática da focalização e da sobre-focalização no âmbito do sistema de saúde. Seu **objetivo geral** é avaliar a ESF, que é uma política pública, pertencente a um sistema de saúde universal e gratuito, mas cujo funcionamento focalizado, reforça as práticas focalizadas em políticas sociais da América Latina e estabelece um paradoxo, certamente provocando algum grau de exclusão no atendimento de saúde.

Assim, como você é um profissional da equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família atuando na unidade de saúde participante do estudo gostaríamos de contar com a sua participação.

A proposta da tese está em tentar reinterpretar as práticas da ESF, buscando compreender como esta política evoluiu, questionando seu funcionamento, sua oferta e sua continuidade.

Esta pesquisa atuará através de quatro vertentes, a saber: 1) visitas as unidades de saúde selecionadas, nas quais será realizada uma coleta de dados com base na metodologias de “observação-participante”; 2) Participação em algumas reuniões da equipe de Saúde da Família. Nestas reuniões meu papel é de observador. 3) Acompanhamento de algumas visitas domiciliares realizadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, obedecendo, também a metodologia de “observação-participante”. Assim, acompanharei Agentes Comunitários de Saúde por alguns dias, tanto nas visitas domiciliares quanto em outras atividades nas quais estejam envolvidos, tais como a marcação de consultas, o preenchimento do Siab, as atividades de educação em saúde na Clínica de Saúde da Família ou na comunidade.; 4) Realização de entrevistas individuais com alguns usuários/ pacientes da Estratégia de Saúde da Família e 5) Realização de entrevistas individuais com profissionais da unidade de saúde.

Este termo, que você está lendo, é específico para seu consentimento em relação a uma das etapas da pesquisa. Trata-se da etapa de acompanhamento de suas atividades de trabalho durante uma semana de trabalho (5 dias).

Os assuntos que serão abordados nesta pesquisa envolvem questões relacionados com as formas como a equipe multiprofissional executa suas tarefas, a divisão de papéis e a prática cotidiana do trabalho dentro da dinâmica de atuação da Estratégia de Saúde da Família. Nosso interesse é entender se o modelo de atuação da ESF equaliza oportunidades e acesso à saúde ou se este modelo reproduz desigualdades. A proposta é compreender se a Estratégia de Saúde da Família é capaz de universalizar ou de restringir o acesso à saúde.

Em relação aos riscos que esta investigação pode causar aos trabalhadores envolvidos, identificamos possíveis desconfortos e inquietações que o acompanhamento de sua rotina ou mesmo as conversas sobre o trabalho e avaliação podem acarretar. Por outro lado, entendemos a pesquisa como possibilidade de construção de saberes entre pesquisador e sujeito investigado, onde este último pode ter a chance de pensar e repensar sobre as questões discutidas e que dizem respeito a algo central na vida, que é o trabalho.

Sua identidade será mantida em sigilo em todos os materiais resultantes desta pesquisa. O mesmo poderá ser feito em relação ao nome da unidade de saúde, caso seja de interesse do grupo de trabalhadores dessa unidade. Para o registro dos dados das observações do seu trabalho usarei um diário de campo, no qual anotarei observações pessoais. As entrevistas (conversas sobre o trabalho e avaliação) serão gravadas e depois transcritas. Durante as entrevistas você tem o direito de recusar-se a responder qualquer pergunta que possa se ocasionar desconforto ou constrangimentos de qualquer natureza.

Todo este material será mantido sob minha responsabilidade durante um período de 5 anos, sendo destruído após esse período.

Ao aceitar participar dessa pesquisa, você estará contribuindo para o maior conhecimento da proposta de atuação da Estratégia de Saúde da Família. As informações que você fornecer serão úteis para a compreensão sobre as políticas de saúde no país, cujos resultados poderão contribuir para a formulação e avaliação das políticas públicas no âmbito das políticas de bem-estar social. Sua participação no estudo não implicará em nenhum tipo de custo. Você não terá qualquer despesa para participar deste estudo e também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

É garantida a liberdade de querer não participar do projeto de pesquisa ou de retirar o consentimento a qualquer momento, no caso da aceitação, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora responsável: Cláudia Cruz, que poderá ser encontrado através do telefone: (21) 97283-2434 Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRRJ – R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, n.º 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão - Sala 01D-46/1º andar - pelo telefone 2562-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 15 horas, ou através do e-mail: cep@hucff.ufrj.br e também com Secretaria Municipal de Saúde - Comitê de Ética em Pesquisa- Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova/Telefone: 3971-1463 site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa> / cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Comprometo-me a apresentar os resultados da pesquisa pessoalmente em uma reunião a todos que desejarem participar. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico, em congressos, reuniões técnico-científicas e revistas da área de saúde pública.

Decidindo por participar você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu discuti com a pesquisadora _____, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos e sem a perda de atendimento nesta Instituição ou de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Nome do Sujeito da Pesquisa

Data: ____/____/____

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Incluir para os casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Nome do representante legal

Data: ____/____/____

Assinatura do representante legal

Nome do Pesquisador Responsável

Data: ____/____/____

Pesquisadora Responsável Claudia Cristina da Cruz

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO III

(Referente a entrevista individual do Gerente da Clínica de Saúde da Família)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Princípios Universais e Práticas Focalizadas na Saúde: um estudo da Estratégia de Saúde da Família (ESF)**”, que integra o curso de doutorado em Políticas Públicas Estratégia e Desenvolvimento no Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPED/ IE/UFRJ) de Claudia Cristina da Cruz.

Nessa pesquisa pretendemos refletir sobre o paradoxo da prática da focalização e da sobre-focalização no âmbito do sistema de saúde. Seu **objetivo geral** é avaliar a ESF, que é uma política pública, pertencente a um sistema de saúde universal e gratuito, mas cujo funcionamento focalizado, reforça as práticas focalizadas em políticas sociais da América Latina e estabelece um paradoxo, certamente provocando algum grau de exclusão no atendimento de saúde.

Assim, como você é o (a) Gerente da unidade de saúde selecionada para o desenvolvimento da pesquisa gostaríamos de contar com a sua participação.

A proposta da tese está em tentar reinterpretar as práticas da ESF, buscando compreender como esta política evoluiu, questionando seu funcionamento, sua oferta e sua continuidade.

Esta pesquisa atuará através de quatro vertentes, a saber: 1) visitas as unidades de saúde selecionadas, nas quais será realizada uma coleta de dados com base na metodologias de “observação-participante”; 2) Participação em algumas reuniões da equipe de Saúde da Família. Nestas reuniões meu papel é de observador. 3) Acompanhamento de algumas visitas domiciliares realizadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, obedecendo, também a metodologia de “observação-participante”. Assim, acompanharei Agentes Comunitários de Saúde por alguns dias, tanto nas visitas domiciliares quanto em outras atividades nas quais estejam envolvidos, tais como a marcação de consultas, o preenchimento do Siab, as atividades de educação em saúde na Clínica de Saúde da Família ou na comunidade.; 4) Realização de entrevistas individuais com alguns usuários/ pacientes da Estratégia de Saúde da Família e 5) Realização de entrevistas individuais com profissionais da unidade de saúde.

Este termo, que você está lendo, é específico para seu consentimento em relação a uma das etapas da pesquisa. Trata-se da etapa de entrevista individual. Os assuntos que serão abordados nesta pesquisa envolvem aspectos relacionados à atuação da Estratégia de Saúde da Família em sua unidade, tais como a gestão das equipes, a atuação frente aos desafios do atendimento da gestão espontânea e o atendimento da população adscrita e a relação com outros equipamentos da rede de proteção social locais. Nosso interesse é entender se o modelo de atuação da ESF equaliza oportunidades e acesso à saúde ou se este modelo reproduz desigualdades e reitera clivagens. A proposta é compreender se a Estratégia de Saúde da Família é capaz de universalizar ou de restringir o acesso à saúde.

Em relação aos riscos que esta investigação pode causar aos trabalhadores envolvidos, identificamos possíveis desconfortos e inquietações que o acompanhamento de sua rotina ou mesmo as conversas sobre o trabalho e avaliação podem acarretar. Por outro lado, entendemos a pesquisa como possibilidade de construção de saberes entre pesquisador e sujeito investigado, onde este último pode ter a chance de pensar e repensar sobre as questões discutidas e que dizem respeito a algo central na vida, que é o trabalho.

Sua identidade será mantida em sigilo em todos os materiais resultantes desta pesquisa. O mesmo poderá ser feito em relação ao nome da unidade de saúde, caso seja de interesse do

grupo de trabalhadores dessa unidade. Para o registro dos dados das observações do seu trabalho usarei um diário de campo, no qual anotarei observações pessoais. As entrevistas (conversas sobre o trabalho e avaliação) serão gravadas e depois transcritas.

Todo este material será mantido sob minha responsabilidade durante um período de 5 anos, sendo destruído após esse período.

Ao aceitar participar dessa pesquisa, você estará contribuindo para o maior conhecimento da proposta de atuação da Estratégia de Saúde da Família. As informações que você fornecer serão úteis para a compreensão sobre as políticas de saúde no país, cujos resultados poderão contribuir para a formulação e avaliação das políticas públicas no âmbito das políticas de bem-estar social. Sua participação no estudo não implicará em nenhum tipo de custo. Você não terá qualquer despesa para participar deste estudo e também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

É garantida a liberdade de querer não participar do projeto de pesquisa ou de retirar o consentimento a qualquer momento, no caso da aceitação, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora responsável: Claudia Cruz, que poderá ser encontrado através do telefone: (21) 97283-2434 Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ – R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, n.º 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão - Sala 01D-46/1º andar - pelo telefone 2562-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 15 horas, ou através do e-mail: cep@hucff.ufrj.br e também com Secretaria Municipal de Saúde - Comitê de Ética em Pesquisa- Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova/Telefone: 3971-1463 site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa> / cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Comprometo-me a apresentar os resultados da pesquisa pessoalmente em uma reunião a todos que desejarem participar. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico, em congressos, reuniões técnico-científicas e revistas da área de saúde pública.

Decidindo por participar você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu discuti com a pesquisadora _____, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos e sem a perda de atendimento nesta Instituição ou de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Nome do Sujeito da Pesquisa

Data: ____/____/____

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Incluir para os casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Nome do representante legal

Data: ____/____/____

Assinatura do representante legal

Nome do Pesquisador Responsável

Data: ____/____/____

Pesquisadora Responsável Claudia Cristina da Cruz

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO IV

(Referente a entrevista individual com usuário/ paciente da Estratégia de Saúde da Família)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Princípios Universais e Práticas Focalizadas na Saúde: um estudo da Estratégia de Saúde da Família (ESF)**”, que integra o curso de doutorado em Políticas Públicas Estratégia e Desenvolvimento no Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPEd/ IE/UFRJ) de Claudia Cristina da Cruz.

Nessa pesquisa pretendemos refletir sobre o paradoxo da prática da focalização e da sobrefocalização no âmbito do sistema de saúde. Seu **objetivo geral** é avaliar a ESF, que é uma política pública, pertencente a um sistema de saúde universal e gratuito, mas cujo funcionamento focalizado, reforça as práticas focalizadas em políticas sociais da América Latina e estabelece um paradoxo, certamente provocando algum grau de exclusão no atendimento de saúde.

Assim, como você é o (a) usuário/ atendido pela Estratégia de Saúde da Família unidade desenvolvida pela unidade de saúde selecionada para o desenvolvimento da pesquisa gostaríamos de contar com a sua participação.

A proposta da tese está em tentar reinterpretar as práticas da ESF, buscando compreender como esta política evoluiu, questionando seu funcionamento, sua oferta e sua continuidade, uma vez que este modelo reitera clivagens através de novas institucionalidades.

Esta pesquisa atuará através de cinco vertentes, a saber: 1) visitas as unidades de saúde selecionadas, nas quais será realizada uma coleta de dados com base na metodologias de “observação-participante”; 2) Participação em algumas reuniões da equipe de Saúde da Família. Nestas reuniões meu papel é de observador. 3) Acompanhamento de algumas visitas domiciliares realizadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, obedecendo, também a metodologia de “observação-participante”. Assim, acompanharei a equipe multiprofissional por alguns dias, tanto nas visitas domiciliares quanto em outras atividades nas quais estejam envolvidos, tais como a marcação de consultas, o preenchimento do Siab, as atividades de educação em saúde na Clínica de Saúde da Família ou na comunidade.; 4) Realização de entrevistas individuais com alguns usuários/ pacientes da Estratégia de Saúde da Família e 5) Realização de entrevistas individuais com profissionais da unidade de saúde.

Este termo, que você está lendo, é específico para seu consentimento em relação a uma das etapas da pesquisa. Trata-se da etapa de entrevista individual com usuário/ paciente da Estratégia de Saúde da Família. Os assuntos que serão abordados nesta pesquisa envolvem aspectos relacionados às suas percepções e opiniões sobre o atendimento através da Estratégia de Saúde da Família, seja em visitas domiciliares ou atendimentos na clínica. Nosso interesse é entender se o modelo de atuação da ESF equaliza oportunidades e acesso à saúde ou se este modelo reproduz desigualdades e reitera clivagens. A proposta é compreender se a Estratégia de Saúde da Família é capaz de universalizar ou de restringir o acesso à saúde.

Em relação aos riscos que esta investigação pode causar aos usuários/ pacientes envolvidos, identificamos possíveis desconfortos, constrangimentos e inquietações que o acompanhamento da visita domiciliar ou mesmo as conversas sobre o trabalho e avaliação do atendimento que lhe é prestado podem acarretar. Por outro lado, entendemos a pesquisa como possibilidade de construção de saberes entre pesquisador e sujeito investigado, onde este

último pode ter a chance de pensar e repensar sobre as questões discutidas e que dizem respeito ao serviço de saúde pública.

Sua identidade será mantida em sigilo em todos os materiais resultantes desta pesquisa. O mesmo poderá ser feito em relação ao nome da unidade de saúde, caso seja de seu interesse. As entrevistas (conversas sobre o trabalho e avaliação) serão gravadas e depois transcritas.

Todo este material será mantido sob minha responsabilidade durante um período de 5 anos, sendo destruído após esse período.

Ao aceitar participar dessa pesquisa, você estará contribuindo para o maior conhecimento da proposta de atuação da Estratégia de Saúde da Família. As informações que você fornecer serão úteis para a compreensão sobre as políticas de saúde no país, cujos resultados poderão contribuir para a formulação e avaliação das políticas públicas no âmbito das políticas de bem-estar social. Sua participação no estudo não implicará em nenhum tipo de custo. Você não terá qualquer despesa para participar deste estudo e também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

É garantida a liberdade de querer não participar do projeto de pesquisa ou de retirar o consentimento a qualquer momento, no caso da aceitação, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora responsável: Claudia Cruz, que poderá ser encontrado através do telefone: (21) 97283-2434 Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ – R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, n.º 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão - Sala 01D-46/1º andar - pelo telefone 2562-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 15 horas, ou através do e-mail: cep@hucff.ufrj.br e também com Secretaria Municipal de Saúde - Comitê de Ética em Pesquisa- Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova/Telefone: 3971-1463 site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa> / cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Comprometo-me a apresentar os resultados da pesquisa pessoalmente em uma reunião a todos que desejarem participar. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico, em congressos, reuniões técnico-científicas e revistas da área de saúde pública.

Decidindo por participar você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu discuti com a pesquisadora _____, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos e sem a perda de atendimento nesta Instituição ou de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Nome do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Data: ____/____/____

Incluir para os casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Nome do representante legal

Assinatura do representante legal

Data: ____/____/____

Nome do Pesquisador Responsável

Pesquisadora Responsável Claudia Cristina da Cruz

Data: ____/____/____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO V

(Referente à realização de entrevistas com Médicos e Enfermeiros)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Princípios Universais e Práticas Focalizadas na Saúde: um estudo da Estratégia de Saúde da Família (ESF)**”, que integra o curso de doutorado em Políticas Públicas Estratégia e Desenvolvimento no Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPEd/ IE/UFRJ) de Claudia Cristina da Cruz.

Nessa pesquisa pretendemos refletir sobre o paradoxo da prática da focalização e da sobre-focalização no âmbito de um direito universal de acesso, o da saúde, instituído como sistema público, universal e gratuito. Seu **objetivo geral** é avaliar a ESF, que é uma política pública, pertencente a um sistema de saúde universal e gratuito, mas cujo funcionamento focalizado, reitera as práticas focalizadas em políticas sociais da América Latina e estabelece um paradoxo, certamente provocando algum grau de exclusão no atendimento de saúde.

Assim, como você é Agente Comunitário de Saúde atuando na Estratégia de Saúde da Família, gostaríamos de contar com a sua participação.

A proposta da tese está em tentar reinterpretar as práticas da ESF, buscando compreender como esta política evoluiu, questionando seu funcionamento, sua oferta e sua continuidade, uma vez que este modelo reitera clivagens através de novas institucionalidades.

Esta pesquisa atuará através de quatro vertentes, a saber: 1) visitas as unidades de saúde selecionadas, nas quais será realizada uma coleta de dados com base na metodologias de “observação-participante”; 2) Participação em algumas reuniões da equipe de Saúde da Família. Nestas reuniões meu papel é de observador. 3) Acompanhamento de algumas visitas domiciliares realizadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, obedecendo, também a metodologia de “observação-participante”. Assim, acompanharei Agentes Comunitários de Saúde por alguns dias, tanto nas visitas domiciliares quanto em outras atividades nas quais estejam envolvidos, tais como a marcação de consultas, o preenchimento do Siab, as atividades de educação em saúde na Clínica de Saúde da Família ou na comunidade.; 4) Realização de entrevistas individuais com alguns usuários/ pacientes da Estratégia de Saúde da Família e 5) Realização de entrevistas individuais com profissionais da unidade de saúde.

Este termo, que você está lendo, é específico para seu consentimento em relação a uma das etapas da pesquisa. Trata-se da etapa de realização de entrevistas, que serão feitas individualmente.

Os assuntos que serão abordados nesta pesquisa envolvem aspectos relacionados à sua atuação profissional, os desafios da ESF bem como suas opiniões e percepções sobre o papel do profissional de saúde dentro da dinâmica de atuação da Estratégia de Saúde da Família. Nosso interesse é entender se o modelo de atuação da ESF equaliza oportunidades e acesso à saúde ou se este modelo reproduz desigualdades e reitera clivagens. A proposta é compreender se a Estratégia de Saúde da Família é capaz de universalizar ou de restringir o acesso à saúde.

Em relação aos riscos que esta investigação pode causar aos trabalhadores envolvidos, identificamos possíveis desconfortos e inquietações que o acompanhamento de sua rotina ou mesmo as conversas sobre o trabalho e avaliação podem acarretar. Por outro lado, entendemos a pesquisa como possibilidade de construção de saberes entre pesquisador e sujeito

investigado, onde este último pode ter a chance de pensar e repensar sobre as questões discutidas e que dizem respeito a algo central na vida, que é o trabalho.

Sua identidade será mantida em sigilo em todos os materiais resultantes desta pesquisa. O mesmo poderá ser feito em relação ao nome da unidade de saúde, caso seja de interesse do grupo de trabalhadores dessa unidade. Para o registro dos dados das observações do seu trabalho usarei um diário de campo, no qual anotarei observações pessoais. As entrevistas (conversas sobre o trabalho e avaliação) serão gravadas e depois transcritas.

Todo este material será mantido sob minha responsabilidade durante um período de 5 anos, sendo destruído após esse período.

Ao aceitar participar dessa pesquisa, você estará contribuindo para o maior conhecimento da proposta de atuação da Estratégia de Saúde da Família. As informações você fornecer serão úteis para a compreensão sobre as políticas de saúde no país, cujos resultados poderão contribuir para a formulação e avaliação das políticas públicas no âmbito das políticas de bem-estar social. Sua participação no estudo não implicará em nenhum tipo de custo. Você não terá qualquer despesa para participar deste estudo e também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

É garantida a liberdade de querer não participar do projeto de pesquisa ou de retirar o consentimento a qualquer momento, no caso da aceitação, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora responsável: Claudia Cruz, que poderá ser encontrado através do telefone: (21) 97283-2434. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ – R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, n.º 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão - Sala 01D-46/1º andar - pelo telefone 2562-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 15 horas, ou através do e-mail: cep@hucff.ufrj.br e também com Secretaria Municipal de Saúde - Comitê de Ética em Pesquisa- Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova/Telefone: 3971-1463 site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa> / cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Comprometo-me a apresentar os resultados da pesquisa pessoalmente em uma reunião a todos que desejarem participar. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico, em congressos, reuniões técnico-científicas e revistas da área de saúde pública.

Decidindo por participar você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu discuti com a pesquisadora _____, sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos e sem a perda de atendimento nesta Instituição ou de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Nome do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Data: ____/____/____

Incluir para os casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Nome do representante legal

Assinatura do representante legal

Data: ____/____/____

Nome do Pesquisador Responsável

Pesquisadora Responsável Claudia Cristina da Cruz

Data: ____/____/____