

A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM LONDRINA:

Antigos e Novos Registros de uma Experiência em Processo

Marcio José de Almeida



**A Organização dos Serviços de
Saúde em Londrina:**

*Antigos e Novos Registros de uma
Experiência em Processo*



Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - iNESCO

Diretor Presidente: João Campos (Londrina) - **Diretor Secretário:** Ester Paciornik (Curitiba) - **Diretor Tesoureiro:** Roberto Esteves (Maringá) - **Suplente:** Francisco Mouzinho (Curitiba) - **Conselho Fiscal:** Alberto Durán (Londrina), Elaine Rossi (Curitiba) e Carlos Lioti (Londrina) - **Comissão Editorial:** Luiz Cordoní Jr., Alberto Durán González e Izabel Meister Coelho | Avenida Rio de Janeiro, 1500 – sala 11 - Londrina – PR – CEP 86.010-150 - Telefone/ fax: (43) 3024 6221 - site: www.inesco.org.br - E-mail: inesco@inesco.org.br



Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS

Presidente: Antonio Carlos Nardi - **Coordenador do Conselho Editorial:** Nilo Bretas | Esplanada dos Ministérios – Bloco G – Edifício Anexo – sala 144B - Brasília – DF – CEP 70.058-900 - Telefone: (61) 3223 0155 - site: www.conasems.org.br - E-mail: conasems@conasems.org.br



Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC

Presidente: Cid Manso de Mello Vianna - **Coordenador do Conselho Editorial:** Cid Manso de Mello Vianna | Rua São Francisco Xavier, 524 - Bloco D/E Maracanã - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20.550-013 - Telefones: (21) 2569-1143 / 2234-7457 / 2234-7338 - Site: www.cepesc.org.br - E-mail: cepesc@ims.uerj.br

Apoio:



Marcio José de Almeida

**A Organização dos Serviços de
Saúde em Londrina:**
*Antigos e Novos Registros de uma
Experiência em Processo*

Apresentação: Nelson Rodrigues dos Santos

Prefácio: Hesio de Albuquerque Cordeiro



Londrina (PR) - 2013

©2013 Marcio José de Almeida

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Capa, projeto gráfico e diagramação: Visualitá Criação Visual
Revisão ortográfica: Maria Christina Boni • *Impressão:* Midiograf

Dados de Catalogação na Publicação (CIP) Internacional

Ilza Almeida de Andrade CRB 9/882

A447o Almeida, Marcio José de
A organização dos serviços de saúde em Londrina: antigos e novos registros de uma experiência em processo / Marcio José de Almeida ; apresentação : Nelson Rodrigues dos Santos ; prefácio : Hesio de Albuquerque Cordeiro. – Londrina : iNESCO, 2013.

xxii, 226p. : il. ; 21 cm.

Inclui bibliografia e anexos.
ISBN 978-85-67024-00-4

I. Serviços de saúde – Londrina (PR). 2. Saúde pública. 3. Política de saúde. I. Título.

CDU 614.2

Editora



Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - iNESCO | Av. Rio de Janeiro, 1500 - sala 11 - Londrina - PR - CEP 86010-150 - Telefone/fax: (43) 3024 6221 site: www.inesco.org.br

Co-editores



Apoio:

SESA – Secretaria da Saúde – Governo do Paraná • Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de Londrina • Complexo Pequeno Príncipe • AEW-PR (Associação Eunice Weaver do Paraná)

ISBN 978-85-67024-00-4

Depósito Legal na Biblioteca Nacional

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	vii
Nelson Rodrigues dos Santos	
PREFÁCIO.....	xv
Hesio de Albuquerque Cordeiro	
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ESTADO E POLÍTICAS DE SAÚDE.....	6
2.1 Política Nacional de Saúde: Existe ou não existe.....	11
2.2 Duas delimitações necessárias.....	15
2.3 As formas de produção de serviços de saúde no âmbito da Previdência Social.....	19
2.4 As diretrizes econômicas, políticas e ideológicas da Política Nacional de Saúde.....	23
3. O MUNICÍPIO FRENTE AO SETOR SAÚDE NACIONAL.....	30
4. O TRABALHO, HISTÓRICO E DIRETRIZES.....	44
4.1 Londrina do ponto de vista geoeconômico.....	44
4.2 Estrutura demográfica.....	50
4.3 Morbomortalidade.....	55
4.4 Organização Sanitária local.....	57
4.5 Histórico.....	62
4.6 Bases da Política Municipal de Saúde.....	68
5. O TRABALHO, DESENVOLVIMENTO E OBSTÁCULOS.....	78
5.1 Desenvolvimento do trabalho.....	79
5.2 Recursos humanos: ideologia profissional.....	88
5.3 Conflito com o Governo do Estado.....	91
5.4 Conflito com a Universidade.....	95
5.5 Política Fiscal e Política Orçamentária.....	98
5.6 Relações com a Previdência Social.....	101
5.7 Participação comunitária.....	105
6. CONCLUSÕES, PERSPECTIVAS E LIMITAÇÕES.....	109
POSFÁCIO – Novos Registros da Experiência.....	125
Marcio José de Almeida	
REFERÊNCIAS.....	189
ANEXOS.....	197
SIGLAS UTILIZADAS.....	215

APRESENTAÇÃO

Nelson Rodrigues dos Santos

Apresentar este livro do Marcio Almeida é grande honra e desafio de abordar temática por sua natureza, bastante complexa. A conjuntura sociopolítica nacional nos anos 70, de modelo socioeconômico extremamente concentrador imposto pela ditadura, continha crescente resistência democrática e emergência, na área social, de propostas e projetos contra-hegemônicos, tanto no nível de bandeiras políticas como no de práticas inovadoras em espaços socioinstitucionais, fustigando os limites do permitido. Na área da saúde essas propostas e projetos envolviam ciências sociais, biomédicas, políticas, econômicas e administrativas, na produção de conhecimentos que os respaldavam, e tentavam se impor na áspera e desigual luta contra-hegemônica. Daí, sua complexidade.

Foi nessa conjuntura sociopolítica que o jovem Marcio participou com destacados compromissos e iniciativas, na sua graduação e no seu mestrado, guia do seu texto. No capítulo “O Trabalho. Histórico e Diretrizes” analisa a conjuntura política da Prefeitura Municipal e da Universidade e os atores sociais de então, que geraram a implantação das três primeiras unidades de Atenção Primária à Saúde – APS e os primeiros passos para um novo modelo de atenção com base nas necessidades e direitos da população: na APS, de grande cobertura e qualidade, na hierarquização dos serviços, na reformulação dos perfis dos profissionais de saúde e na comparação com sistemas de saúde

mais avançados em outros países. Já como secretário de saúde do município de Londrina, promove a implantação de mais doze unidades de APS, a qualificação da APS e a capacitação da gestão pública, já apontando para o que viria a ser o sistema municipal de saúde e o inevitável crescimento de tensões e conflitos com as políticas estadual e nacional de saúde, atrelados à hegemonia dos interesses financeiros e políticos do modelo de atenção estruturado sob a lógica do mercado dos procedimentos assistenciais especializados e hospitalares e do quadro político-partidário.

Ao final dos anos 70 e início dos 80, as práticas e a produção de conhecimento avançavam rumo às bases de nova política municipal de saúde em nível nacional, em torno da descentralização, da coordenação interinstitucional na saúde, da articulação intersetorial e da participação da comunidade, colocando Londrina ao lado de vários outros municípios do país que iniciaram os encontros municipais e o movimento municipal de saúde, que veio contribuir com inusitada consistência no movimento da Reforma Sanitária, nos simpósios nacionais de política de saúde na Câmara dos Deputados Federais (1979 e 1982) e na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que lançaram as bases para a formulação do SUS. Estes aspectos são apresentados e analisados por Marcio com elevado conhecimento e lucidez nos capítulos “O Trabalho. O Município Frente ao Setor Saúde”, e “O Trabalho. Desenvolvimento e Obstáculos”. Como parte deste complexo processo, embrionavam graves questões que perduram e relativizam conquistas constitucionais de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde de 1990 no desenvolvimento do SUS até os dias de hoje. A política de Estado que nos anos 70 assistiu a emergência dos planos privados de saúde, ainda incipientes, passa a subsidiá-los com recursos federais de modo

ininterrupto e crescente, com valores hoje correspondentes a por volta de 50% do orçamento do Ministério da Saúde.

Simultaneamente, a partir dos anos 80, de modo também ininterrupto e crescente, a política de Estado leva a esfera federal a retrair sua participação no financiamento público da saúde, caindo de 75% em 1980 para 44% nos dias de hoje, levando o conjunto dos municípios e estados ao aumento de 25% para 56%. Em decorrência, os 70% dos atendimentos de saúde financiados pelo setor público em 1980 caíram para 60% em 2008, e os 9% financiados pelos planos privados elevaram-se a 21%, revelando o Estado, no setor saúde, como aparelho criador de mercado. Nosso *per capita* de recursos públicos para a saúde está significativamente abaixo do verificado na Argentina, Chile, Costa Rica e Uruguai, necessitando ser elevado de 28 a 68% para com eles nivelar.

Esta mesma política de Estado vem mantendo verdadeira blindagem contra sua reforma democrática e administrativa, o que reproduz o secular centralismo, burocratismo, ineficiência e ineficácia na prestação de serviços para demandas sociais, pela administração direta e autárquica, com as atividades-meio sufocando as finalísticas. Essa política de Estado responde pela hegemonia de interesses de classes e segmentos da sociedade, e vem compelindo todos os governos e coligações partidárias. Marcio Almeida analisa estas questões com grande clareza no capítulo “Conclusões. Perspectivas e Limitações”, e principalmente no “Estado e Políticas de Saúde”, cuja primeira frase é: “O estabelecimento das políticas de saúde deriva seus princípios da política de desenvolvimento do país”, e define o Estado como instrumento de poder de grupos sociais dominantes e cristalização do campo de luta das classes e frações de classes, incorporando certas exigências dos grupos sociais dominados; e aponta o seu caráter privatizante,

centralizador e concentrador de renda na política de saúde, como no restante das relações econômicas. Por final, Marcio cita Amílcar Herrera que analisa as contradições entre as políticas explícitas, oficiais e as políticas implícitas reais. Creio oportuno destacar, nesta apresentação, o alcance das análises e posicionamentos de Marcio ao final dos anos 70, claramente reveladores e esclarecedores do desenvolvimento da política de Estado para a saúde até nossos dias, apesar dos avanços constitucionais e da legislação infraconstitucional.

Com sua ampla visão de processo no complexo desenvolvimento da política de saúde, Marcio já identificava os obstáculos à expansão e qualificação da APS, à continuidade de atenção nos demais níveis do sistema sob a lógica da APS, à realização da atenção integral e à política de amplas massas com elevação da consciência dos direitos à saúde, e por isso acena aos rumos traçados na 3^a Conferência Nacional de Saúde (1963), abortados com a ditadura em 1964. Acena, também, à necessidade do movimento sanitário elevar sua capacidade de análise e de formulação de estratégias, citando com muita propriedade Mario Testa. Penso que nem Marcio, nem os demais pioneiros e formuladores da reforma sanitária, ao final dos anos 70, imaginariam que após as belas conquistas constitucionais e das Leis decorrentes, já com o SUS “legal”, a política de Estado implícita, real, aumentaria seu compromisso de subsidiar o mercado de planos privados, de subfinanciar o SUS e de manter arcaicos os procedimentos e gerenciamento estatais da prestação de serviços públicos de saúde. As decorrências e consequências dessa política foram sendo percebidas por anos na prática do dia a dia, de modo fragmentado, como:

- a) O desinvestimento na capacidade instalada pública de média e alta densidade tecnológica e incontornável hegemonia dos prestadores privados conveniados e

- contratados, cujo “núcleo duro” são os serviços de diagnóstico e terapia com 92% de origem privada,
- b) A terceirização privada dos recursos humanos das unidades públicas em todos os níveis do sistema, hoje estimada em torno de 60% dos trabalhadores de saúde do SUS, seguida de abusiva precarização das relações e da gestão do trabalho, tanto dos terceirizados como dos empregados públicos e servidores públicos, com os incontornáveis escapismos na assiduidade, no cumprimento das jornadas, nos critérios das esperas dos usuários, dos retornos, dos encaminhamentos, das requisições de exames e das prescrições de medicamentos,
 - c) O crescimento de procedimentos facilitadores do acesso de usuários afiliados a planos privados, a serviços assistenciais do SUS de maior densidade tecnológica diagnóstica e terapêutica,
 - d) A grande tensão e angústia gerada entre os gestores descentralizados do SUS, principalmente os municipais, de não conseguir dar conta da demanda, com qualidade, inclusive dos casos graves, e das urgências, pouco restando de recursos para as ações preventivas e eletivas que por si evitariam os casos graves e urgências, vem aumentando sensivelmente,
 - e) Sob o ângulo das classes e segmentos sociais, a classe média e os trabalhadores formais do setor privado e público integram o mercado dos planos privados, e a dependência ao SUS é dos pobres,
 - f) Finalmente a constatação de que o sistema público de saúde se estabiliza com APS pobre e compensatória e grande repressão de demanda aos demais níveis assistenciais, aos 75% da população não afiliados aos planos privados de

saúde, e com acesso facilitado, de modo estratificado, nos serviços assistenciais especializados, aos 25% de afiliados, assumindo o SUS, um papel complementar nesta faixa.

Este é o modelo de atenção à saúde preconizada claramente pelo Banco Mundial ao Brasil, em seu Relatório de 1995, que é a real política de Estado na saúde em nosso país. Cabe, por final, nesta apresentação, reflexões sobre mais um desdobramento no desenvolvimento do SUS, também não previsto, ao final dos anos 70, por Marcio nem pelos demais pioneiros e formuladores da reforma sanitária, que é o gerenciamento de estabelecimento de saúde estatal por entidades privadas.

Nos países europeus e no Canadá com sistemas públicos de saúde universais e de qualidade, os Estados, em diferentes épocas e formas, passaram por reformas democráticas e gerenciais na prestação de serviços nas áreas sociais, capacitando-se e credibilizando-se perante as demandas sociais, e sob pressão social, estendem a cobertura e qualidade dos serviços públicos que contam com a escolha e utilização entre 85% e 90% da população. Estes sistemas públicos efetivamente republicanos, atrelados aos direitos sociais, com sua capacitação técnica e política, articulam, em caráter excepcional, várias formas de parceria com entidades privadas realmente sem fins lucrativos, sempre que comprovadamente de interesse público na relação custo-efetividade, incluindo formas de cogestão e participação social.

Em nosso país o Estado, ao contrário, promove o estrangulamento dos gestores descentralizados e dirigentes dos estabelecimentos públicos, sufocando-os e compelindo-os a escapismos como a simples abdicação da responsabilidade gerencial, a favor do gerenciamento privado, o que foi iniciado antes do SUS pelo Hospital São Paulo/UNIFESP

e pelo INCOR/USP, e nos anos 90, com a criação legal das Organizações Sociais e outros formatos. A grande dúvida e polêmica residem no surgimento de grande número de entidades privadas no mercado para essa tarefa, e nos interesses privados e conseqüente correlação de forças políticas, diante da impotência e inapetência do Estado para hegemonizar a construção do novo modelo de atenção. Mesmo com legislação criadora dos entes privados, gerentes de estabelecimentos públicos de saúde, coerente com as diretrizes constitucionais, como se comportariam politicamente essas gerências privadas?

Na prática constatamos que a hegemonia privatizante vem levando à abertura da segunda porta de admissão nesses estabelecimentos, destinada à clientela privada, com melhor acolhimento e menor repressão de demanda, como desde o início acontece no Hospital São Paulo/UNIFESP, no INCOR/USP e agora no HC/USP. Até mesmo a regulação dessa gerência privada é objeto de criação de agência privada reguladora. Em nome dos gestores públicos descentralizados comprometidos com o SUS e os direitos dos usuários (a grande maioria), encurralados pela própria política de Estado e dispostos ao risco de optar por alternativa “menos pior”, Marcio expõe-se e revela outra característica sua desde sempre, a coragem e ousadia. E a questão permanece: a energia e desgaste despendidos nesta alternativa não deveriam se voltar para o esforço de reforma democrática e gerencial do Estado na área social, para somente após identificar as situações e necessidades desse tipo de parceria público-privado?

Campinas, janeiro de 2012.

Nelson Rodrigues dos Santos

PREFÁCIO

O processo não concluído e as ideias precursoras do Sistema Único de Saúde

Hesio Cordeiro

O movimento da reforma sanitária brasileira para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) está longe de estar concluído e uma estratégia importante para apressar os avanços é rever os trabalhos que foram precursores e reconhecer neles as bases iniciais da reforma.

É nesse caminho que a publicação do relato de Marcio Almeida serve de inspiração para aqueles empenhados em dar continuidade, corrigindo os eventuais erros do processo e acelerando a implantação de políticas nacionais e locais de saúde, levando à prática os princípios do SUS.

A proposta de Atenção Primária de Saúde permeia o movimento municipalista da saúde no País desde a III Conferência Nacional de Saúde em 1963, com Wilson Fadul à frente do Ministério da Saúde. A III Conferência não se restringia a esta proposta. O tema do subdesenvolvimento e suas repercussões nos problemas médico-sanitários estavam presentes, evidenciando como as reformas de base seriam importantes para suplantar os efeitos do atraso e resolver o quadro de doenças infecto-parasitárias, ainda prevalente

naquele momento. A relação entre saúde e desenvolvimento econômico e social estava apontada mais de uma vez¹.

O trabalho de análise da organização dos serviços de saúde em nível local² indicava, em 1979, como a produção social da doença e das ações de saúde refletia a estrutura de desigualdade da sociedade brasileira, que se traduzia nas desigualdades (e ainda se traduz) das classes sociais e frações de classe decorrentes das relações do Estado com os processos econômicos e sociais daí resultantes, inclusive na elaboração e implementação de políticas de saúde.

É indicado que 1967 é o momento que concentra as mudanças mais relevantes das instituições de saúde, em decorrência do processo de unificação da Previdência Social com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Isso se complementa com mudanças no aparelho de Estado com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e outras alterações na composição do órgão de administração (IAPAS) e da assistência social (LBA).

No âmbito da saúde prevalecia um papel quase figurativo para o Ministério da Saúde: combate às epidemias e endemias e ações pontuais de extensão de atendimento às populações excluídas.

Na Previdência Social se encontravam ancorados os interesses do processo de privatização da assistência médico-hospitalar privilegiando hospitais e a internação como

1. Fundação Municipal de Saúde. Conferência Nacional de Saúde (Brasília, DF, 1963) Anais, Niterói: Prefeitura: Fundação Municipal de Saúde, 1992, 246p.

2. ALMEIDA, Marcio José de. **A organização de serviços de saúde a nível local:** registro de uma experiência em processo. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social. UERJ, 1979, 124p (mimeo).

estratégias sanitárias, com pouca ênfase na prevenção e na promoção da saúde. O processo de privatização pela Previdência Social era hegemônico e estava na raiz das crises de financiamento da Previdência Social e nas denúncias de fraudes e má utilização dos recursos públicos³.

Algumas tentativas de correção foram propostas especialmente com a implantação das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) que racionalizaria os dispêndios na assistência médica. Surgem novas denúncias de fraudes e as propostas são identificadas com o autoritarismo e centralismo. A aspiração de reabertura para o processo democrático de há muito mobilizava as oposições, especialmente de sanitaristas e grupos pensantes dos departamentos de medicina preventiva e social para estimular processos locais de municipalização e de mudanças nas políticas locais de saúde. A proposta do PREV-SAÚDE, elaborado por técnicos de saúde reunidos na sede da Organização Panamericana da Saúde, propunha a coordenação entre Previdência e Saúde⁴, mas foi proposição natimorta, pois logo em seguida o governo da República recuou na proposta. No início de 1980 foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema básico era a extensão das ações de saúde através de serviços básicos, visando aos cuidados primários de saúde, reforçando as propostas políticas da reunião de Alma-Ata, ocorrida em 1978. Nessa Conferência foram lançadas as bases para o Programa Nacional

3. GENTILE DE MELO, C. A Medicina Previdenciária. In: GUIMARÃES, R. (Org). **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978. p. 175.

4. TANAKA, O.Y.; RESENBURG, C.P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil). *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 1, fev. 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101990000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2010.

de Serviços Básicos de Saúde — PREV-SAÚDE, cujo primeiro anteprojeto foi elaborado em agosto de 1980.

As propostas do PREV-SAÚDE eram tão ambiciosas em suas metas que a oposição criada pelas entidades privadas, bem como por parte de instituições públicas, principalmente ligadas à Previdência Social, levaram a modificações substanciais da proposta inicial, a qual no final se restringiu a uma reordenação no setor público prestador de serviços de saúde, não fazendo qualquer menção ao setor privado e definindo como áreas de abrangência as localidades de maior carência e grupos sociais mais desprotegidos, perdendo completamente o propósito inicial.

Como resposta governamental à proposta do PREV-SAÚDE foi elaborado pelo CONASP o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito de Previdência Social⁵.

Contudo, a ênfase na prática curativa predominava e mesmo a proposta da Atenção Primária se centrava nas práticas curativas ainda que simplificadas. Confundia-se atenção primária com assistência pobre para os pobres, o que ainda demarcava resistências à saúde da família por parte de setores especializados dos médicos desde 1998 quando se dá novo impulso a esta estratégia a partir das experiências bem-sucedidas em Niterói (com o Médico da Família), Sobral e municípios do Ceará com os agentes comunitários de saúde.

A proposta do Sistema Único de Saúde, formulada na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), dá forma legal a várias iniciativas locais de secretarias municipais de saúde ou de órgãos acadêmicos como o Instituto de Medicina Social da UERJ com o trabalho “A democratização da Saúde no Brasil” de Cordeiro,

5. CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 2005. 96p.

Fiori e Guimarães (CEBES, 1980) e a Conferência de Montes Claros em 1985, onde se discutiram princípios para a proposta a ser apresentada a Tancredo Neves no início do processo denominado Nova República. O Encontro de Montes Claros foi liderado por José de Saraiva Felipe, secretário municipal de saúde da cidade, daí se originando a Carta de Montes Claros com propostas para o futuro governo da Nova República⁶.

Em 1985, as primeiras medidas de Waldir Pires como Ministro da Previdência e Assistência Social foram:

- 1) a universalização da clientela dos Hospitais Universitários, não mais restrita aos contribuintes da Previdência Social, incluindo os então denominados indigentes;
- 2) revisão dos valores pagos aos Hospitais Universitários corrigindo a defasagem existente entre os valores praticados com os hospitais privados;
- 3) desenvolvimento e ampliação de articulação entre as redes de atendimento entre os hospitais públicos e privados visando eliminar a capacidade ociosa;
- 4) descentralização e democratização das estruturas administrativas, delegando mais capacidade de decisão às Superintendências Regionais do INAMPS;
- 5) apoio e reforço das estruturas colegiadas de programação, avaliação e controle em todos os níveis⁷.

Já no discurso de posse de Hesio Cordeiro no INAMPS se reconhecia que “... trabalhadores e não trabalhadores,

6. CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela Reforma Sanitária. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 243-362, jul. 2004.

7. CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 2005. 96p.

empregados e desempregados, populações urbanas e rurais, têm direito à saúde”⁸. A proposta da universalização da saúde começava, pois, a ser praticada, incluindo a superação das desigualdades regionais e entre áreas urbanas e rurais. Propunha-se que a relação entre o público e o privado fosse estabelecida em contrato com normas do direito público. Essas relações se baseavam na questão tecnológica no sentido de se estimular a avaliação da eficácia e da efetividade de tecnologias, combatendo-se o desperdício de recursos pela ociosidade de equipamentos incorporados à rede de saúde.

A criação das Coordenadorias de Ciência e Tecnologia na estrutura administrativa do INAMPS foi altamente inovadora, dedicando-se a realizar avaliações dos procedimentos de alto custo e complexidade visando racionalizar a incorporação tecnológica. Para tal contou-se com o apoio do CNPq e da FINEP que iniciou os trabalhos com revisão da aquisição de equipamentos radiológicos e de imagem.

O combate às fraudes foi incrementado por comissão criada pela Portaria MPAS 3478, de abril de 1985, constituída por representante do Conselho Federal da Ordem dos Advogados, de procurador do Instituto de Administração da Previdência Social e de um procurador da República. A aproximação com o Ministério da Saúde se deu a partir de programas de prevenção e combate à AIDS, no Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (PRO-SANGUE), de acidente do trabalho e da prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas.

O esgotamento da proposta de coordenação criada pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) levou a formulação de se

8. CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 2005. 96p.

transferir a gestão de unidades próprias de ambulatório e hospitais de médio e pequeno porte para a gestão das secretarias municipais e estaduais de saúde, bem como a criação dos conselhos comunitários de saúde, já formulada pelas AIS.

Este processo culminou pela formulação por Raphael de Almeida Magalhães e por Roberto Santos da tentativa de aproximar a Previdência Social e o Ministério da Saúde pela implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), a partir da Exposição de Motivos 31 de 19.7.1987. Logo em seguida, ao Decreto 94.657 de 29.7.1987 foram implantados os SUDS e quase todos os Estados da Federação mediante o formato de convênios, mais tarde, com Renato Archer que sucedera a Raphael de Almeida Magalhães na Previdência e com representantes da Casa Civil da Presidência da República e outros ministérios foi elaborado o Decreto 95.861/1988 que acelera a transferência da gestão das unidades do Inamps para a administração estadual e municipal. Estabelece-se a cessão de uso dos bens móveis, equipamentos e imóveis do INAMPS, bem como a transferência de recursos financeiros para custeio e investimentos, inclusive para custeio dos serviços privados e filantrópicos.

A nova Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988, teve como pontos centrais:

- 1- o conceito de seguridade social envolvendo ações do Estado e da Sociedade destinada a assegurar os direitos à saúde, previdência e assistência social, superado o conceito de seguro-social, envolvendo contribuintes e não contribuintes;

9. BRASIL. **Constituição Federal (1988)**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2001. 407p.

- 2- o conceito de universalidade de cobertura;
- 3- o conceito de que é dever do Estado garantir a saúde como ação intersetorial, econômica e social inclusive, mas não apenas de ações médico-curativas ou preventivas; A Constituinte definiu ainda que é livre à iniciativa privada a prestação de serviços de saúde, sendo vedada a participação de empresa e capitais estrangeiros a assistência à saúde, com a ressalva dos casos previstos em lei.

As relações com o setor privado através de operadoras de planos de saúde não foram abordadas na Constituinte, somente sendo abordada na discussão da regulação do setor de saúde suplementar em 1999 e com a criação da Agência Nacional de Saúde suplementar (ANS) em 2000.

Dentre os aspectos que devem ser abordados ainda no SUS estão a questão da normalização qualitativa e quantitativa dos profissionais de saúde, a questão da qualidade assistencial relacionada à formação profissional e procedimentos de acreditação baseada em padrões internacionais de qualidade.

Rio de Janeiro, novembro de 2011.

Hesio de Albuquerque Cordeiro

INTRODUÇÃO

É reduzido o número de estudos que tratam da problemática que envolve os serviços de saúde em nível local e menor ainda o de propostas inovadoras de atuação em desenvolvimento. A situação fica pior quando se identifica que *“las deficiencias cuantitativas de los sistemas de investigación y desarrollo de América Latina, sin embargo, son menos graves que su desconexión con la sociedad a la que pertenecen (...) la mayor parte de la investigación científica que se efectua guarda muy poca relación con los problemas básicos de la región. Esta falta de correspondencia entre los objetivos de la investigación científica y las necesidades de la sociedad es un carácter distintivo del subdesarrollo aun más importante que la escasez de investigación (...)”* (30).

A expressão política do modelo vigente hoje no setor saúde brasileiro se dá através da execução de uma Política Nacional de Saúde em desacordo com as necessidades de saúde da maioria da população, alimentada principalmente pelo mecanismo de privatização, que resulta na acumulação de capital nas mãos dos produtores de serviços médicos, das multinacionais de equipamentos médico-hospitalares e de medicamentos (35). Na medida em que se tem clareza sobre a ineficácia desse modelo, impõe-se a tentativa de desenhar e praticar uma reorganização do sistema de serviços de saúde. Fundamentalmente praticar, pois “o conhecimento do processo real do setor saúde, requisito básico para viabilizar propostas

alternativas, não depende de modelos analíticos e operacionais que fazemos e elegemos como cópia da realidade, mas depende sim do nosso grau de inserção em todos os níveis do processo e de nossa consciência crítica” (68).

Neste sentido é que se ressalta como interesse maior deste estudo a apresentação crítica da experiência de organização de serviços de saúde em nível local, que se constitui num problema, ou em outras palavras, num objeto de investigação, na medida em que decorre de experiência ativa, da ação. Observa-se na atividade diária que a explicação dos fenômenos ou criação de soluções novas tendem a partir daqueles que estão diretamente envolvidos na prática cotidiana de ações de promoção, proteção ou recuperação da saúde, por mais simples que sejam essas ações. Esta prática deve estar sendo permanentemente observada, analisada e reformulada. Pretende-se, com este enfoque, contribuir para a reflexão crítica das pessoas envolvidas no trabalho e servir também como instrumento de avaliação das limitações a que está submetida a atuação da estrutura político-administrativa municipal.

Diferentemente de Ferrara, Acebal e Paganini, que entendem organização sanitária como o “*que se refiere a la estructura interna y distribución de funciones (...) el ordenamiento e coordinación de los recursos*” (23), optamos por ampliar esse conceito atribuindo-lhe um caráter menos estático, mais próximo do conceito de produção social das ações de saúde. Nesse sentido, por organização de serviços de saúde entende-se todo o processo de colocar e manter em funcionamento uma estrutura de serviços médico-sanitários à população. Processo entendido desde a decisão política de implantação de unidades prestadoras de serviço, ou melhor, desde as pressões exercidas para esta tomada de decisão, passando pelas fases de estabelecimento dos fluxos financeiros, estruturação física, seleção e treinamento de recursos humanos,

escolha de equipamentos, materiais e execução das atividades. Incluindo-se a identificação/previsão de obstáculos e definição de estratégias para sua superação.

É a produção social das ações de saúde, que, basicamente, constitui a variável mais importante no processo psicossociocultural de definição da doença. São as formas com que os conhecimentos médicos chegam à população que explicam variações na definição do que seja normal ou anormal. E é, através da forma de organização, de estruturação do próprio sistema de saúde que a necessidade de atenção médica se transforma, ou não, em demanda. Habitualmente não se privilegia, nas discussões sobre sistemas de saúde, a questão da organização dos serviços. Como observa Cordeiro (19):

“Basicamente atribui-se uma série de fatores ligados à utilização, ou à não-utilização dos serviços de saúde, à população. E, na realidade, o eixo, ou o ponto central, ou a variável mais importante está ao nível da organização dos serviços de saúde. Imputar à população, ou à produção de recursos humanos ou à produção de recursos materiais, e principal responsabilidade dos problemas ou “desvios”, ou “pontos de estrangulamento” existentes ao nível do sistema de saúde, não me parece correto. Ou seja, é necessário, antes de tudo, privilegiar o nível da produção de serviços, produção aí entendida tanto em termos de conhecimento, quanto em termos de técnicas”.

Quanto à delimitação “em nível local” deve ficar explícito que, em nosso caso, refere-se aos serviços de Atenção Primária de Saúde enquanto administrados pelo poder público municipal, ou seja, pela Prefeitura – instância local de Governo – através do órgão específico do setor, quer conte ou não com a participação de outras instituições para sua manutenção. Neste sentido, o estudo centraliza-se no processo de organização de serviços de saúde ora desenvolvido no município de Londrina (PR).

Esta delimitação não pressupõe distinções essenciais, do ponto de vista das diretrizes técnicas de intervenção, com experiências desenvolvidas em nível estadual como é o caso da rede básica de saúde da Região de Saúde de Montes Claros, no norte do Estado de Minas Gerais, e em nível Federal, como é o caso da rede de Postos de Saúde em implantação em 8 Estados do Nordeste através do PIASS. É simplesmente uma delimitação resultante das circunstâncias do trabalho profissional em que, no momento (1977-1979), está envolvido o autor. As distinções com experiências de outros níveis se dão muito mais, a nosso ver, no âmbito de questões administrativas e políticas. A organização de serviços de saúde em nível local não é um fenômeno simples e tampouco pode ter andamento isolado do sistema geral em que o econômico, o político e o ideológico se relacionam.

É nesse contexto que se introduz esta dissertação que, menos do que apresentar fórmulas para o problema em que se constitui o objeto da investigação, pretende constituir-se numa despretensiosa tentativa de contribuir para ampliar o debate acerca das questões de saúde, com o registro de elementos novos, extraídos da reflexão sobre a prática exercida no desenvolvimento do trabalho diário. Registros de um trabalho no qual o autor não é um elemento isolado, mas somente um dos seus participantes. Investigação que, nas suas diversas etapas e rearranjos, desenvolveu-se através da elaboração, consulta e análise de relatórios e programas; das discussões praticadas por ocasião das reuniões de trabalho; da consulta aos documentos bibliográficos acerca do assunto; das trocas de conhecimentos e experiências mantidas nos Encontros e Seminários em que tomaram parte equipes de saúde de outros municípios. Enfim, com estas sucintas indicações de como se organizou a dissertação, queremos significar que qualquer

atividade executada no trabalho diário é parte integrante da sua metodologia.

E, ao adotar e praticar essa conduta, tentamos caminhar pela estrada que Aloysio Amancio ajudou a abrir “(...) Desde um gesto, uma palavra, uma destreza, um exemplo, até a preparação de um cuidadoso protocolo de investigação com os mais simples ou sofisticados meios de busca são motivos de pesquisa e considerados no mesmo nível. Uma revisão é uma pesquisa. Um olhar do doente é uma pesquisa. Uma monografia é uma pesquisa. Tentamos ser uma clínica que pergunta ininterruptamente. E tentamos respeitar igualmente todas as perguntas e todas as respostas que encontramos. Tentamos ser uma clínica inquieta e inconformada. Buscamos sempre algo diferente e novas respostas. Procuramos jamais ficar satisfeitos com qualquer resposta, trabalho, planejamento ou atendimento médico. Muito menos com qualquer texto que escrevemos. Inclusive, este.” (2).

Igualmente insatisfeito, mas nem por isso desatento à necessidade de marcar conceitualmente o sentido dessa nossa “reflexão sobre a prática”, expomos adiante os postulados gerais em que a mesma se baseou.

2. ESTADO E POLÍTICAS DE SAÚDE

“O estabelecimento das Políticas de Saúde deriva seus princípios da Política de Desenvolvimento do país. Daí a importância em se relacionar saúde com a evolução da sociedade. Em nosso caso, com a evolução da sociedade brasileira depois de 1967, pois “investigar” uma conjuntura política e econômica é fundamentalmente se perguntar pela disposição de estrutura do Poder (político, econômico, ideológico) em um momento historicamente situado de uma formação social. Disposição que significa distribuição de poder entre as classes e grupos sociais que compõem uma sociedade em um espaço histórico determinado” (42). Depois de 1967 porque, como veremos adiante, é este o período que concentra as mudanças mais relevantes nas Instituições de Saúde brasileira, a começar pela unificação da Previdência Social no INPS.

A compreensão dos obstáculos que as tentativas de intervenção sobre o setor saúde em nível local enfrentam e a necessidade prática de contorná-los e ou combatê-los impõem o estudo do Estado como aparelho político da sociedade brasileira e, particularmente, das políticas de saúde existentes.

O eixo em torno do qual devem ser analisados os problemas atuais da atenção à saúde no país é o da história das relações entre o Estado e as Instituições de Saúde. Relações que oscilam descontinua e contraditoriamente do discurso normatizador à intervenção, como produtor de ações de saúde. De qualquer

forma, estas relações apontam cada vez mais para um crescente avanço das relações capitalistas no campo da atenção à saúde. “As atividades do setor saúde passam a cumprir funções marcantes na produção do Capital e da Força de Trabalho; a prestação de cuidado médico rege-se por critérios de rentabilidade e lucratividade e não pelas necessidades de saúde da população” (28).

Entendendo por políticas de saúde como sendo aquelas de responsabilidade do Estado, nosso intuito é não confundilas com os projetos institucionais de medicalização de que são portadoras as diversas Instituições de Saúde e que são entendidas em sentido amplo como política de saúde. Como observa Madel Luz (43): “Esta distinção é necessária para não se identificar políticas de saúde com instituições médicas. Para além das instituições “Aparelhos” de saúde há um conjunto de instituições não estatais como a indústria farmacêutica, laboratórios em geral, institutos de pesquisa e associações científicas deste ou daquele ramo da medicina que tem uma influência – às vezes importante – sobre as políticas de saúde, mas não podem traçá-las. Representam, neste caso, tendências institucionais mais ou menos organizadas no seio da sociedade civil, isto é, no conjunto das relações sociais existentes, estando, portanto, ligadas aos interesses – políticos e econômicos – das diversas classes sociais e seus aliados. Esta distinção, analítica, não deve ser entendida como separação. Da mesma forma que o Estado, visto pelo ângulo dos aparelhos de saúde, não deverá ser olhado como entidade abstrato-formal, desligada dos interesses privados (“civis”) que nele se organizam, a sociedade civil, vista pelas instituições ou por movimentos sociais, não deve ser olhada como “entidade privada”, sem presença e representação nos aparelhos estatais. (...) A distinção é assim, instrumento analítico de um olhar dialético sobre a

saúde enquanto encargo historicamente confiado ao Estado e sobre as pressões e mudanças introduzidas nas políticas de saúde pela complexa rede de oposições e alianças presentes nas instituições médicas civis”.

Não se pretende, nesta oportunidade, um aprofundamento maior destes temas. A intenção central é deixar evidente o referencial teórico que balizará a tentativa de trazer contribuições, extraídas no plano operacional, que possam alimentar o debate e a prática.

Fica evidente, portanto, que também no âmbito da sociedade brasileira, o papel do Estado merece ser destacado como elemento importante de análise. Estado entendido aqui não como instância político-administrativa pairando acima dos grupos sociais, provedora de serviços e de assistência aos “deserdados da fortuna”, equalizadora de interesses e necessidades de diferentes setores da sociedade, mas como instrumento de poder de grupos sociais dominantes que desempenha o papel de manter o tipo de sociedade que satisfaz seus interesses, mesmo que para esse intento tenha que incorporar certas exigências dos grupos sociais dominados. Desse ponto de vista, o Estado aparece, na realidade, como cristalização do campo de luta das classes e frações de classe. As políticas de saúde e as alterações das diferentes tendências na organização dos serviços de saúde não fogem a essa dinâmica política.

É preciso estudar o movimento atual de intervenção do Estado nas Instituições de Saúde, seja como produtor direto de serviços, seja como financiador dos produtores privados, seja como racionalizador e normatizador, visando à extensão da cobertura, diminuição dos custos da atenção médica e “redistribuição” de renda através dos sistemas previdenciários.

A política de desenvolvimento vigente no país expressa a composição e correlação de forças existentes na sociedade e no concerto internacional e demonstra claramente o caráter do Estado brasileiro. Isto, na medida em que o modelo de desenvolvimento vem se caracterizando por favorecer prioritariamente o processo de acumulação de capital e pelos mecanismos concentradores de renda, privilegia a produção de bens de capital e a produção de bens de consumo durável para a classe média, principalmente média alta. Ver, a este respeito, os trabalhos de Cardoso (18), Serra (69), Singer (70) e Oliveira (56).

Privilegiando os interesses do empresariado industrial, particularmente do que mantém articulação com o capital estrangeiro, evidencia-se um Estado privatizado e internacionalmente dependente. Para praticar e manter esta política, as classes sociais diretamente interessadas, ou seja, “o setor da burguesia empresarial que se organizou na Grande Empresa e os setores da classe média que se escudam no Estado Empresarial e na Grande Empresa, inclusive e principalmente os militares que assumiram como missão própria alcançar e fortalecer o desenvolvimento capitalista” (17), comandadas pela grande burguesia monopolista, imprimiram ao Estado um caráter autoritário e coercitivo dos grupos sociais subalternos, pois uma das condições básicas para a efetivação do modelo é justamente o arrocho salarial, com o conseqüente descontentamento das classes trabalhadoras, o que requer todo um aparato estatal de controle e repressão garantidores de “estabilidade” necessária. Assim, a desmobilização das massas, a extinção de canais usuais de reivindicação e participação popular, e toda uma gama de mecanismos governamentais de excepcionalidade legal, foram configurando, progressivamente, um regime autoritário marcado pela compressão política.

Cabe ressaltar que esse “desenvolvimento” é sempre colocado em termos de taxas de crescimento do PNB e de abstrações como renda média per capita, muito longe de significar uma melhoria geral do nível de vida da população e uma equalização de oportunidades para a maioria dos cidadãos. E mesmo as decisões de intervir na realidade social de forma planejada e sistemática, revelando uma eventual preocupação com o desenvolvimento social, acabam se cristalizando em medidas, em última análise, de caráter economicista. Ou seja, o desenvolvimento social é importante desde que não comprometa, mas ao contrário, favoreça o “desenvolvimento” econômico. Em suma, o que ocorre, principalmente a partir de 1964, é uma intensificação do processo de expansão capitalista e, portanto, desse tipo de “desenvolvimento”.

Enfim, o Estado brasileiro tem, há muito tempo, um papel intervencionista no processo capitalista de desenvolvimento. Em 1964, o rompimento do pacto político que estivera em vigor durante duas décadas e que contara com a participação de camadas populares urbanas criou condições à Previdência Social para utilizar-se de metodologia do planejamento no sentido de reforçar a política de privatização dos serviços médicos. Mais recentemente, intensificou-se a intervenção nessa área social, particularmente após 1974, com a criação do CDS, SNS, SIMPAS. Como observa Madel Luz (43):

“O processo unificador e centralizador da Previdência Social e – o que mais de perto nos interessa – da atenção médica, só se tornará possível com um novo regime, em que o Estado viabiliza a unificação e a centralização pela concentração de poderes que reúne. Neste novo regime, a antiga proposta iniciada nas duas primeiras décadas do século, de um “projeto de industrialização nacional” com um mínimo de riscos de repartição de poderes e riquezas, se revela possível somente

na medida em que perde o caráter nacional e em que tenta substituir a participação das camadas sociais mais amplas no poder econômico e político por uma “redistribuição” indireta de rendas através de programas sociais. Programas em que a Atenção Médica generalizante passe a ocupar lugar estratégico”.

2.1. Política Nacional de Saúde: existe ou não existe?

Cabe comentar ainda a questão da existência ou não de uma Política Nacional de Saúde. Sim, porque esta questão é frequentemente levantada e geralmente obscurece a compreensão do papel do Estado no setor. Aliás, documentos internacionais (27) e de autores brasileiros induzem a este tipo de raciocínio quando responsabilizam “a falta de objetivos e de políticas de saúde” como fatores impeditivos do planejamento de saúde ou argumentam em torno de que “o Brasil carece, até hoje, de uma Política de Saúde. Não se definiu quais as responsabilidades do poder público e quais as do particular em matéria de saúde” (4). Essa visão decorre, a nosso ver, de um entendimento equivocado do que seja política de saúde. A nosso ver, concordamos que:

“Política de Saúde é a forma histórica mais ou menos explícita com que o Estado conduz o problema das condições de saúde da população. Esta condução varia conjunturalmente e comporta um conjunto de divergências, incoerências e mesmo oposições internas. Deste ponto de vista, qualquer Estado tem uma política de saúde, por menos explícita em programas que ela seja, e por menor importância política que tenha a saúde no conjunto dos setores do Estado, isto é, por menor que seja seu papel na estratégia de hegemonia” (43).

No entanto, o próprio Ministério da Saúde reforça as tendências para um entendimento equivocado quando apresenta

as justificativas de necessidade e oportunidade de uma Política Nacional de Saúde. Com efeito, no documento (12) apresentado na recente VI Conferência Nacional de Saúde registra-se: “De uma forma geral, as formulações de Política Nacional de Saúde até aqui emitidas, formal ou informalmente, em documento unificado ou em disposições esparsas, não conseguiram atingir seus objetivos, principalmente por carecerem de consenso de outros importantes órgãos do sistema, especialmente os de igual hierarquia, caindo assim no esquecimento antes mesmo que produzissem frutos. (...) Tal conjunto de fatos cria condições para que seja trazido à VI Conferência Nacional de Saúde, para debates e sugestões, o presente documento que constitui um primeiro delineamento de diretrizes para a gestão do SNS, documento que, assim enriquecido, deverá ser encaminhado ao CDS onde, recebidas contribuições dos Ministérios participantes, passará a se constituir na Política Nacional de Saúde” (grifo nosso). Contraditoriamente, o mesmo documento, páginas adiante afirma: “Já existe uma série de decisões técnico-administrativas do Governo como um todo, dos Ministérios que o compõem e do CDS, que constituem uma política de saúde, que, no entanto, deverá ser corporificada neste documento, a ser submetido ao CDS”.

Segundo nosso entendimento, a Política Nacional de Saúde não só existe como está em franca execução, caracterizando-se pela crescente privatização da produção de serviços, mediatizada pela participação do Estado, através de um processo que assume pelo menos três vias:

1^a.) a limitação, particularmente em nível hospitalar, da expansão da prestação direta de serviços pelo Estado;

2^a.) o financiamento, através do pagamento por unidade de serviço e da construção de hospitais, de uma medicina “liberal”

que pelo seu custo e pelo poder aquisitivo da população está em profunda crise;

3^a.) possibilitando o surgimento de uma forma capitalista mais avançada da medicina, a medicina de grupo;

Portanto o Estado, como instrumento das forças sociais, hegemônicas, constitui-se, na sociedade brasileira de classe, em fator de manutenção da ordem capitalista e também no setor saúde desempenha este papel. Senão vejamos:

“Os serviços de saúde são um serviço de controle que se insere entre o indivíduo e a natureza e entre o Estado e a natureza. Para o Estado, os SS exercem atividades de controle sobre o indivíduo, enquanto cidadão (por exemplo, isentando-se ou não de certos deveres como a prestação do serviço militar, de votar, etc.), e enquanto membro da força de trabalho (reconhecendo-o como apto ou inapto para o trabalho e, neste último caso, decidindo se ele faz jus a auxílio-doença, indenização ou aposentadoria). (...) Finalmente é preciso aduzir que estas múltiplas atividades dos SS são congruentes na medida em que contribuem para a preservação da ordem social, inclusive ao propor alterações adaptativas da mesma. Ao produzir saúde, portanto, o que os SS fazem é produzir condições materiais e psicológicas indispensáveis ao desenrolar da vida política, social e econômica em determinados moldes” (71). Ainda: “Entendemos por efeito especificamente político a função de controle que exercem os planos, programas e políticas de saúde sobre as classes e grupos sociais subordinados. Entendemos que este controle é político na medida em que se destina prioritária e majoritariamente aos trabalhadores, visando seu enquadramento disciplinado nas relações sociais existentes. Este enquadramento é marca de uma dominação de classe exercida pelos grupos dominantes através do Estado. O efeito político se exerce também através da absorção de

conflitos sociais que poderiam emergir irresistivelmente com a doença não controlada” (42). Enfim, a Política Nacional de Saúde, como no restante das relações econômicas e políticas, é, basicamente, centralizadora e concentradora de renda. Hoje ela representa, fundamentalmente, os interesses do capital monopolista.

Como opção metodológica, inclusive para clarear essa questão da existência ou não de uma Política Nacional de Saúde, definiu-se pela análise da prática dos serviços de saúde, pois é a este nível que adquirem concreção as diretrizes da Política Nacional de Saúde. A busca das diretrizes em documentos oficiais frequentemente induz a um erro fundamental: supor que os obstáculos que dificultam uma melhor atuação dos serviços de saúde devem-se, em última instância, à falta de uma política orgânica e coerente. A verdade é que sempre há diretrizes. A dificuldade em reconhecê-las deve-se a que, geralmente, não se sabe, ou não se quer, distinguir entre Política de Saúde explícita e Política de Saúde implícita. A primeira é a “política oficial”, é a que se expressa nas leis, regulamentos, planos e programas. A segunda é a que realmente determina a forma de organização dos serviços de saúde. É muito mais difícil de identificar porque carece de formalização; em essência, expressa as opções contidas no “projeto nacional” vigente. Estas duas políticas não são necessariamente contraditórias ou divergentes. No caso brasileiro não são. Mas, como observa Madel Luz (42): “Permanecer ao nível normativo – nível de retórica institucional – é, do ponto de vista metodológico, ratificar o discurso hegemônico nas instituições”.

Isto não significa que a análise de documentos não traga informações valiosas a respeito. Mas estas devem ser encaradas como subsídios quando não comprovar que, apesar de todas as tentativas de mascarar as reais diretrizes, sua transparência legal

ainda se dá. Aliás, conforme registra o documento sobre Política Nacional de Saúde, apresentado à VI Conferência Nacional de Saúde (12): “o objetivo da Política Nacional de Saúde é, dando prosseguimento a uma série de atos governamentais, especialmente a lei que organiza o Sistema Nacional de Saúde, estabelecer diretrizes para a operação do setor de produção de serviços de saúde, no que se refere ao âmbito da atuação e ao relacionamento entre as diversas instituições, níveis do governo e o setor privado, visando à operação do Sistema a máxima cobertura populacional com os melhores resultados possíveis face aos recursos empregados”. (grifo nosso) Ainda: “Pode-se entender que a organização sistemática do “Sistema de Saúde” atualmente existente no país, nada mais é do que procurar, após a identificação, dispor com maior racionalidade técnico-científica as suas partes componentes, imprimindo-lhes mudanças nos mecanismos de comunicação e controle”. (grifo nosso) Ou seja, nem se toca na questão essencial, que é a forma de produção de serviços de saúde. Diretriz explícita que não diverge, como veremos adiante, de diretrizes implícitas da Política Nacional de Saúde.

2.2. Duas delimitações necessárias

Do ponto de vista das políticas de saúde, na medida em que são traçadas e desenvolvidas pelo Estado, não há por que pensar-se em diretrizes que não estejam de acordo com o modelo de desenvolvimento. Com o intuito de delimitar, para maior objetividade e obedecendo ao campo central de análise deste trabalho – organização de serviços de saúde –, deixaremos de lado as áreas de Saneamento, Formação de Recursos Humanos, Alimentação e Nutrição, Assistência Odontológica, Conhecimento e Tecnologia Setorial, Produção, Distribuição e

Uso de Medicamentos. Isto não significa minimizar a importância dessas áreas. Algumas desempenham papel primordial na organização de serviços de saúde. Mas, como observa Madel Luz (43): “Na presente conjuntura, a dominância está sendo exercida pela componente “assistência médica” sobre as demais (saúde pública, recursos humanos, saneamento básico). Esta dominância seria justificada pelo volume de recursos com que maneja o setor assistencial, através do MPAS, pela magnitude da população assistida (cobertura de cerca de 70% nas regiões urbanas), pelo componente ideológico que prefere a “medicina assistencial” à “saúde pública” e, finalmente pelas relações do setor com os insumos materiais, em particular com a produção de medicamentos e equipamentos hospitalares”. E além do mais, mesmo com suas especificidades, no essencial as demais áreas obedecem às mesmas diretrizes que a área de produção de serviços de saúde. O desenvolvimento das outras áreas é uma contrapartida da natureza, âmbito e objetivos das políticas de saúde em geral, das quais este mesmo desenvolvimento é parcialmente condicionante.

Bem, além da delimitação expressa anteriormente e como decorrência dela, cabe nova delimitação. Com efeito, na medida em que o Estado concedeu prioridade à assistência médica individualizada através da Previdência Social – em 1971 o INPS consolida-se como principal órgão de assistência, uma vez que se torna responsável por 41% do total de gastos no setor saúde - (5), levando a uma estagnação no âmbito do M.S. Segundo ainda Braga (5), entre 1961 e 1976, o orçamento anual do Ministério da Saúde sofreu uma redução de 4,57% do orçamento da União para 0,90%. Por outro lado, a elevação de gastos do INPS foi de 22,4% em 1967 para 31,3% em 1976. Neste quadro pode-se identificar a Política Nacional de Assistência Médica da Previdência Social como sendo a

verdadeira Política Nacional de Saúde.

Isso, apesar dos dispositivos legais que atribuem ao M.S. a tarefa de elaborar e propor a Política Nacional de Saúde (7;62). Na verdade, o poder de traçar diretrizes está na dependência do poder real de atuação, ou seja, do peso dos serviços prestados. Após as fracassadas tentativas do Plano de Saúde de 1968¹ e da Política de Saúde de 1973², a mais significativa tentativa do M.S., em desempenhar esse papel, foi a proposta de uma Política Nacional de Saúde apresentada na VI CNS que não foi muito além de defender a criação de duas redes: uma médico-sanitária para necessidades não

-
1. O Plano Nacional de Saúde de 1968, também conhecido como “Plano Leonel Miranda”, previa a entrega, a preços históricos/doação, de todos os imóveis e equipamentos de saúde pertencentes ao Governo, à iniciativa privada da área e uma ampliação substancial das verbas do setor, para que funcionassem como subsídios aos novos empresários. Difere da atual Política Nacional de Saúde por ter sido uma tentativa mais radical de privatização, o que ameaçava o próprio setor privado na medida em que trazia para ele também o ônus da assistência e também por não distinguir os vários setores privados: “liberal”, empresarial, etc. O PNS/68 é o principal elemento a refletir no setor as ideias da política do desenvolvimento em vigor: privatização integral do sistema nacional de proteção e recuperação da saúde, regime de livre escolha do médico e do hospital pelo doente e participação compulsória e imediata do usuário no custeio dos serviços.
 2. A Política Nacional de Saúde de 1973, elaborada durante a gestão do Ministro Mário Machado de Lemos, chegou a ser formalizada (impresso na Sessão de Artes Gráficas da FSESP, 269pp.) e previa, quanto à prestação de serviços de saúde: regionalização; articulação e entrosamento das diversas unidades da rede; integração de programas preventivos e curativos; ampliação e cobertura da população pelo aumento de unidades periféricas cujos programas de atividades possam ser desenvolvidos por pessoal de nível técnico e auxiliar, sob supervisão adequada. Propunha ainda a integração do aparelhamento destinado à assistência médica pertencente à estrutura do então INPS a uma entidade diretamente vinculada ao M.S., sob a forma de Autarquia, cuja criação chegou inclusive a ser prevista no Art. 11 do Projeto de Decreto-Lei que instituía o Sistema Nacional de Saúde e que fazia parte integrante do documento. Esta postulação não vinha respaldada por qualquer estudo técnico capaz de indicar mecanismos de atuação eficiente ou demonstrar outros propósitos que não a pura e simples apropriação de controle sobre recursos previdenciários.

sentidas, orientada e supervisionada pelo M.S., e outra médico-hospitalar para atendimento de necessidades sentidas, orientada e supervisionada pelo MPAS. No fundo, este critério de duas redes leva a uma concepção errônea de que a assistência médica não é parte integrante da atenção primária de saúde. Aliás, o pequeno poder que detém o M.S. hoje pode ser avaliado pelo fato de, em 1974, por ocasião da criação do CDS (Lei 6.118 de 09.10.1974), ter sido alterado o art. 156 do Decreto-Lei 200, desobrigando, a partir de então, a Assistência Médica da Previdência Social a obedecer a Política Nacional de Saúde. No essencial, ou seja, no tocante à forma de produção dos serviços de saúde e no que se refere aos insumos do setor, o documento (12) apresenta as seguintes diretrizes:

- “contratar serviços do setor privado após esgotada a capacidade do setor público, que por sua vez não deverá expandir-se enquanto existir capacidade ociosa no setor privado, observados o interesse social e as responsabilidades do Estado”. Diretriz que representa, sem dúvida, um estímulo à privatização.

- “para compatibilizar os programas de desenvolvimento dos setores econômicos voltados à produção de insumos básicos para o setor saúde tais como medicamentos e equipamentos, deverão ser estabelecidos mecanismos de coordenação entre os M.S., M.P.A.S. e Indústria e Comércio, orientando as indústrias quanto aos produtos de interesses para o desenvolvimento do sistema”. Em outras palavras, campo livre para as indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar.

Enfim, nossa proposta de identificar a Política Nacional de Assistência Médica da Previdência Social como sendo a Política Nacional de Saúde não significa que o restante do setor saúde seja inexpressivo. Mas mesmo quando se trata de redes extensas existentes na denominada área de Saúde

Pública – que tem por objetivo, entre outros, a manutenção em certos casos, de níveis de saúde do exército de reserva e a diminuição das tensões sociais – (61) como o FSESP, algumas Secretarias Estaduais de Saúde, e mesmo grandes hospitais previdenciários ou públicos (Hospital das Clínicas da USP, Hospital dos Servidores, Hospital de Clínicas da UFRJ), sua atuação está refletindo em maior ou menor grau (estejam ou não conveniados com o INAMPS) o modelo de Assistência Médica da Previdência Social.

2.3. As formas de produção de serviços de saúde no âmbito da Previdência Social

E qual o modelo em que está organizada a assistência médica da Previdência Social? Identificam-se três formas distintas com que se dá a produção de serviços de saúde, ou mais especificamente, de serviços médicos no âmbito de ação do atual INAMPS. Vale lembrar que este modelo tem sua origem na época dos antigos IAPs, mas foi sensivelmente reforçado pela criação do INPS (1967) e mais recentemente pela Portaria MPAS n^o 39 de 1974 que aprovou o PPA³:

3. O PPA elaborado pela mesma equipe do PNS/68, é “curiosamente” um plano que não tem, no seu texto, qualquer ordem de prioridade, conforme identificou Gentile de Mello. Deixa ao nível da execução a eleição das verdadeiras prioridades que consistem em privilegiar os produtores de serviço da área privada lucrativa. É o que se pode verificar, por exemplo, no “Projeto Londrina” (33) – o PPA em nível local – que, ao estabelecer sua estratégia, deixa claro pretender, entre outras medidas: “A criação de condições para o surgimento de empresas de prestação de serviços médicos na região. (...) Apesar da carência de empresas médicas e mesmo de grupos médicos organizados na região representarem dificuldades consideráveis à celebração de convênios com empresas, deverá ser desenvolvido intenso trabalho junto a seus empregados, objetivando desafogar a rede própria da previdência”. Mais adiante veremos, com números, como isso se concretizou.

- a primeira forma, representada pela prestação de atenção médica através de serviços próprios, ou seja, pelos hospitais e ambulatorios administrados diretamente pelo INAMPS. Em número reduzido – 34 hospitais e 540 postos de assistência médica – esta forma é responsável (1978) por 45% das consultas médicas e por 2,9% das internações hospitalares de previdenciários (48). A forma de relacionamento do médico e dos demais profissionais de saúde com a Instituição é o assalariamento. Esta forma de produção de serviços de saúde, pelas condições a que está submetida, apresenta, entre outras, as seguintes características: longas filas de atendimento, prescrição abusiva de medicamentos⁴, pequeno tempo para consulta (consultas rápidas), que também contribui para o comprometimento da qualidade da atenção à saúde, pois com a redução do tempo de observação clínica há um uso insuficiente de recursos semitécnicos para um diagnóstico e/ou acompanhamento evolutivo mais exatos, que por seu lado acarreta grande número de exames laboratoriais e assim por diante.

No entanto, além dessa forma, a política de favorecimento do setor privado na assistência médica se faz fundamentalmente sob duas modalidades: a compra de serviços médicos sob a forma de unidades de serviço prestado e a celebração de convênios

4. As distinções que evidenciaram o comprometimento da qualidade da atenção à saúde da população brasileira foram apontadas nos estudos diagnósticos realizados pela CEME no período 1971-1973. Conforme indica o Plano Diretor da CEME, apud Guimarães (28): “Os resultados comparativos com as estruturas de morbidade pela demanda sugerem certa insuficiência qualitativa de assistência de saúde, pela grande participação relativa de medicamentos de utilização terapêutica ampla, bem como pela larga aplicação dos meramente sintomáticos e auxiliares (...). Por outro lado, acredita-se que o grande desenvolvimento tecnológico experimentado no setor farmacêutico, (...) tenha também influído, até certo ponto, sobre o comportamento da prescrição observada, pela excessiva confiança depositada, na ação terapêutica dos medicamentos de amplo espectro”.

com empresas (industriais, comerciais ou de serviços) que por sua vez contratam serviços de grupos médicos sob a forma de pré-pagamento. Esta última modalidade, embora o 1º. convênio tenha se realizado em 1965, entre o IAPI e a Volkswagen, vai encontrar condições ótimas de desenvolvimento a partir de 1967, com a unificação do INPS e com a efetivação do FGTS, que possibilita a dispensa do trabalhador em más condições de saúde (45). Senão vejamos:

- a segunda forma, caracterizada pela compra de serviços na área privada, é representada pela extensa rede de hospitais (2.808) e médicos credenciados (15.261) (48). Esta forma, além de dispersar os recursos por um número enorme de entidades e profissionais (dificultando a acumulação de capital), introduz uma forma de relacionamento com o médico que é a de pagamento por unidade de serviço (por ato médico prestado), que além de estimular a especialização é fator indutor de critérios extratécnicos nas condutas diagnósticas e terapêuticas, e maior responsável pelas ocorrências de mercantilização da medicina. São características da prática médica inserida nesta forma de produção de serviços de saúde: elevados índices de internações hospitalares (em 1976, segundo R. Stephanes, então Presidente do INPS, houve 600.000 internações hospitalares desnecessárias (49); ênfase no atendimento médico especializado em detrimento da consulta médica geral; elevada permanência médica hospitalar; utilização indiscriminada de técnicas e aparelhos de alta complexidade para diagnóstico e tratamento (p. ex., as “epidemias” de cesáreas); doentes “fantasmas”; medicação prescrita e cobrada sem, no entanto, ter sido administrada; constantes reinternações nem sempre necessárias do ponto de vista estritamente técnico, o que tem propiciado a cronificação da doença e maior incapacitação social.

- a terceira forma de produção de serviços médicos no âmbito do INAMPS está representada pelos convênios-empresas, em franca expansão pelo fato de permitir mais facilmente a acumulação de capital, na medida em que interessa mais às grandes empresas que empregam mão de obra mais qualificada, melhor remunerada e, portanto, com menor inatividade. Outro aspecto que estimula a expansão desta forma é o interesse da própria Previdência Social devido à maior facilidade de controle e menor custo. Nesta forma o relacionamento do médico também é o assalariamento, frequentemente disfarçado de “trabalho autônomo”. Só que o patrão é outro que não o Estado. A lógica interna, desta forma, leva em conta em 1º. lugar o fato de que, tratando-se de uma forma de pré-pagamento que mediante uma quantia global deverá ser prestado atendimento às necessidades globais dos segurados, o lucro será tanto maior quanto menor forem os gastos com a assistência, ou seja, quanto menor for o custo do atendimento às necessidades da clientela. Neste sentido, o que caracteriza esta forma são: o desrespeito à legislação trabalhista ao utilizar o trabalho médico sob a falsa modalidade de autônomo; a seleção rigorosa das condições de saúde no exame de seleção dos trabalhadores; a padronização de condutas médicas restringindo-se exames subsidiários e terapêuticos de alto custo; dispensa de trabalhadores que portem patologias que exijam intervenções custosas; utilização da atenção médica como forma de controle da força de trabalho através da seleção de pessoal; controle do absenteísmo; retorno mais rápido da força de trabalho à produção.

2.4. As diretrizes econômicas, políticas e ideológicas da Política Nacional de Saúde

As características ou conseqüências existentes nas três formas de produção de serviços de saúde, bem como o inter-relacionamento e as tendências das mesmas, permitem deduzir as diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde vigente no país. Estas diretrizes, logicamente enunciadas diferentemente no discurso oficial e algumas jamais assumidas publicamente, têm finalidades econômicas, políticas e ideológicas. Geralmente incorporam as três finalidades, mas uma delas tende sempre a predominar, sendo que esse predomínio pode mudar de uma para outra conjuntura.

2.4.1. Controle e reposição da força de trabalho

Executada principalmente através da forma empresarial de assistência médica da Previdência Social, mas que tem como complementação as atividades desenvolvidas pela denominada rede de Saúde Pública que atua procurando manter o exército de reserva em condições de ser aproveitado.

2.4.1. Acumulação de capital

Através da privatização, principal mecanismo de objetivação da Política, esta diretriz tem acarretado a ênfase no atendimento hospitalar, sendo responsável pelos gastos crescentes com assistência médica que passaram na década de 1960 de 19,3% para 29,6% dos gastos totais da Previdência Social (5). Destes, os recursos despendidos com o atendimento hospitalar passaram de 22% para 58% (5).

2.4.3. *Incentivo à penetração do capital estrangeiro vinculado à produção de insumos materiais para o setor saúde*

Esta diretriz define o caráter tecnológico da Política, através da evidenciação dos laços de interesses entre a indústria farmacêutica e a indústria de equipamentos médico-hospitalares que, aliadas aos grupos privados da medicina e à burguesia monopolista, constituem um verdadeiro Complexo Médico-Industrial.

2.4.4. *Centralização decisória*

Através da exclusão de representação de grupos sociais, como, por exemplo, dos usuários da Previdência Social nos organismos previdenciários em 1967. Caracterizada também pela marginalização do poder político correspondente à centralização do poder econômico: o orçamento previdenciário passa a ser o segundo do país.

2.4.5. *Autoritarismo*

Diretriz que visa contribuir para a exclusão do debate sobre as questões essenciais de saúde tanto intra como extrainstitucionalmente, dificultando assim a possibilidade de fiscalização popular sobre os serviços de saúde. De resto, uma diretriz geral marcante do modelo de desenvolvimento vigente.

2.4.6. *Extensão da cobertura*

Na área previdenciária esta diretriz tem uma denominação própria – universalização. Cumpre o papel de ampliar o mercado

para os setores privados da medicina, bem como descaracterizar as finalidades próprias de organismos representativos – como é o caso dos sindicatos de trabalhadores – firmando convênios que lhes atribuem um caráter assistencialista.

2.4.7. Manutenção da dicotomia entre medicina curativa e medicina preventiva

Esta diretriz permite não só a perpetuação de estruturas administrativas distintas (Lei 6.229), com evidentes vantagens para certos grupos de interesses, como facilita, por exemplo, a legitimação para que se continue concentrando recursos na medicina assistencial, o que, além de outras consequências, traz benefícios à indústria farmacêutica, pois reforça a ideologia da eficácia do medicamento.

2.4.8. Estímulo à ideologia liberal da medicina

Visa nem tanto revitalizar a prática liberal, mas, sim, obscurecer as diferenças entre médicos empregados, empregadores e liberais e, portanto, amortecer reivindicações. Os instrumentos principais de veiculação dessa ideologia são as Universidades, setores da grande imprensa e determinadas entidades “de classe” dominadas por parcelas (quando não indivíduos) minoritárias e não representativas dos médicos. Exemplificadora desta diretriz e especialmente de dois dos seus instrumentos é a matéria publicada pelo jornal “O Estado de S. Paulo”, edição de 22.07.78, durante os dias da greve dos médicos ocorrida em 1978. “Aceitar a universalização dos médicos funcionários é contrariar o espírito liberal da classe, é contrariar a definição filosófica da AMB e da APM, que lutam pela elevação moral e profissional da classe, contra a posição

do médico empregado e contra a estatização da medicina, pelos malefícios que traz à qualidade do atendimento.” Na própria matéria, no entanto, essas entidades demonstram seus verdadeiros compromissos, acobertados pela defesa do liberalismo: “Nesta crise, em que o Sindicato Médico (...) cuja nova diretoria recentemente eleita é formada pelos médicos jovens e cuja maioria tem “cor política” definida, registrados no DEOPS (...) procurou manietar as mãos do governo, restou a este, a válvula de escape de se socorrer da rede privada que mantém convênio com o INAMPS. Que a lição sirva para alertar as autoridades contra os elementos estatizantes que vivem dentro dos Ministérios da Saúde e da Previdência. Não houvesse uma rede de hospitais independentes, para quem apelaria o governo nesta hora? Que faria o governo se, hoje, toda a medicina já fosse estatizada? A quem encaminharia os enfermos?”

A ideologia liberal é veiculada e estimulada também pelo sistema de pagamento por unidade de serviço e até mesmo pela medicina de grupo, que contratam serviços (e não força de trabalho) de profissionais “autônomos”.

Após 1966 o Estado centraliza e mobiliza o excedente da economia e o faz dentro da lógica privada de acumulação de capital. No período 1960-1966 já se vê indícios desta forma de capitalização. A criação do INPS, em 1967, constitui o momento decisivo de consolidação e integração da saúde no campo da Economia Política. É o marco de viabilização do processo de capitalização da medicina.

“É a partir daí que se definem as tendências nitidamente privatizantes na Atenção Médica, expressadas paroxística e antecipadamente no Plano Nacional de Saúde do Ministro Leonel Miranda (1968). Os fracassos do Plano e a reação anteposta por sanitaristas, associações profissionais e inúmeras

instituições detêm momentaneamente o surto privatizante. Insidiosamente, entretanto, as articulações entre o Estado e as Instituições de Saúde seguem orientando e impulsionando o processo privatizante. A política do INPS se define pela contratação de serviços médico-hospitalares aos particulares. É através destas contratações e subsídios que vão surgindo as possibilidades do crescimento empresarial médico. Empresa médica, hospital como fonte de lucro, pagamento das contas hospitalares por unidade de serviço – eis os ingredientes da reprodução ampliada e acelerada do sistema de desigualdades médico-sanitárias presente em nossa medicina. (...) A extensão dos benefícios previdenciários significa, antes de tudo, maiores lucros para os donos da saúde no país. As empresas médicas vão açambarcando o mercado de consumo médico, em ritmo e tendência claramente oligopólicas. São novas formas de apropriação que viabilizam a constituição de um complexo médico-industrial, articulação íntima entre Estado, instituições prestadoras de atenção à saúde, indústria farmacêutica, indústria de equipamentos médico-hospitalares, Companhias de Seguro, etc., cujo funcionamento rege-se cada vez mais por critérios de rentabilidade.

“A reordenação capitalista dá-se a partir de um máximo de centralização e concentração de poder, cristalizadas no INPS sob o pretexto e o manto protetor da ideologia da racionalização administrativa e econômica” (28).

Nos últimos anos, particularmente de 1974 para cá, com a criação do MPAS, que centralizou vários órgãos (INPS, IPASE, SASSE, LBA, FUNABEM, CEME) poderosos econômica e politicamente, o Estado passou a ser o grande financiador das ações de saúde. É desse ano (1974), também, a criação do FAS – Lei nº 6.168 de 9.12.74 com o objetivo de dar apoio financeiro aos programas de desenvolvimento

social estabelecidos pelo II PND. Em linhas gerais pode-se considerar a criação do FAS como um marco decisivo e uma mudança significativa na maneira pela qual o Estado atendia às exigências do setor saúde. Torna-se um importante financiador da empresa privada – 79,9% dos seus recursos vão para esta área (5), além de um instrumento reconcentrador de renda - 95% dos financiamentos privilegiam a construção de hospitais na região Sudeste -, o que significa agravamento da má distribuição dos equipamentos.

Neste quadro, a Política Nacional de Saúde, definida também pelas diretrizes anteriormente referidas, visa claramente inserir o setor saúde no processo de acumulação de capital, secundarizando a atenção às necessidades de saúde da população. Por isso, e pelas características que imprime à prática diária da prestação de serviços de saúde – cujo papel é, cada vez mais, o de garantir a reprodução da capacidade de trabalho -, é uma política centralizadora, autoritária, controladora. Em outras palavras, temos uma Política Nacional de Saúde formulada, discutida e aprovada nos gabinetes do Complexo Médico-Industrial, sem qualquer participação dos níveis intermediários e muito menos dos periféricos que é onde as políticas deveriam ter suas raízes.

É evidente que esta Política não é homogênea. Pelo próprio caráter multicêntrico do poder político formal em saúde e da conseqüente autonomia das instituições, existem orientações/diretrizes divergentes. No entanto, o que predomina é o caráter centralizador, autoritário e controlador que tem a privatização como seu mecanismo principal de objetivação e tem o sistema previdenciário como seu suporte básico.

Em resumo, a atual Política Nacional de Saúde serve aos interesses do capital estrangeiro encravado na produção de insumos para o setor e aos interesses do Complexo Industrial,

na medida em que, recuperando os trabalhadores para a produção, procura mantê-los com condições mínimas de saúde para uma boa produtividade, e às grandes empresas privadas que produzem ou intermedeiam a produção de serviços.

É importante frisar que é a própria população trabalhadora que, através de sua contribuição à Previdência Social e do pagamento da contribuição das empresas à Previdência que lhe são repassados no preço final dos produtos, produz todo o lucro dos grupos de interesse do setor, financiando a própria medicina do grupo que desempenha um papel coercitivo sobre os trabalhadores.

Entretanto persistem setores populacionais ainda não incluídos no mercado de consumo médico. A estes grupos se dirigem programas de extensão de cobertura patrocinados pelo Estado que encerram propostas renovadoras e contraditórias em face do modelo médico-hospitalar hegemônico. Através de Atenção Simplificada à Saúde pretende-se resolver os impasses gerados ao interior do Complexo Médico-Industrial. Florescem nas fissuras das Instituições de Saúde as propostas democratizantes ao incorporar novos tipos de agentes de saúde, recrutados nas próprias populações atendidas e com tentativas de participação em nível local nas decisões sobre os programas a serem executados.

Mas o contexto econômico-político acentua cada vez mais as principais tendências da atual Política Nacional de Saúde e reforça as barreiras a outras formas de organização dos serviços de saúde no país. No momento, vale a pena discutir o alcance e as limitações da experiência de Londrina, desenvolvida sob uma Política Nacional de Saúde cuja tônica principal é a extensão da cobertura e a diferenciação de serviços, orientada pela lógica de uma economia capitalista com alto grau de controle e intervenção estatal.

3. O MUNICÍPIO FRENTE AO SETOR SAÚDE NACIONAL

Antes de abordar especificamente a experiência de organização de serviços de saúde em Londrina, que se constitui no nosso “estudo de caso”, é importante formar uma ideia de como se comportam as estruturas político-administrativas municipais frente ao setor saúde nacional.

Em consequência das diretrizes políticas identificadas anteriormente e respondendo aos condicionamentos do modelo de desenvolvimento implantado no país, pode-se apresentar, resumidamente, o setor saúde nacional como tendo as seguintes características:

a) multi-institucionalidade, com órgãos dependendo de vários Ministérios, Secretarias de Estado e de Municípios, integrado ainda por agências de caráter filantrópico, por profissionais liberais e empresas de caráter lucrativo;

b) alto grau de descoordenação tanto inter como intrainstitucional, possível de ser avaliado pela multiplicidade de Convênios (PLUS, PPREPS, PLAMA, PIASS) com injeção de grande soma de recursos visando o planejamento e a implantação de modelos de saúde repetitivos e execução de projetos especiais, demonstrando a ineficácia dos organismos institucionais;

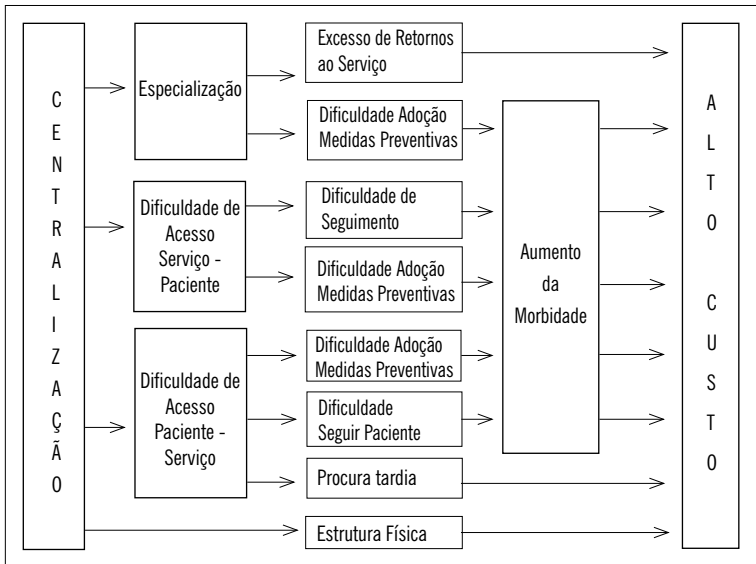
c) elevado grau tecnológico dos serviços, refletindo o fato de serem dicotomizados entre preventivos e curativos, e

voltados excessivamente para a recuperação, concentrados nas doenças degenerativas e na hospitalização;

d) concentrado geograficamente, ou seja, distribuição territorial dos serviços em desacordo com a distribuição populacional. Fundamentalmente nossos serviços de saúde são urbanos. Mesmo assim, conforme registra Gentile de Mello (47), em 1973 existiam 1.895 municípios brasileiros sem médico e 2.191 sem hospital.

Esta situação acarreta baixa cobertura dos serviços, precária qualidade do atendimento, inclusive porque as ações de saúde não são integradas, e como consequência alto custo dos serviços de saúde. A figura I ilustra bem esta situação.

Figura 1 – Fatores que levam a alto custo da atenção médica



Fonte: Referência bibliográfica nº 72

Como observa Bastos (4): “Em relação à organização (dos serviços de saúde) ambicionada, a que temos seria, pelo menos: INSUFICIENTE, DESCOORDENADA, MAL DISTRIBUÍDA e INADEQUADA às reais necessidades da maioria, condições que fazem nossa organização sanitária pouco eficaz e de baixa eficiência na solução dos problemas de saúde ainda prevalentes no país”. Enfim, o setor saúde nacional está organizado de forma a atender principalmente a necessidade dos grupos sociais de maior poder aquisitivo, cuja satisfação é politicamente prioritária.

Em parte como decorrência de um agravamento dessa situação precária do setor saúde nacional, verifica-se uma participação crescente dos municípios na prestação de serviços de saúde, apesar do processo de esvaziamento financeiro e político a que está submetida a esfera municipal, reflexo do modelo de desenvolvimento concentrador e autoritário implantado no país. Como observa Rômulo Almeida (1): “Está evidente o esvaziamento da velha instituição municipal, resultado do processo de centralização política, que reflete, por sua vez, um modelo econômico social concentrador. Efeito desastroso, porque jamais os problemas que têm relação direta com a vida do homem e da comunidade podem ter melhor agente de solução ou encaminhamento que o poder emanado diretamente dos municípios”. Também Figueiredo Ferraz (24) comenta que “A grande maioria dos municípios vive preponderantemente das transferências (dos Governos Federal e Estaduais), com pequena contribuição da receita tributária local. Mesmo na Região Sudeste, a mais rica, a receita tributária municipal constitui 30% do total”.

Os frequentes apelos das Prefeituras Municipais, principalmente das suas autoridades fazendárias, revelam a situação a que foram relegados os municípios, dentro do

modelo econômico concentrador adotado após 1964. Quase que inteiramente dependente, a grande parte dos municípios hoje é apêndice da administração federal: sem autonomia política – que foi tirada pela supressão de eleições diretas nos municípios mais importantes – sem autonomia financeira, como bem reflete a divisão da receita pública – a União retém cerca de 51%, o Estado, 39%, e aos municípios sobram em torno de 10% (3). Embora o artigo 15 da Constituição Federal assegure aos municípios, autonomia financeira no que diz respeito à decretação e arrecadação dos tributos de sua competência, na prática, porém, só é viável a instituição de dois impostos: o IPTU e o ISS. Na maioria dos municípios a receita desses tributos é irrisória, sendo que a arrecadação do IPTU raramente ultrapassa 25% da receita, enquanto a proveniente do ISS não chega a 10% (informações obtidas junto à Secretaria da Fazenda da PML).

Dessa forma, a grande maioria dos municípios brasileiros foi levada à completa dependência. Hoje, dependem em torno de 70% de suas receitas das transferências dos governos estaduais e federal, principalmente da quota de participação no ICM (estadual), responsável por mais de 50% das receitas da maior parte dos municípios, e do FPM (federal). A Constituição de 1967 fixara em 10% a quota do FPM, contudo, logo após a edição do AI-5, o Presidente da República, através da Emenda Constitucional n° 1, reduziu à metade a quota dos municípios. Em 1975, a Emenda Constitucional n°. 5 aumentou a quota do FPM para 9%, portanto sem restabelecer o índice modificado pelo AI-5 em 1969 (6).

No entanto, as razões de ordem financeira não parecem ser suficientes para atenuar as pressões populares para atender à reivindicação crescente de serviços a que está mais intensamente submetida a instância local do Aparelho de

Estado talvez, inclusive, pelo fato de ser a este nível que se mantém ainda eleições diretas para certos executivos. Além do mais, a prestação de serviços de saúde é uma das poucas atribuições que ainda restam para esse nível de Governo, pois progressivamente têm sido transferidos para os outros níveis, serviços importantes como captação, tratamento e distribuição de água, coleta e tratamento de esgoto, telecomunicações, etc. “Não se desconhece que há problemas que ultrapassam a capacidade de um município ou de uma comunidade local (...), mas com esse pretexto e ainda o de falta de recursos técnicos nos municípios, o que se está é forçando a centralização de decisões e a administração de investimentos e serviços locais nas órbitas administrativas “superiores”, em proveito não de um desenvolvimento real, mas de interesses políticos e econômicos de dominação” (1).

Apesar de poucas, dispõe-se de algumas informações que indicam uma participação crescente da esfera municipal na prestação de serviços de saúde. A realização do I Encontro de Secretários de Saúde das Capitais dos Estados e Territórios, em Terezina (PI) – abril/1978 – e do I Encontro Municipal do Setor Saúde, em Campinas – maio/1978 – não ocorreu por acaso. Ambos são resultados de uma necessidade sentida por parte das equipes que vêm participando do processo de ampliação da atuação municipal no setor saúde.

Através de informações coletadas durante o Encontro de Campinas, pode-se verificar um comprometimento discretamente crescente de recursos financeiros, por parte das prefeituras, no desempenho de atividades vinculadas ao setor saúde. De acordo com questionários respondidos por 31 dos 60 municípios presentes ao I Encontro Municipal do Setor Saúde, a evolução das médias dos percentuais orçamentários com que contam os setores saúde municipais, no período

compreendido entre 1975 e 1978, foi respectivamente: 8,42; 8,59; 7,01; 8,98.

Verifica-se também que o processo de intervenção das Prefeituras na prestação de serviços de saúde é recente, ou seja, a não ser as capitais, a maior parte dos municípios vêm atuando no setor a partir de 1974/75. Isto é comprovado por depoimentos que indicam esse período como o de transição, inclusive administrativa, quando os órgãos municipais de “assistência social” passaram a denominar-se também “de saúde”. Verificou-se em Campinas que 73% das Prefeituras presentes ao Encontro ainda mantêm estruturas mistas de Saúde e Bem-Estar.

Na verdade, um retrospecto das competências e atribuições dos municípios na prestação de serviços de saúde⁵ deixa evidente um caminho oscilante entre maior ou menor intervenção, sendo que “somente no pós-guerra 1914/18, é que as capitais e algumas outras cidades mais importantes se empenharam em possuir hospitais gerais, chamados de assistência pública para o atendimento de seus munícipes, principalmente serviços de pronto-socorro”. (78)

São marcos mais recentes nessa história as proposições da III Conferência Nacional de Saúde (Rio, dezembro, 1963) e da Lei 6.229, de 17/7/75, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde.

5. É não só de serviços de saúde, pois como analisa Lordello de Mello (50): “Predomina no Brasil o pior sistema possível de repartição de competência, que é o da competência concorrente entre as diversas esferas de governo”. Na opinião do autor, a solução seria “a representada pelo sistema de competências solidárias, segundo o qual cabe sempre aos governos locais a prestação de serviços técnicos (sociais e de fomento) às respectivas populações”, assegurados, logicamente, os recursos financeiros para tal.

O enfoque central da III CNS foi a crítica à organização sanitária brasileira, predominantemente centralizadora, conforme exemplificam os seguintes trechos: “(...) a partir de 1919, quando os Estados Unidos, saindo da 1ª Grande Guerra como a principal potência mundial, passaram a exercer enorme atração em todos os setores da ciência e da tecnologia, o movimento sanitário brasileiro tomou como modelo aquele país. (...) pensavam os nossos administradores sanitários que bastaria dar ao povo brasileiro uma organização sanitária como a americana, para que a nossa população ficasse tão sadia e tão rica como aquela”. Mais adiante os autores do documento abordam a atuação das Unidades Federadas: “os elementos disponíveis não deixam dúvida, entretanto, quanto ao precário funcionamento desta rede de serviços de assistência médico-sanitária dos Estados. (...), pois, sabendo-se como são, em muitos casos, vastas as áreas territoriais dos municípios, a existência de unidade sanitária na sede do município não permite atender as populações das zonas rurais e dos distritos por acaso existentes, fato que ocorre frequentemente nas condições atuais, quando os Postos de Saúde do Estado localizados nas cidades, sedes municipais, dão uma cobertura muito reduzida aos habitantes das vilas, sedes dos distritos, das localidades e das zonas rurais” (10).

A análise crítica da organização sanitária brasileira fornecia os argumentos para propor e defender a tese da “Municipalização dos Serviços de Saúde”, cuja finalidade fundamental era aproximar a saúde pública das camadas da população desprovidas de assistência médico-sanitária, através da criação de uma estrutura básica sanitária com participação direta dos Governos Municipais. Essa ideia de municipalização dos serviços de saúde teve sua origem nos movimentos municipalistas do final da década de 1940 e dos anos 1950,

como reação ao desejo de federalizar todos os serviços sanitários do país expresso por muitos Estados que seguiam a filosofia que orientou a liderança da saúde pública brasileira a partir de 1920, conforme comenta Wilson Fadul (22).

Segundo a distribuição de atribuições entre os três níveis de Governo proposta na III CNS, ao município competiria: (10)

1) organizar os serviços locais de saúde, atendidos os critérios fixados nos Planos Diretores Nacional e Estadual, ajustados às suas reais condições financeiras, culturais e administrativas.

2) estabelecer, em lei municipal, a obrigatoriedade da participação financeira do município na manutenção das atividades de saúde e saneamento.

3) operar e manter os serviços de abastecimento de água, de remoção de dejetos e de lixo.

4) a admissão de pessoal, visando a vincular esses servidores à organização municipal e a criar uma infraestrutura permanente.

O documento-base do III CNS deixa claro que o Ministério da Saúde não desconhecia as limitações dos serviços de saúde na elevação do nível de saúde da população que é “uma conseqüência do desenvolvimento da economia nacional e da maior quantidade de bens e serviços que sejam postos à disposição da população e da possibilidade que esta tenha de usá-los (...), a saúde do homem só melhora com a substituição de energia muscular na produção do trabalho, pela energia mecânica, pois assim é possível multiplicar a capacidade produtiva de um povo” (10). Ciente dessas limitações e do papel de defesa da vida do homem que desempenha os serviços de saúde, o documento propunha a instalação de uma rede

básica de serviços de saúde, a cargo dos municípios, com o auxílio técnico e financeiro da União e dos Estados.

Esta tese foi aprovada, mas não chegou a ter sequer delineados seus mecanismos de efetivação, pois, com a mudança de governo em abril de 1964 e a adoção de um modelo de desenvolvimento econômico concentrador, tornou-se a mesma inviável.

A Lei 6.229, de 17.7.75, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde estabelece no seu artigo 1º. as competências dos municípios:

“a) manter os serviços de saúde de interesse da população local, especialmente os de Pronto-Socorro;

b) manter a vigilância epidemiológica;

c) articular seus planos locais de saúde com os planos estaduais e federais para a área;

d) integrar seus serviços de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde.”

Note-se bem que, se os itens a e b se referem de forma mais concreta às competências, não há, por outro lado, nenhuma consideração sobre o ponto fundamental da questão que é o financiamento. Como veremos adiante, estas competências têm sido discutidas e já contam com sugestões de modificação, principalmente quanto ao disposto no item a, pois, com efeito, na esfera municipal a intervenção do Estado caracteriza-se por um grande desvio, que são os Pronto-Socorros e às vezes o envolvimento em complexos macro-hospitalares que consomem seus poucos recursos destinados à saúde.

Resta verificar sob que forma se dá a prestação de serviços de saúde em termos de municipalidades. Não só o conhecimento “in loco” de várias realidades, mas também os dados coletados durante o Encontro de Campinas demonstram predominar a

prestação indireta de serviços, ou seja, a compra de serviços na área privada. (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das formas de Prestação de Serviços de Saúde pelos Municípios

FORMAS	Nº	%
Prestação direta	6	19,3
Compra de serviços	8	25,8
Mista	17	54,9
TOTAL	31	100,0

Fonte: Questionários respondidos por 31 dos 60 municípios presentes ao I Encontro Municipal do Setor Saúde. Campinas, maio, 1978

Em investigação desenvolvida pelo IBAM (31), verificou-se que: “Devido ao montante de investimentos exigidos para a construção e manutenção de estabelecimentos hospitalares, é comum aos municípios canalizarem parte dos recursos financeiros alocados na função saúde em contribuições ou subsídios a estabelecimentos privados em troca da utilização de determinado número de leitos. Esse procedimento revelou-se usual em todos os Estados estudados, ocorrendo com maior freqüência no Rio Grande do Sul, São Paulo, Pernambuco e Goiás”.

É evidente que, predominando esta forma de articulação financeira, a organização dos serviços de saúde em nível municipal não difere da situação do setor saúde vigente nas esferas estadual e federal, ou seja, nas equipes de saúde há predomínio acentuado de profissionais de nível superior quando comparados com o quadro de pessoal de nível médio e elementar; a maior parte dos municípios despende seus

recursos em atendimento especializado, notadamente de Pronto-Socorro; com raras exceções, o pessoal auxiliar só desempenha as atividades tradicionais (curativos, vacinação, tarefas administrativas). E isso apesar de somente 44 Prefeituras no país manterem convênio de cooperação com o INAMPS⁶, o que vem a comprovar que o repasse do modelo adotado pela Previdência Social não se faz necessariamente através de vinculação direta. Verifica-se, portanto de um lado que, apesar de aparentemente os municípios terem muita importância na prestação de serviços de saúde, pois além das Leis Orgânicas apresentarem grande soma de competências – a própria Lei 6.229 reforça essa impressão \neg na prática essas competências legais não têm sido exercidas. Cleuler de Barros Loyola, em Campinas (41), citou três razões para este fato: 1. a indefinição de prioridades entre as competências, acrescentando-se as competências concorrentes entre Estado e União; 2. incapacidade financeira gerada por um sistema tributário extremamente desfavorável ao município; 3. incapacidade técnica e material dos municípios, que é consequência do estágio de desenvolvimento do país.

Por outro lado verifica-se que as Políticas Municipais de Saúde são caudatárias da atual Política Nacional de Saúde. E nem poderia ser de outra forma o comportamento das Políticas Municipais de Saúde, uma vez que as municipalidades são um segmento do Aparelho de Estado e neste sentido sua ação se dá dentro dos limites de um executivo (Federal e Estadual) forte, de um poder decisório autoritário e de um privilegiamento crescente da medicina de mercado. Aliás, o próprio Decreto-Lei 200 de 25.02.67, ao dispor sobre as diretrizes para a reforma administrativa, apresenta claramente os limites da atuação

6. Informação pessoal do Dr. Cleuler de Barros Loyola, maio, 1978.

municipal em qualquer área, inclusive na de saúde, ao tratar, no seu Cap. III, artigo 10, da descentralização, estabelecendo que a execução das atividades da Administração Federal deverá ser amplamente descentralizada, estatuidando no seu parágrafo 1º. que tal descentralização “dar-se-á no âmbito dos quadros da Administração Federal, ao se distinguir claramente o nível de direção do de execução; da Administração Federal para as Unidades Federadas, mediante convênios e da Administração Federal para a órbita privada, mediante contratos e concessões”. Nem uma palavra a respeito de a Administração Federal descentralizar para as administrações locais, ou seja, para as Prefeituras Municipais.

Enfim, a atuação dos serviços de saúde organizados e administrados em nível local é fortemente influenciada pela verticalidade programática e orçamentária, que, além de outras consequências, acarreta dispersão de recursos nas atividades-meio e dificulta o controle das ações de saúde por parte da população usuária e seus representantes legítimos.

Um sinal bastante evidente das influências que a Previdência Social exerce sobre a atuação municipal é a decisão de muitas Prefeituras em adquirir Unidades Móveis de Saúde, a exemplo do FUNRURAL, desconhecendo que esses Postos volantes, além de custosos, são de baixa eficácia, visto que os trabalhos de promoção da saúde e prevenção da doença devem ser desenvolvidos sem solução de continuidade.

No entanto, por estarem na base do Aparelho de Estado, mais próximos das pressões e sofrendo inclusive as consequências das contradições internas do mesmo, fica mais evidente para os agentes atuantes nesse nível do setor saúde a necessidade de reexaminar o sistema de atenção à saúde e sugerir/praticar modelos inovadores que permitam uma reorganização

dos serviços de saúde. A adoção da atenção primária de saúde⁷ pode ser uma solução para muitos problemas, especialmente em alguns núcleos de população das zonas rurais e urbanas, e pode se constituir numa estratégia factível diante dos recursos financeiros com que contam os municípios. Como exemplificação dessa tendência em adotar modelos inovadores, vale a pena registrar algumas das conclusões aprovadas do Encontro de Campinas:

1) A prioridade da programação municipal de saúde deve estar voltada para a Atenção Primária, através de Postos de Saúde. A manutenção da estrutura hospitalar própria deve ser uma exceção, decorrente da omissão dos órgãos estaduais ou federais, em melhores condições financeiras para se responsabilizar por tais serviços.

2) O pronto atendimento de emergência simples pelos Postos de Saúde deve ser atribuição do município, e as emergências complexas devem ser referidas a serviços de nível secundário e terciário, que são de competência da União e do Estado. A instalação e manutenção, pelo município, de serviço complexo de Pronto-Socorro, deve ser exceção, decorrente da omissão dos órgãos estaduais ou federais, ou então exceção decorrente de raras peculiaridades locais.

3) Os órgãos financiadores tipo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) devem dar prioridade aos

7. "A OMS entende por atenção primária de saúde uma abordagem que integra, ao nível da comunidade, os elementos necessários para produzir um impacto sobre a condição de saúde da população. Considera-se como atividade eficaz da atenção primária à saúde, a que dá lugar a uma série de medidas simples e eficazes em termos de custos, técnica e organização, que é facilmente acessível às pessoas que a necessitem e que contribui para melhorar as condições de vida do indivíduo, da família e da comunidade" (59).

pedidos dos municípios e outros órgãos públicos para a instalação de uma rede de postos de Atenção Primária. Condenou-se a atual posição do FAS e congêneres de dar prioridade a financiamentos para a rede privada, que os vem aplicando somente na instalação de empresas hospitalares.

4) O sistema de pagamento de serviços médicos por “unidade de serviço” é inconveniente para os municípios e demais órgãos públicos, uma vez que introduz graves distorções no sistema de atenção à saúde, porque estimula a produção de atos médicos desnecessários, supérfluos e muitas vezes sofisticados com objetivo de obtenção de lucros máximos.

A nosso ver, as perspectivas de uma intervenção crescente das municipalidades no setor saúde e da adoção, por parte delas, de modelos inovadores, resultam, em parte, de declarações de intenções como a dos Ministros de Saúde da América, que, em sua III Reunião Especial realizada em 1972, recomendaram “iniciar no decorrer desta década a instalação de mecanismos que possibilitam a cobertura total da população pelos sistemas de serviços de saúde em todos os países da região” (60). Na verdade, a deterioração do nível de vida, acarretando pressões da população por consumo, entre os quais os serviços de saúde, tem um efeito direto sobre as Prefeituras e representa um “estímulo” muito mais eficaz para que as administrações municipais participem com maior intensidade na prestação de ações de saúde. Isto é tanto mais real conforme o grau de compromisso que o Prefeito e a administração local mantiverem com as camadas populares, o que abre maiores perspectivas para a prática de uma proposta inovadora.

4. O TRABALHO. HISTÓRICO E DIRETRIZES

A experiência de organização de serviços de saúde em desenvolvimento no município de Londrina constitui-se no nosso trabalho do dia a dia. Daí porque a decisão de nos referirmos a ela daqui por diante como trabalho.

Antes de abordarmos propriamente um breve histórico do trabalho e suas diretrizes atuais, julgamos oportuno, inclusive para sua maior compreensão, situar o município de Londrina do ponto de vista geográfico, da estrutura econômica, da estrutura demográfica e de morbomortalidade. Não se pretende com isso realizar uma análise aprofundada sobre estes aspectos, mas simplesmente traçar uma caracterização geral. Não estamos com isso querendo substituir o processo de entendimento do social (da realidade concreta), necessário para um diagnóstico da situação, por um acúmulo de dados. Simplesmente tal análise escapa ao objetivo central da dissertação, que foi definido também pela consciência de nossas limitações.

4.1. Londrina do ponto de vista geoeconômico

Londrina situa-se na região norte do Paraná, contando com elevada densidade demográfica – 108 hab/km² (Censo 1970) – e facilidade de comunicações quer pelo sistema rodoferroviário quer pelo de telecomunicações. Do ponto de vista geoadministrativo o município é dividido em 9 distritos:

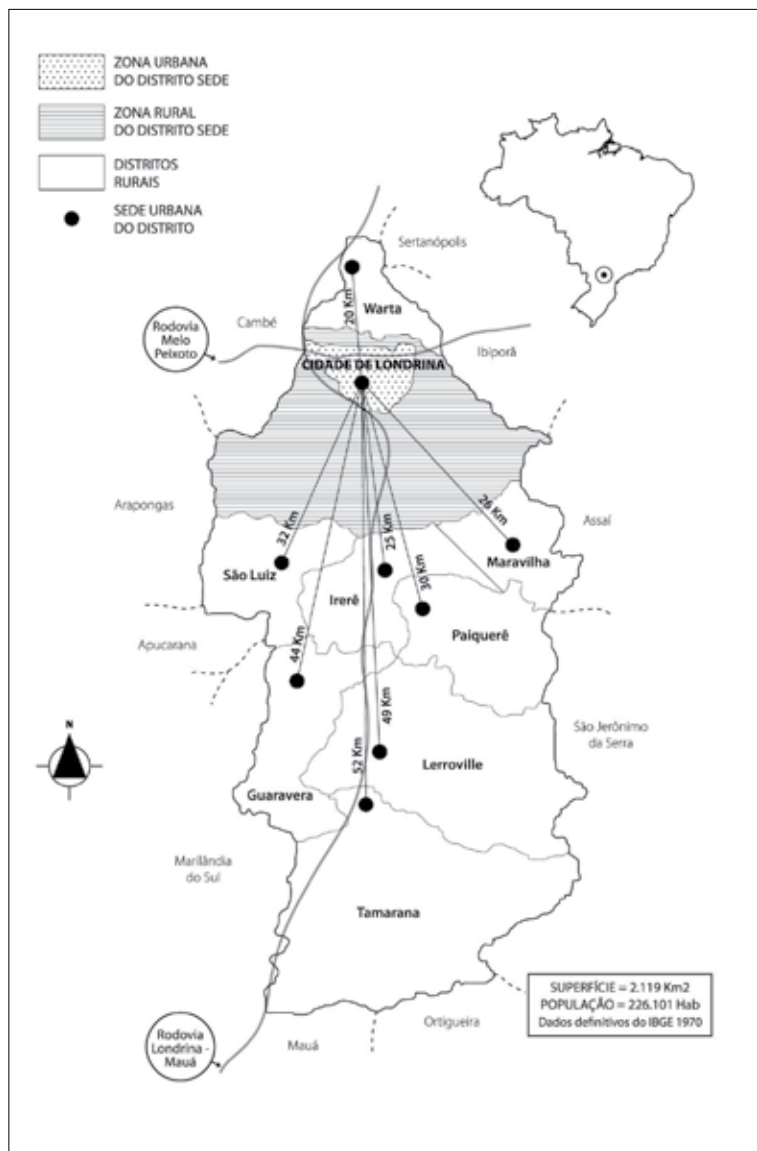
o distrito sede, cuja zona urbana é mais populosa que a rural, e mais 8 distritos nos quais predomina o caráter rural, também chamados “Distritos Rurais”: Warta ao norte; Tamarana e Lerroville ao sul; Maravilha, Paiquerê e Irerê a leste; São Luiz e Guaravera a oeste. (Figura 2) Duas rodovias asfaltadas, uma no sentido leste-oeste e outra no norte-sul, facilitam a integração dos distritos rurais com a sede municipal.

No que diz respeito à estrutura econômica, o município está numa região em que predomina o setor primário da economia, muito embora a composição da renda do município (1975) mostre uma participação maior do comércio e serviços (55%), seguido da indústria (32%) e em terceiro lugar a agropecuária (13%). Londrina ressalta do conjunto de 173 municípios do Norte do Paraná como o que emprega o maior número de pessoas nas atividades comerciais - 11.230 pessoas. O número de pessoas economicamente ativas nas atividades industriais era 12.792 e no setor de prestação de serviços 30.502 (25).

Esta situação resulta no fato de Londrina ser a cidade mais urbanizada e industrializada de toda a Região Norte do Estado, o que decorre do próprio processo de ocupação territorial e para cujo entendimento julgamos oportuno transcrever trechos de documento recente:

“A ocupação da região norte paranaense é resultado de uma opção entre procedimentos de incorporação da área ao sistema produtivo. A partir de uma porção do território paranaense adquirida ao Governo do Estado, um grupo inglês tinha por objetivo a implantação do modelo da “plantation”, isto é, uma vasta área de terra (544.017 alqueires paulistas, ou 12.463 km²) voltada à produção de uma cultura destinada basicamente à exportação (...). De uma certa forma, assemelhava-se o

Figura 2 – Município de Londrina: limites e localização geográfica.



modelo àquele que ficou conhecido na história econômica da América Latina como “enclave”, isto é, uma atividade produtiva incrustada em uma nação com o mínimo de vínculos com o restante do país, voltada exclusivamente para a exportação, como foi o caso da atividade mineira na maioria dos países latino-americanos (...). A ocupação através da lavoura do café transportou para a região relações de produção tais como o colono, o meeiro, o arrendatário, com formas específicas de exploração, através da participação nos resultados da lavoura do café, como também, pela apropriação total das lavouras desenvolvidas por entre as linhas de café. Isso significa, em primeira instância, uma forma de auto-abastecimento às famílias ali alocadas na exploração e, numa etapa posterior, uma alternativa de ampliação dos ganhos advindos dessas lavouras (...).

“Diante da dinâmica gerada, na década de 50 já se faz notar o fenômeno de concentração e especialização no quadro urbano, onde as cidades de Londrina, Apucarana e Maringá se destacam. Estes centros urbanos, pelo fato de possuírem uma estrutura de beneficiamento e armazenagem, vão se constituir naqueles onde surgirão os primeiros investimentos locais na atividade industrial. A partir de 1962, ano de maior produção de café, passa-se a processar e incentivar uma diversificação na base agrícola com uma dilatação na pauta da oferta agrícola da região, fenômeno que irá beneficiar os investimentos industriais, pois a diversificação começa a se fazer sentir com a introdução de produtos possíveis de transformação industrial. Os níveis de transformação industrial se acentuaram mais rapidamente quando da intenção do Governo Federal em agilizar a base agrícola objetivando maiores níveis de produtividade; para tanto, viu-se necessária uma maior capitalização do quadro rural, através da absorção de maquinários agrícolas e insumos

modernos, o que se torna possível pela maior disponibilidade de recursos para crédito rural colocados à disposição dos agricultores (...) o efeito mais significativo é o rearranjo da estrutura fundiária, isto é, o aumento do tamanho médio dos estabelecimentos e, com isso, a extinção progressiva de certas formas de relações de produção, como é o caso do colono e, até certo ponto, o meeiro e o arrendatário.

“Dessa forma, os estabelecimentos agrícolas passam a operar força de trabalho assalariada, mas com um nível de absorção menor do que aquele verificado no auge da expansão cafeeira. A conseqüência desse movimento foi a transladação de contingentes populacionais para outras áreas, ou então, para aqueles centros urbanos com maior oferta de empregos e serviços.” (76)

Entendendo a população favelada como um indicador dessa transladação, comprova-se sua manutenção, através de seu contínuo crescimento, oriunda em grande parte, ainda, da zona rural. Segundo levantamento (38) realizado no início de 1977, em Londrina havia 12 favelas com uma população total estimada em 8.931 pessoas. Quanto ao tempo de existência, constataram-se quatro favelas com menos de um ano de formação e outras quatro com mais de 10 anos.

“Na década de 70, a Região Norte do Estado vai apresentar o perfil do seu sistema produtivo um pouco mais diferenciado daquele que apresentava no início da década de 60. Com a consolidação da base agrícola, o excedente gerado, em certa medida, passou a ser aplicado na atividade industrial, aproveitando aquelas mesmas matérias-primas que, anteriormente, saíam da região quase “in natura”. O novo papel pretendido na Região vem ao encontro do interesse do Estado, no início da década de 60. Nesse processo de

industrialização surgem dois movimentos: o movimento com capital de origem local/regional e aquele vindo de fora (...). Apesar das condições impróprias para enfrentar a dimensão de empresas de porte internacional (grande número de falências no final da década de 80), muitas empresas sobreviveram e se consolidaram devido em grande parte ao dinamismo do mercado regional, em especial aquelas supridoras de atividades da construção civil. Outros gêneros industriais também se desenvolveram, como a indústria têxtil, vestuário, material plástico, metalurgia, mecânica, etc. (...) Atualmente, tendo em vista inclusive a racionalidade empresarial, verifica-se (sic) sensíveis transformações nos níveis tecnológicos da agricultura com a utilização de maquinários modernos, fertilizantes, eficiente esquema de comercialização, tendo seus produtos direcionados para o consumo interno e externo” (76).

Portanto, Londrina foi o primeiro núcleo urbano a se desenvolver no eixo rodoferroviário do Norte do Paraná. Consequentemente, o município assumiu, desde a sua criação, as características de centro regional, concentrando os serviços necessários ao desenvolvimento da marcha do café. A formação econômica de Londrina deve-se essencialmente à agricultura, embora atualmente tenha perdido posição cedendo lugar aos setores de transformação e prestação de serviços. Como registram Nakagawara e Asari (55): “Quanto às localizações das indústrias do Paraná, sobressaem-se dois eixos industriais que, no conjunto do setor, representam mais de 67% da sua produção industrial, situando-se o eixo Curitiba – Ponta Grossa como o de maior densidade, com 37,3%, seguido de Londrina – Maringá – Paranavaí, com 30,5%. No 2º. eixo, o grupo de indústrias tradicionais apresenta-se com peso elevado, os produtos alimentícios representam 46,2% da produção estadual do ramo”.

Por outro lado, quanto à distribuição de renda, a desigualdade com que é feita é bem demonstrada na Tabela 2, onde se observa que apenas 25% das famílias detêm 61,1% da renda.

Tabela 2 – Distribuição da Renda em Londrina (1974)

% DAS FAMÍLIAS	% DA RENDA
50	17,2
25	21,6
15	26,9
10	34,3
100	100,0

Fonte: Plano Diretor do Sistema de Transporte Urbano, Londrina, 1974.

4.2 Estrutura demográfica

Quanto à população, de acordo com o censo de 1970, Londrina era a segunda de uma relação de 6 (seis) cidades paranaenses com população superior a 100.000 habitantes, e hoje (1978) as estimativas populacionais (FIBGE) apresentam o município como tendo 338.264 habitantes (tabela 3).

Tabela 3 – População estimada dos Distritos Rurais, Distrito Sede e Município de Londrina-PR, no ano de 1978.

DISTRITO	POPULAÇÃO	
	Nº	%
Distritos Rurais	82.333	24,4
Distrito Sede	255.931	75,6
TOTAL	338.264	100,0

Quanto à estimativa da distribuição da população nos distritos rurais em 1978, esta é a seguinte (Tabela 4):

Tabela 4 – População estimada, por distrito rural do município de Londrina, 1978.

DISTRITOS	(%)*	POPULAÇÕES	
		Censitária (1970)	Estimada (1978)**
Warta	(8,9)	5.113	7.327
Irerê	(16,8)	9.623	13.833
São Luiz	(9,2)	5.235	7.574
Paiquerê	(8,5)	4.883	6.999
Guaravera	(13,4)	7.661	11.032
Lerroville	(21,3)	12.161	17.536
Tamarana	(21,9)	12.525	18.032
TOTAL	(100,0)	57.206	82.333 ***

* Percentagens relativas à população censitária e usadas no cálculo da população estimada.

** Populações estimadas a partir das proporções por distrito de pop. censitária (1970) total dos distritos.

*** População estimada pelo método de extrapolação geométrica. Tabela modificada de SOARES (73) (1976).

Portanto, conforme se verifica, apesar da população rural continuar crescendo, 75,6% dos habitantes do município residem na área urbana de Londrina. Através de informações disponíveis, percebe-se em Londrina um índice de urbanização muito mais rápido do que a sua microrregião ou mesmo do que o próprio Estado (tabela 5).

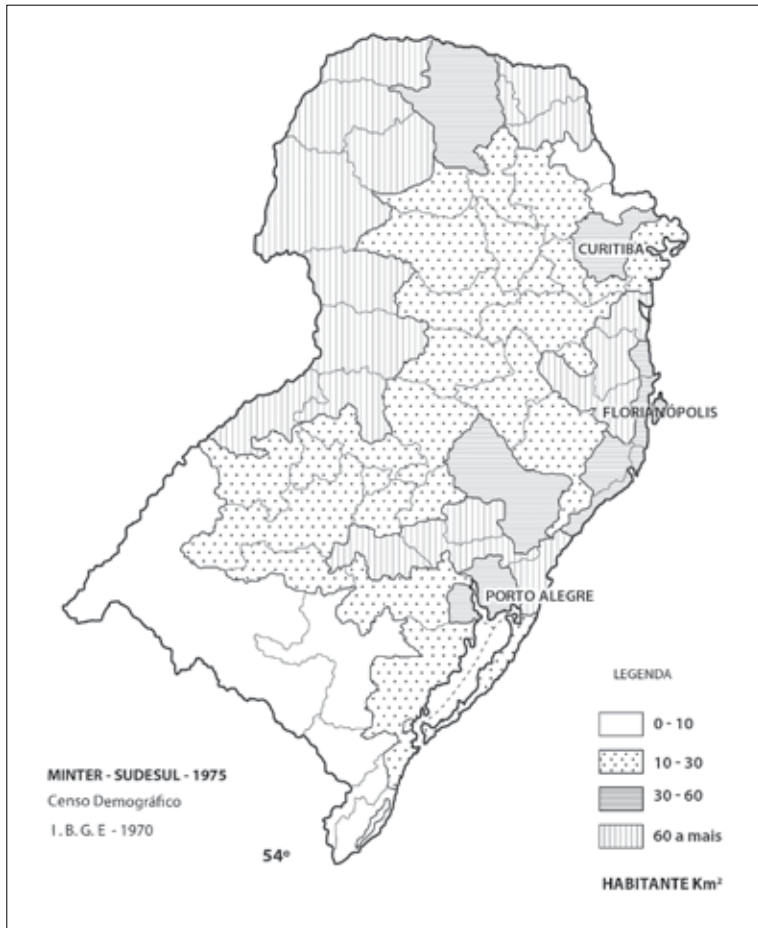
Tabela 5 – Distribuição porcentual do crescimento da população urbana e rural do Estado do Paraná, microrregião norte novo de Londrina e Município de Londrina, 1959, 1960 e 1970.

	ANO	URBANA	RURAL	TOTAL
		%	%	%
Estado do Paraná	1950	24,99	75,01	100
	1960	30,98	69,01	100
	1970	36,13	63,87	100
Microrregião Norte Novo de Londrina	1950	26,97	73,03	100
	1960	32,78	67,22	100
	1970	48,65	51,35	100
Município de Londrina	1950	47,94	52,06	100
	1960	57,40	42,60	100
	1970	71,70	28,30	100

Fonte: Fundação IBGE

Além da urbanização, a taxa de crescimento também é elevada – em torno de 8% ao ano no período 1960-1970. Também como resultado da estrutura fundiária implantada pelas empresas colonizadoras – como registra Nakagawara (53) – de pequenas e médias propriedades, a região de Londrina, juntamente com as regiões metropolitanas de Curitiba e Porto Alegre e litoral de Santa Catarina, é uma das 4 (quatro) áreas do sul do país com maior densidade demográfica (figura 3).

Figura 3 – Região Sul - Distribuição da densidade demográfica (Situação 1970)



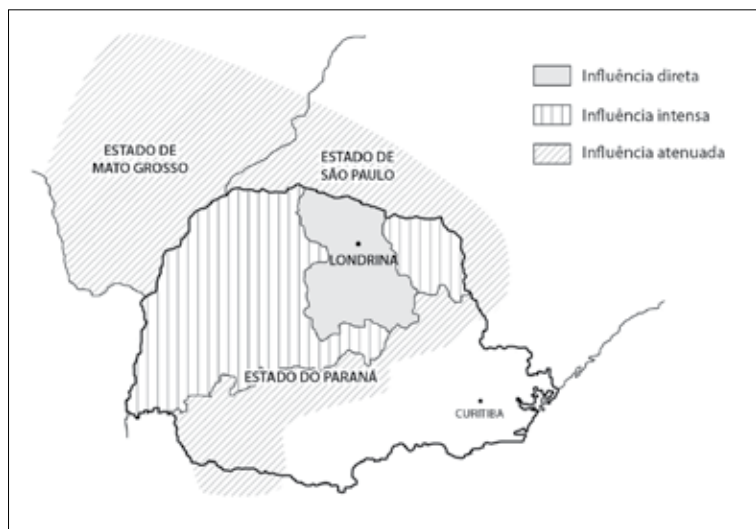
Quanto à estrutura demográfica segundo composição por faixa etária e sexo não há diferenças em relação ao geral do país. Segundo o Censo de 1970, a população materno-infantil do município perfazia 71,15% (tabela 6).

Tabela 6 – População Materno-infantil do município de Londrina (1970).

ESPECIFICAÇÃO	Nº	%
População infantil (0-19 anos, excluindo a população feminina de 15 a 19 anos)	104.874	45,97
População materna (mulheres de 15 a 49 anos)	57.449	25,18
	31	71,15

Fonte: Referência Bibliográfica nº. 53

Ainda ao ponto de vista demográfico, é importante registrar que, em função da cidade desempenhar o papel de polo urbano, sua área de abrangência atingia, em 1972, uma população em torno de 4,5 milhões de habitantes (figura 4).

Figura 4

Fonte: Nakagawara / as funções de Londrina e sua área de influência. Tese de doutorando apresentada a Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP - 1972

4.3. Morbomortalidade

No que diz respeito à distribuição das doenças e das mortes no município, dispõe-se de poucas informações, principalmente quanto à frequência de doenças que não chegam a levar à morte (são pouco notificadas, apesar da extensa legislação vigente). Segundo investigação do IBAM (14), em 1976, que incluiu Londrina, as doenças mais comuns registradas no Centro de Saúde foram poliomielite, meningite, disenteria, tuberculose, sarampo, tétano, desidratação.

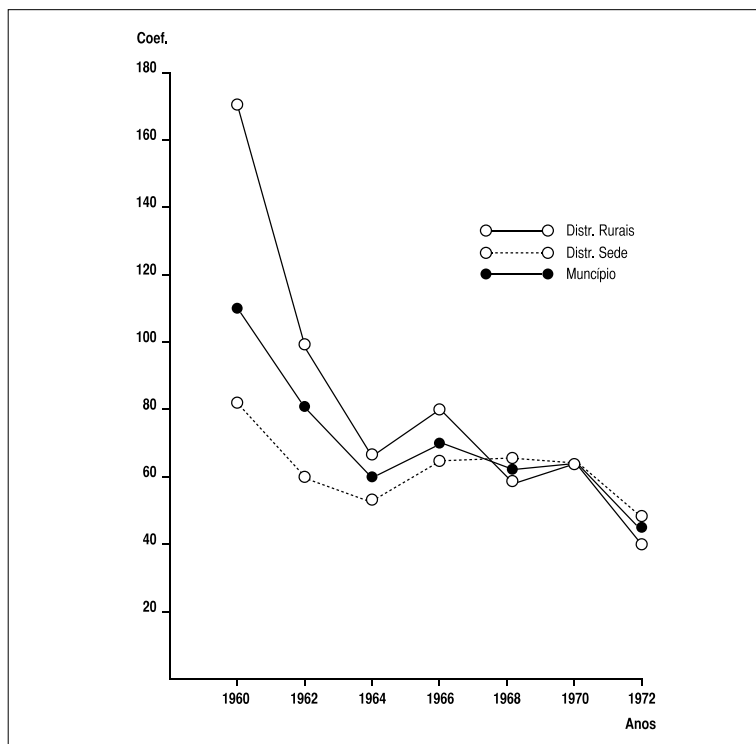
De acordo com informações obtidas junto ao 17º. Distrito Sanitário, o coeficiente de mortalidade infantil no município nos últimos anos registra a seguinte tabela:

Tabela 7 – Mortalidade infantil no município de Londrina, de 1974 a 1977.

ANO	COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL (/1.000 n.v.)
1974	76,47
1975	75,17
1976	68,13
1977	53,86

Essa tendência, aliás, já havia sido observada por Soares (73), que registrou as seguintes reduções do coeficiente de mortalidade infantil entre os anos extremos de sua investigação (1960 e 1972); para o município, 56,52%, para o Distrito sede de 39,70% e para os distritos rurais 75,17% (figura 5).

Figura 5 – Evolução do coeficiente de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) para os Distritos Rurais, Distrito Sede e Município, no período de 1960 a 1972.



Fonte: Referência Bibliográfica n.º 73

Apesar dessa evolução favorável, os coeficientes atuais não podem ser considerados representativos de uma população desfrutando de bom estado de saúde, ainda mais quando se sabe que esta frequência de mortes não é homogênea nos diversos grupos sociais.

É grande o número de mortes por doenças infecto-contagiosas, complicadas pelo precário estado de nutrição.

Segundo Guitti (29), 1974, 69,7% das crianças menores de 7 anos da periferia de Londrina eram acometidas de desnutrição proteico-calórica. Doenças como sarampo, diarreia, coqueluche, pneumonia e a sua elevada frequência em crianças e adultos em idade produtiva – em 1974, 26,1% dos óbitos ocorridos em Londrina correspondiam a crianças com menos de 1 ano de idade (informações obtidas junto à Diretoria Regional de Saúde da Região Sul da FSESP) – acarretam o diagnóstico de que Londrina não se constitui em exceção diante do quadro nacional, tendo a maioria da sua população um precário estado de saúde.

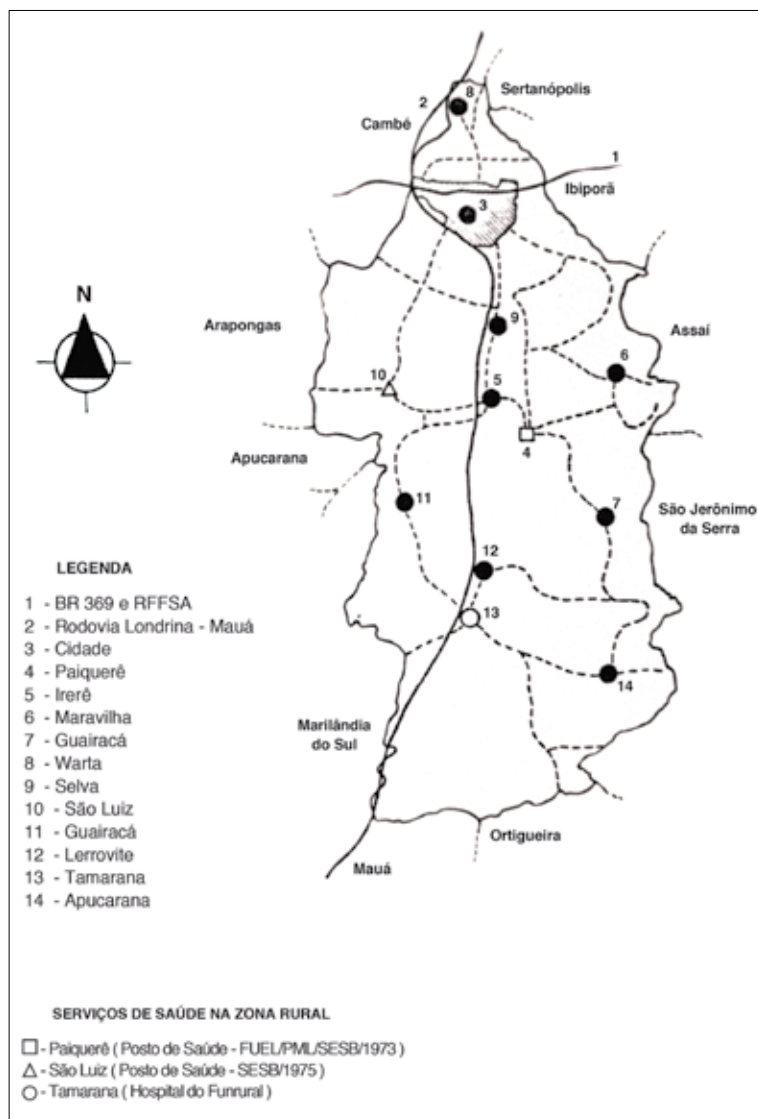
4.4. Organização Sanitária Local

Quanto ao sistema de serviços de saúde, apesar de o município aglutinar grande massa de recursos de boa qualidade, não há como distingui-lo de outras cidades brasileiras de porte médio. No início de 1977, segundo informações oficiais (54), existiam no município 14 hospitais com um total de 1.291 leitos (3,8 leitos por 1.000 habitantes) sendo que 56,7% concentrados nos 5 maiores (Hospital Universitário, Hospital Evangélico, Santa Casa, Hospital Infantil, Hospital São Leopoldo); 4 Pronto-Socorros, 1 Centro de Saúde, 2 Ambulatórios do INPS, 5 Postos de Saúde e aproximadamente 280 médicos e 175 dentistas. Em linhas gerais, a estrutura de prestação de serviços de saúde obedece às características vigentes na organização sanitária nacional vistas anteriormente e duas distorções são evidentes:

1^a) A preferência ao atendimento hospitalar em comparação com a pequena capacidade ambulatorial. Isso contribui para que os ambulatórios fiquem relegados a segundo plano, instalados em condições precárias, sem planejamento, com poucos funcionários e sem treinamento e supervisão adequados para o tipo de assistência requerida.

2^a) a desigual distribuição de serviços de saúde, na sua maioria concentrados no “miolo” urbano de Londrina. Esta centralização caracteriza o atendimento ao município e à região, não só para a população em geral como para os previdenciários e particulares. Além da centralização, há também concentração no médico em detrimento dos outros profissionais de saúde, principalmente no âmbito da enfermagem e auxiliares. Em relação aos médicos há concentração absoluta nos especialistas. Este fato é válido independentemente do tipo e a complexidade da assistência requerida. O atendimento ambulatorial também segue esta tendência, sendo centralizados tanto os ambulatórios da previdência social, como os da Universidade e os consultórios particulares (figura 6).

Figura 6 – Distribuição dos serviços de saúde existentes (1977) no Município de Londrina, com as principais estradas e Distritos Rurais.



Estas distorções resultam na cobertura precária de assistência médica fornecida às populações das vilas, bairros e distritos rurais, tanto pelas dificuldades de acesso que ocasionam (distância, condução, burocracia, gastos além dos recursos familiares), como pelos obstáculos à prestação de uma assistência nos estágios mais precoces de evolução das doenças. Consequentemente o atendimento se faz quando os casos já se agravaram bastante, em virtude das dificuldades de retorno e continuidade do tratamento (extremamente importante em casos de doenças crônicas).

Um indicador dessa precariedade em termos de cobertura é o baixo índice de conclusão de primo-vacinações obtido no município, conforme nos permite calcular os dados fornecidos pelo 17º. Distrito Sanitário (tabela 8).

Tabela 8 – Primo-vacinações, Sabin e DPT, realizadas em Londrina (1976).

DOSE	SABIN		DPT	
	Nº	%	Nº	%
1ª	11.361	(100)	4.891	(100)
2ª	5.250	(46)	2.784	(56)
3ª	2.767	(24)	2.293	(46)

Fonte: 17º. Distrito Sanitário da SESB

Outro indicador de baixa cobertura dos serviços de saúde existentes no município é o fato verificado por Keyla Marzochi, que, em sua investigação (46), observou um predomínio de óbitos na zona rural “explicado basicamente pelas menores condições locais de assistência médica”. Deve-se ressaltar que, no caso da doença meningocócica, a assistência médica é importante para prevenir a mortalidade.

A dificuldade de acesso tanto no sentido do doente para o serviço, como também no do serviço para o doente, torna impossível o dinamismo através da visita domiciliar, que é fundamental para o controle da saúde de uma comunidade.

Além destas distorções provocadas por um modelo centralizador (espacial e tecnológico) de organização do setor saúde, persiste como característica da organização municipal a multiplicidade de instituições (INAMPS, IPE, SUCAM, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde) atuando sem qualquer mecanismo de coordenação que evite competição de atividades e promova a diminuição dos custos operacionais.

Há um nítido predomínio da forma “liberal” da medicina, financiada pela Previdência Social, pois como divulgou o próprio INPS (33), em 1975 a Previdência Social “utilizava 44% dos consultórios instalados, 54% dos leitos hospitalares disponíveis e 46% dos médicos existentes”.

Apesar dos incentivos contidos no “Projeto Londrina” – entre as estratégias do referido Projeto, incluiu-se “a criação de condições para o surgimento de empresas de prestação de serviços médicos na região” – e do fato de o Paraná ser a terceira Unidade da Federação em número de pessoas cobertas pela medicina de grupo – 84.589 pessoas através de 229 convênios (8) –, a agência do INAMPS de Londrina só tem 9 convênios-empresa celebrados, abrangendo 809 segurados (32).

Por outro lado, reflete-se na demanda médico-assistencial a condição de polo regional exercida por Londrina, pois em pesquisa por amostragem feita em hospitais e clínicas de diversas especialidades, foi observada uma grande utilização dos mesmos pela população regional. “Nos hospitais de Clínica Geral, 88,03% dos internados procedem de Londrina, 11,5% procedem de vários municípios do Norte do Paraná. Quanto

ao atendimento especializado, 44,16% do total de atendimento procede de outros municípios. Enfim, pode-se perceber que o equipamento médico-hospitalar de Londrina atende a uma área distribuída regularmente pelos municípios norte-paranaenses, embora com menor frequência a noroeste, mas penetram ao sul dos rios Ivaí e Piquiri, recebendo pacientes dessas áreas, principalmente para as clínicas especializadas” (54).

Esta situação é em parte explicada pelo fato de a cidade de Londrina dispor do total de recursos disponíveis pela agência da Previdência Social (que abrange 19 municípios), 99% dos médicos contratados, 46% dos leitos hospitalares contratados e 98% dos consultórios contratados (33).

Um outro indicador da distribuição de serviços sanitários “lato sensu” é o das condições de saneamento do meio; a população abastecida por rede geral de água representa 78% do total e a servida pela rede coletora de esgotos, 22% (37).

4.5. Histórico

O processo de envolvimento da Prefeitura do Município de Londrina, na organização e prestação de serviços de saúde à população, pode ser entendido através da análise das suas etapas mais importantes.

1969/71 – marcada pela estruturação da Secretaria de Bem-Estar Social (Lei nº. 1.578/69) e pela criação do Serviço Municipal de Pronto-Socorro (Lei nº. 1.639/70). O primeiro órgão passou a desenvolver, em regime de administração direta, atividades nas áreas de assistência social e saneamento. O segundo, sob a forma de entidade autárquica, iniciou a prestação de serviços médicos de urgência em regime ambulatorial, contando com alguns leitos para observação e dependendo

dos hospitais privados da cidade para encaminhar os casos de internação. Este aspecto limitava, já no primeiro ano de funcionamento do Pronto-Socorro, sua capacidade e qualidade de atendimento; pois nem sempre havia facilidades para hospitalização ou mesmo para um atendimento ambulatorial mais especializado (16).

Também foi nesse período que se deu a implantação, pela Prefeitura e pela Universidade, de dois Postos de Saúde, localizados em bairros periféricos (Vila da Fraternidade e Jardim do Sol) e cuja finalidade principal era servir como campo de estágio de alunos do curso de medicina, através da prestação de uma atenção médica integral.

Entendemos como motores principais dessas iniciativas no setor de saúde municipal, a crescente urbanização do município e o progressivo depauperamento das condições de vida e de saúde de parcelas significativas de sua população. A eleição, em 1968, pela primeira vez no município, de um Prefeito, médico-cirurgião, ex-Secretário de Saúde do Estado, vinculado ao partido opositor e que tinha como lema da campanha eleitoral “A Saúde do Povo é a Suprema Lei” e a estruturação do curso médico pela Universidade, que possibilitou a vinda de professores com formação e experiência na área de Saúde Pública, também são consequência de um quadro regional em transição, quer do ponto de vista socioeconômico, quer do ponto de vista político.

1972/76 – Esta etapa foi marcada pela reestruturação da administração municipal, passando a Secretaria de Bem-Estar Social a denominar-se Secretaria de Saúde e Promoção Social (Lei nº. 2.297/73), reorientação da dinâmica funcional (técnica e administrativa) dos dois Postos de Saúde pioneiros e abertura de um terceiro, localizado na zona rural (Distrito

de Paiquerê). Do ponto de vista técnico, esta reorientação deu-se devido à constatação de que o médico passava grande parte de seu tempo atendendo situações simples como: pré-natal, puericultura, diagnosticando e tratando verminoses, gripe, escabiose, diarreias. Devido à alta frequência de tais condições na população, pacientes acometidos de patologias mais complexas encontravam dificuldades em serem atendidos, devido à grande demanda por aquelas causas. Surgiu, em consequência, a ideia de delegar essas patologias simples aos auxiliares que, após treinamento, aprenderam a diagnosticá-las e tratá-las sob supervisão, utilizando medicamentos padronizados. “Estes procedimentos mostraram-se altamente viáveis, a unidade de saúde passou a ser melhor utilizada pela população, principalmente em relação às consultas médicas, pois os médicos passaram a ter mais tempo para se dedicar à resolução de outros problemas que exigiam maiores conhecimentos especializados e que antes pouco chegavam à unidade, devido à grande demanda” (34).

Ao mesmo tempo, a experiência prática e o estudo de modelos de outros países deixaram clara a função destes Postos dentro de um sistema hierarquizado de prestação de serviços de saúde, chamando a atenção para o papel fundamental dos órgãos de retaguarda, do médico geral, da supervisão. Características que definem a atenção primária de saúde. Do ponto de vista administrativo a reorientação foi no sentido de transferir o quadro de pessoal para a Universidade e esta assumiu a administração direta dos Postos de Saúde, ficando a Prefeitura com o compromisso de transferir recursos financeiros para auxiliar na sua manutenção.

Ainda nesse período foram firmados dois Convênios entre Prefeitura e Universidade. Um destinado à manutenção

do Pronto-Socorro (1972); como consequência, seus serviços passaram a ser prestados por pessoal universitário no próprio Pronto-Socorro do Hospital Universitário, enquanto a municipalidade comprometia-se a transferir, sob a forma de subvenção, uma quantia fixa anualmente. O outro convênio, firmado em 1973, formalizava a integração entre as duas instituições no sentido de assegurar o funcionamento dos Postos de Saúde da Vila da Fraternidade, Jardim do Sol e distrito rural de Paiquerê.

Também nesse período, mais precisamente no final de 1974, teve início entendimentos que resultaram, no ano seguinte, na celebração de um convênio entre a Universidade, a Fundação Kellog e a OPS instituindo o Programa Comunitário de Atenção à Saúde Familiar (PROCAF), através do qual são alocados recursos financeiros à Universidade para que a mesma amplie o número de Postos periféricos e dê ênfase ao atendimento materno-infantil.

Conforme pode ser deduzido, esta etapa representou uma significativa alteração no trabalho, na medida em que se identificou a atenção primária de saúde como modelo a ser praticado. Esta reorientação deu-se, no entanto, no interior da própria Universidade, uma vez que a municipalidade, apesar do novo Prefeito também ser profissional de saúde – dentista – e membro do partido da oposição, não deu continuidade ao seu envolvimento na experiência. Implantou-se somente um posto durante todo esse período. Também por parte da nova administração central da Universidade, empossada em 1973, e que aos poucos constituiu-se num dos baluartes do Governo do Estado e, portanto, do partido situacionista, não houve interesse concreto em ampliar fisicamente a experiência.

A nosso ver, essas são as duas forças políticas que merecem ser analisadas quando se preocupa com as razões dos rumos

do trabalho. As demais forças, representadas por Sindicatos, órgãos de classe, como, por exemplo, a Associação Médica local, Igreja, jamais se manifestaram a respeito. Universidade e Prefeitura, pelo contrário, eram (e são) não só sujeitos do trabalho, como equilibram-se, do ponto de vista orçamentário e político, no jogo de interesses existentes no município.

1977/78 – Esta etapa foi marcada pela ênfase na ampliação dos serviços de atenção primária de saúde, configurada na abertura de 4 Postos em 1977 (V. Nova e Jardim Bandeirantes, urbanos; Irerê e Tamarana, rurais) e mais 4 em 1978 (Conjunto Habitacional Ruy Virmond Carnascialli, urbano; Maravilha, Warta e Lerroville, rurais), administrados diretamente pela Prefeitura, além de um Posto em Guaravera (rural) aberto pela Universidade em conjunto com a Secretaria de Saúde do Governo do Estado (SESB).

Outro acontecimento marcante desta etapa foi a não renovação do convênio entre Prefeitura e Universidade para manutenção conjunta do Pronto-Socorro, ocasionada por divergências em torno da pretensão da Universidade em reformular o relacionamento financeiro preexistente, propondo à Prefeitura a implantação do modelo de pagamento por unidade de serviço. Essa proposta, inaceitável pela Prefeitura devido às consequências econômico-financeiras que o modelo de pagamento por unidade de serviço enseja (49), teve como elementos de argumentação, por parte da Universidade, a interpretação de que compete à municipalidade manter serviço de Pronto-Socorro e o entendimento de que a assistência médico-hospitalar às pessoas não contribuintes da Previdência Social é de responsabilidade do poder público municipal. Como veremos adiante, tais argumentos foram rebatidos pela Prefeitura, inclusive com base em pareceres oficiais dos Ministérios de Saúde e da Previdência Social, sem, no entanto, conseguir-se uma base para o entendimento.

Também nesta etapa deu-se a reformulação legal e administrativa (Lei nº. 2.811/77) da Autarquia do Serviço Municipal de Pronto-Socorro, criada em 1970. Essa reformulação visou ampliar o campo de atuação da Autarquia, com vistas a adequá-la para assumir a direção dos Postos de Saúde e da projetada Unidade Integrada de Saúde. Além disso, conforme registra a exposição de motivos que acompanha o Projeto Lei que o Executivo Municipal encaminhou à Câmara de Vereadores; “Outro motivo a ser destacado é o da impossibilidade de se pretender criar serviços de medicina preventiva dicotomizados de serviços de medicina curativa, mesmo porque este fato já permitiu a formação de um consenso entre sanitaristas e planejadores de saúde sobre as inúmeras vantagens de se estruturarem serviços integrados” (36).

Motivo igualmente relevante para a reformulação proposta foi o de permitir à municipalidade uma maior agilidade administrativa no campo da saúde. Através de uma Autarquia de Serviço Municipal **de Saúde** e não somente de **Pronto-Socorro**, a Prefeitura aumentou sua capacidade de captação de recursos, como efetivamente veio a ocorrer posteriormente com a celebração do convênio com o INAMPS (23/10/78).

Do ponto de vista das razões destas alterações ocorridas – rápida ampliação e rompimento de relações entre as duas Instituições centrais da experiência – identificamos um aprofundamento das divergências existentes entre os interesses políticos polarizados na Prefeitura e na Universidade. A administração atual, apesar do Prefeito não ser profissional da saúde, tem um passado eleitoral de compromisso com a população, notadamente a rural e da periferia urbana, e com o ex-prefeito (Gestão 68/72), de implantar e manter serviços de saúde gratuitos. Por outro lado, a facção dirigida pelo atual

Prefeito não mantém relações (de amizades, de interesses) com os grupos dominantes da política estadual. Isto tem servido para manter afastada qualquer possibilidade de entendimento entre Prefeitura e Universidade no campo específico da saúde. Daí porque o crescimento uni-institucional da experiência de Londrina.

Esta análise histórica da participação da municipalidade na organização e prestação de serviços de saúde, por si só, é insuficiente para se compreender com clareza a experiência em desenvolvimento no município de Londrina. Para consubstanciá-la impõe-se a caracterização, ainda que sumária, dos obstáculos enfrentados, notadamente no decorrer da etapa atual que se reveste de maior amplitude e profundidade, pelo menos no âmbito da Prefeitura. Essa caracterização de obstáculos é o que tentaremos abordar no próximo capítulo.

4.6. Bases da Política Municipal de Saúde

Mas antes de comentar os obstáculos enfrentados é importante registrar com destaque as diretrizes da atual Política Municipal de Saúde (39), cujo delineamento foi orientado tanto pelo compromisso político-eleitoral assumido junto à população, como pelo quadro fornecido pela situação da organização de serviços de saúde existentes no município e pelo estado de saúde e socioeconômico da população.

4.6.1. Descentralização dos serviços

Esta diretriz não tem nada a ver com a tão propalada “interiorização do médico ou da medicina”. A nosso ver uma cobertura mais ampla, justa e uniforme de assistência médico-

sanitária está na dependência da reformulação do sistema de serviços de saúde, onde a linha de frente deve ser “interiorizada” tanto geográfica como socialmente.

Compreende a localização de novos serviços de saúde em áreas rurais e peri-urbanas, procurando dessa forma desconcentrar a atual distribuição dos mesmos. Sua localização, baseada em critérios de distribuição populacional, tem a finalidade de facilitar o acesso das pessoas aos serviços, bem como de permitir uma atuação mais dinâmica dos membros da equipe de saúde. É evidente que a garantia de acessibilidade não depende unicamente da localização geográfica dos serviços⁸, mas, desde que os outros fatores que para ela contribuem estejam sendo considerados, sua efetivação é fundamental.

4.6.2. Ampliação da Cobertura dos Serviços de Atenção Primária de Saúde

A atenção primária é uma estratégia para a expansão da cobertura dos serviços de saúde. Consiste na conjugação de atividades destinadas ao atendimento das necessidades básicas

8. De acordo com a Reunião Especial dos Membros de Saúde das Américas (66), o conceito de acessibilidade deve ser subdividido da seguinte maneira:

- a) acessibilidade geográfica, ou seja, a distância, o tempo de locomoção e os meios de transporte devem determinar a localização dos estabelecimentos e não áreas de jurisdição;
- b) acessibilidade financeira, ou seja, os pagamentos ou contribuições para utilização dos serviços não devem constituir obstáculos;
- c) acessibilidade cultural, ou seja, não deve haver conflito entre os padrões técnicos e administrativos dos serviços e os hábitos, padrões culturais e costumes das comunidades em que sejam prestados;
- d) acessibilidade funcional, ou seja, os serviços devem ser prestados oportunamente e em caráter contínuo, bem como estar disponíveis em qualquer momento, atender à demanda real e incluir um sistema de referência que assegure fácil acesso ao nível de assistência que se requer.

das comunidades no que se refere à saúde. A longa preocupação da OMS com o problema de estender a cobertura sanitária às populações, principalmente rurais e/ou desassistidas, levou-a em fins de 1974, ao conceito de “assistência sanitária primária” ou atenção primária de saúde. Para a própria OMS, esse tipo de assistência é conceituado, basicamente, por certos elementos indispensáveis, ou seja, “aquelas medidas que, sendo simples e eficazes quanto ao custo, técnica e organização, são facilmente acessíveis e permitem melhorar as condições de vida” (81). Ou seja, o que numa abordagem mais próxima da epidemiologia pode ser conceituada como o conjunto de medidas a serem tomadas nos período pré-patogênico e de patogênese precoce. Logo, para que toda a população seja beneficiada, os recursos existentes devem ser organizados hierarquicamente. Flahault apud Tornero (89), comentando o conceito acima, diz que a atenção primária à saúde “tem ao menos a vantagem de sugerir, graças ao adjetivo “primária”, outros tipos de assistência (secundária, terciária, etc.) e o mérito de indicar que se trata somente de um primeiro passo na ação dos serviços de saúde para resolver o problema da saúde com que tropeça um indivíduo ou uma coletividade”. Para este mesmo autor, os órgãos prestadores dessa assistência são “as unidades periféricas, que incluem pequenos postos rurais, centros de saúde e hospitais (rurais e locais).

O pessoal de linha, fundamental, precioso, é o auxiliar de saúde. Para melhor compreensão do conceito de auxiliar de saúde, inclusive do ponto de vista histórico, consultar Tornero (80); quanto às atribuições do auxiliar de saúde empregado na experiência de Londrina, consultar o trabalho de Ito et al. (34). Por outro lado, assistência secundária, terciária, define o conceito de órgão de apoio ou retaguarda. Um órgão terciário (exemplo: Hospital Universitário ou equivalente) serve de apoio a órgãos

de atenção secundária; este o é para os de atenção primária. É quase impossível pensar num efetivo funcionamento da rede de atenção primária de saúde sem conseguir um compromisso com os serviços de atenção secundária. O que, por outro lado, não deve resultar na sofisticação da rede primária com o intuito de contornar o problema do não atendimento dos encaminhamentos. O treinamento do pessoal auxiliar está relacionado com essa hierarquização, conforme explica a OMS: “A formação recebida permitirá a esses trabalhadores (auxiliares) assumirem certas tarefas e funções bem determinadas, dotando-os dos conhecimentos precisos para determinar e compreender as necessidades e os problemas relacionados com a saúde que excedem a sua competência e que devem remeter a outros serviços (de retaguarda) para a adoção das medidas oportunas” (81).

O médico geral, por sua vez, não é um superespecialista; tampouco é um “médico simplificado”. Sua função só pode ser compreendida quando existe hierarquização dos serviços; se tal não ocorrer, o médico geral não tem sentido. Scott apud Tornero (81) apresenta duas características que o distingue de qualquer outro profissional da medicina: 1. o doente tem acesso livre e direto ao mesmo e 2. o médico geral se encarrega da continuidade da assistência. “O paciente do médico geral pode ter”, diz Scott, “qualquer doença”. O médico geral também necessita de profissionais “secundários, terciários”; o especialista é seu órgão de retaguarda, assim como o Hospital Regional o é para o Hospital Municipal ou local. No entanto deve estar apto para o controle de um doente que foi por ele mandado ao especialista, teve seu problema controlado e lhe é devolvido.

Portanto, ampliar a extensão de serviços de saúde à população, segundo o modelo da atenção primária de saúde,

constitui diretriz das mais destacadas da atual Política Municipal de Saúde.

4.6.3. Coordenação interinstitucional

Uma vez que, em geral, os reais objetivos das instituições não são coincidentes, uma verdadeira coordenação é de difícil viabilização. Daí porque não se pretender, no atual estágio do trabalho, envidar esforços pela integração de instituições e intersetorial, numa perspectiva de Regionalização. Na medida em que se tem uma concepção mais complexa do conceito de regionalização do que a simples perspectiva espacial (função racionalizadora/administrativa), e sim de que sua prática implica em transformações profundas (técnicas e administrativas) para cumprir com uma função sociopolítica de satisfação das necessidades de saúde, sua proposição não nos parece ser oportuna no momento. Entretanto, é o espírito desta diretriz, e, neste sentido, algum grau de colaboração deve ser tentado desde que não transgrida as demais diretrizes que norteiam a Política Municipal de Saúde. Esta colaboração poderia ser oficializada, dependendo dos entendimentos, através de uma espécie de Conselho Municipal de Saúde constituído por representantes das principais instituições prestadoras de serviços de saúde no município. Uma das primeiras tarefas coletivas poderia ser a identificação dos programas assistenciais prioritários, levando em conta o conhecimento epidemiológico que se tem sobre a distribuição das doenças no município e região. Deste conhecimento e das alternativas tecnológicas de solução que se dispõe, poderia se cogitar da aplicação do modelo de regionalização, que visaria distribuir as atividades relativas aos programas, bem como as unidades prestadoras de serviços, segundo um sistema de níveis de atenção e respectivos perfis funcionais que poderiam ser:

Nível I – Posto de Saúde – Atividades: consulta médica geral (em caráter não permanente); pequenos curativos/atendimentos de emergência; consulta materno-infantil (pré-natal e puericultura); odontologia sanitária; reconhecimento e atendimento de sintomas e doenças simples; visitação domiciliar; colheita de material para exames; imunização; vigilância epidemiológica; educação para saúde; coleta de dados; orientação alimentar e de melhoria do saneamento domiciliar. Estas atividades, com exceção de consulta médica, devem ser executadas pelo auxiliar de saúde em áreas urbanas ou rurais com população em torno de 10 mil habitantes. Os auxiliares de saúde devem ser recrutados, preferencialmente, na própria localidade.

Nível II – Centro de Saúde – Atividades: as do nível I mais: consulta médica especializada nas áreas de pediatria, obstetrícia e clínica médica; consulta odontológica; internação de observações; radiologia básica (de técnica simplificada); laboratório básico (idem); supervisão das atividades do nível I.

Os níveis I e II devem compor uma rede básica de saúde, de responsabilidade multi-institucional com participação obrigatória da Prefeitura Municipal, da Secretaria Estadual de Saúde, da Previdência Social e de outras Instituições. No nível de Unidade de Federação a coordenação dessas Instituições poderá ser centrada pela Secretaria de Saúde.

Nível III - Hospital Geral (Distrital ou Municipal) e/ou Unidade Ambulatorial Especializada – Atividades: as dos níveis I e II; Consultas médicas especializadas (de acordo com a nosologia da área); hospitalização em Clínica Geral, Clínica Cirúrgica, Obstetrícia e Emergências; Exames laboratoriais e radiológicos diferenciados.

Nível IV – Hospital Regional – Atividades: clínicas, cirúrgicas, gerais e especializadas; condutas diagnósticas e terapêuticas especializadas. Constitui-se no recurso máximo de saúde da região.

É evidente, no entanto, que modelos semelhantes a esses permanecerão inviáveis enquanto persistir a desintegração entre as ações preventivas e curativas e entre Instituições como, inclusive, é reforçado pela proposta do Ministério da Saúde (12) de duas redes de prestação de serviços de saúde – uma médico-hospitalar e outra, médico-sanitária – baseada no critério de distinção entre “necessidades sentidas e não sentidas”. Ou seja, propondo a manutenção da dicotomia entre ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Mais correto seria, como indica o relatório final da VI Conferência Nacional de Saúde (1977), “definir-se a regionalização dos serviços composta por uma rede única de complexidade crescente”. Neste caso, o critério passa a ser o da identificação de diferentes níveis de complexidade das ações.

4.6.4. Participação comunitária na organização dos serviços e nas ações de saúde

Esta diretriz é entendida como sendo a busca de uma ampla colaboração entre serviço de saúde e população com a qual, para esta última, o benefício imediato seria a difusão do conhecimento médico, cuja propriedade, como salienta Vasco (82), “é uma das formas principais de propriedades num sistema como o nosso, propriedade que é zelosamente guardada pelos profissionais como um patrimônio próprio e exclusivo”, que limita qualquer perspectiva de participação. Nesse sentido, tem destaque o desempenho da equipe de saúde, principalmente os auxiliares, não só na prestação dos serviços como na identificação e discussão dos problemas de

saúde juntamente com a comunidade.

Para o serviço de saúde, desde que este parta de uma orientação de compromisso com a população, o benefício maior será de conhecimento do modo de vida e de trabalho da comunidade que em última análise determina seu nível de saúde, bem como da percepção de seus canais de expressão e reivindicações. Como preconiza o projeto do Norte de Minas (67), “é prevista e buscada a participação efetiva da comunidade não apenas no consumo ou execução, mas também na definição de suas necessidades, programação, produção e avaliação (...) a população não é encarada como alvo passivo de ações, uma consumidora inerte de produtos cuja origem está fora de seu horizonte; a potencialidade criativa e reflexiva do povo é percebida e levada em conta e abrem-se canais para sua manifestação. A pauta de atividades a serem desenvolvidas nasce do diálogo entre o povo e o técnico, numa aproximação onde não há relações verticalistas, mas de horizontalidade”.

Enfim, extravasar o conhecimento e o debate acerca das práticas e das políticas de saúde para o seio da população é o propósito desta diretriz. Para que isto se constitua numa realidade é necessário não só que os serviços de saúde sejam abertos à comunidade, o que pressupõe uma “abertura” interna, ou seja, um clima de debate franco e poder decisório distribuído entre todos os membros da equipe de saúde, mas também de mudanças políticas mais gerais a fim de que a proposta de participação em saúde não fique isolada da possibilidade de participação nas demais áreas de atividade social. Em vista das circunstâncias específicas de nosso país é necessário reconhecer as dificuldades que existem para uma participação de tal natureza, quanto a esta parte de uma proposta do setor saúde. No entanto e apesar desta limitação, pode-se esperar que uma

participação setorial sirva como estímulo adicional no sentido de contribuir para uma participação mais ampla e real.

4.6.5. Inserção do Plano Municipal de Saúde no contexto de um planejamento integrado de desenvolvimento do município

O menosprezo pelos condicionantes econômicos e sociais do estado de saúde da população e da própria estrutura de serviços médico-assistenciais tem acarretado a elaboração de inúmeros planos malogrados de saúde. A superação deste obstáculo consiste na atuação conjunta, com os outros setores da administração municipal, sobre as questões de interesse comum e das quais em muito depende a eficácia das atividades do setor saúde municipal. Não se pretende, com esta diretriz, enveredar pelo caminho do tecnocratismo, muito bem sinalizado por Cordeiro (20): “A Carta de Punta del Este assinala um momento importante na história do planejamento na América Latina. Considerando-se a necessidade de que fossem elaborados planos integrados de desenvolvimento incluindo o setor social. (...) A concepção de desenvolvimento contida nos planos integrados era o de um processo equilibrado e harmônico de pequenos avanços em cada setor que confluiriam cumulativamente para o desenvolvimento. A ideologia de mudanças lentas e progressivas, planificadas, envolveu as concepções sobre o planejamento do setor social e, neste, o de saúde”. Como dissemos anteriormente, pretende-se, com esta diretriz, mais uma atuação conjunta com os demais setores da administração municipal, principalmente o nível decisório, através do acompanhamento e percepção das tendências de crescimento urbano e industrial do Município. Neste sentido é que não nos preocupamos em elaborar nenhum “plano” propriamente dito. Concordamos com Lordello de Mello (51)

quando diz: “Trocados em miúdos, mais vale um processo permanente de planeamento articulado com o poder decisório, especialmente em matéria de orçamento e execução, sem que haja qualquer plano, do que os mais perfeitos e acabados planos sem um processo permanente que lhes assegure a implantação”.

Como se pode verificar, o trabalho obedece a diretrizes semelhantes a outras experiências em andamento no país (PIASS, PPREPS, Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas), diferindo, no entanto, pelo fato de se dar em um município altamente urbanizado onde é forte a concorrência da forma dominante de organização da medicina brasileira, o que não ocorre com a maioria dos demais projetos, geralmente dirigidos a populações rurais e desassistidas. Este aspecto deve ser levado em conta, pois é evidente que as características do município e da região são fatores determinantes do trabalho quando se pensa em sua expansão, apesar do mesmo não conter diretrizes antagônicas às da atual Política Nacional de Saúde, pois se insere como modelo complementar à organização dominante no setor, introduzindo muito mais elementos para sua racionalização, embora os germes de elementos alternativos à atual organização de serviços também estejam presentes na sua prática.

No nosso ponto de vista, portanto, a atenção primária de saúde, a exemplo da medicina comunitária, não se constitui num modelo alternativo à atual Política Nacional de Saúde, mas, como salienta o informe conjunto (57) do Diretor Geral da OMS e do Diretor Executivo da UNICEF, “é muito mais que uma simples extensão dos serviços básicos de saúde; abrange fatores sociais e de desenvolvimento e se aplicada da maneira apropriada influirá no funcionamento do resto do sistema de saúde”.

5. O TRABALHO. DESENVOLVIMENTO E OBSTÁCULOS.

Nesses dois anos (1977 e 1978) de nossa participação mais direta no trabalho de ampliação da rede básica de serviços de saúde do município, que é no que se concentra ultimamente a experiência de Londrina, enfrentou-se uma série de dificuldades. Segundo o depoimento de pessoas envolvidas no trabalho desde o seu início (1970) e mesmo do nosso próprio conhecimento, fruto de acompanhamento que sempre mantivemos com o mesmo, as dificuldades no período 1977/1978 têm sido de características distintas. Se na fase de implantação do trabalho (1970/1976) predominaram as dificuldades mais de cunho técnico (o que não significa que não tenham sido também políticas), resultantes da reformulação ocorrida em 1974 no funcionamento dos Postos de Saúde, ultimamente têm sido grandes as dificuldades devido aos aspectos político-institucionais. Do ponto de vista técnico, a experiência acumulada nos anos anteriores tem permitido uma reprodução mais facilitada do modelo, o que não significa ausência de obstáculos também neste aspecto.

Antes de abordarmos mais precisamente os obstáculos que têm sido enfrentados neste período mais recente, que denominamos de fase de ampliação do trabalho, julgamos

oportuno traçar um quadro geral das áreas de atuação e pessoal envolvido nas atividades de prestação de serviços de saúde da experiência em desenvolvimento no município de Londrina.

5.1. Desenvolvimento do trabalho

Além dos três (3) Postos de Saúde pioneiros (V. da Fraternidade, Jardim do Sol e Paiquerê), palco das reformulações técnicas ocorridas em 1974 que obedeceram às linhas gerais da atenção primária de saúde no que diz respeito às atividades desenvolvidas no nível básico do modelo, a Universidade, em conjunto com a Secretaria de Saúde do Governo do Estado implantou em 1978 mais um Posto. A Prefeitura, por outro lado, através da Secretaria de Saúde e Promoção Social e da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde, implantou oito Postos de Saúde.

Para a instalação física dos Postos serviu-se de facilidades já existentes: parte das dependências de creches, prédios de ex-agências bancárias, dependências reformadas de subprefeituras (distritos rurais) e de parques infantis.

A área de atuação de cada Posto de Saúde é delimitada e o atendimento é prestado a todos os moradores da área, não importando serem ou não previdenciários. A população total das áreas de atendimento dos doze (12) postos é estimada em 122.995 habitantes. Ressalte-se que esta é a população da área e não necessariamente população coberta. (Tabela 9)

Tabela 9 – Distribuição dos Postos de Saúde segundo ano de implantação, instituições mantenedoras, administração e população abrangida.

POSTOS DE SAÚDE	ANO DE IMPLANTAÇÃO	INSTITUIÇÕES MANTENEDORAS	ADMINISTRAÇÃO	POPULAÇÃO DA ÁREA
V. da Fraternidade	1970	FUEL/PML	FUEL	13.500
Jardim do Sol	1971	FUEL/PML	FUEL	11.000
Paiquerê (rural)	1973	FUEL/CRUTAC/PML	FUEL	6.999
Jardim Bandeirantes	1977	PML	PML	8.500
Vila Nova	1977	PML	PML	7.500
Irerê (rural)	1977	PML	PML	7.833
Tamarana (rural)	1977	PML	PML	18.032
Guaravera (rural)	1978	FUEL/SESB	FUEL	11.032
Maravilha (rural)	1978	PML	PML	6.000
Leroville (rural)	1978	PML	PML	17.536
Camascialli	1978	PML	PML	7.736
Warta	1978	PML	PML	7.327
TOTAL				122.995

O quadro de pessoal dos Postos é constituído de trinta e um (31) auxiliares de saúde, oito (8) médicos e quatro (4) enfermeiras. O regime de trabalho é tempo integral e dedicação exclusiva, com exceção de um médico que desenvolve atividades em 24 horas semanais. A tabela 10 especifica um pouco mais estas informações.

Tabela 10 – Distribuição de consultórios e carga horária de trabalho da equipe e saúde que desenvolve atividades nos Postos de Saúde de Londrina, 1978.

LOCALIZAÇÃO	Nº DE	Nº DE AUXILIARES	Nº DE	Nº DE H / MÉDICO
	CONSULTÓRIOS	DE SAÚDE	ENFERMEIRAS	/ SEMANAIS
		(8h / dia)	(h semanais em supervisão)	(médico geral)
V. da Fraternidade	04	04	09	07
Jardim do Sol	04	04	09	07
Paiquerê (rural)	04	03	09	07
Jardim Bandeirantes	02	04	06	07
Vila Nova	02	03	06	07
Irerê (rural)	02	02	06	04
Tamarana (rural)	02	02	06	03
Guaravera (rural)	01	02	06	07
Maravilha (rural)	02	01	06	03
Lerroville (rural)	01	02	06	03
Warta (rural)	02	01	06	03
Carnascialli	02	03	06	06
TOTAL	28	31	81	64

Ressalte-se que a diferença de horas/semanais de trabalho, dos médicos e das enfermeiras, em relação à carga horária de contratação, corresponde a atividades didáticas teóricas (no caso do pessoal com vínculo universitário) e a atividades de coordenação e administração geral (no caso do pessoal anteriormente citado e o da Prefeitura).

As atividades desenvolvidas nos Postos são as seguintes: curativo, aplicação de injeções, vacinação (Sabin, Tríplice, Dúplice, antitetânica, antivariólica, BCG-ID e anti-sarampo),

atendimentos de enfermagem, atendimento médico e visita domiciliar.

O atendimento de enfermagem inclui:

- a) orientação e controle de pré-natal e hipertensão arterial e puericultura.
- b) diagnóstico e tratamento de: verminose, piodermite, escabiose infectada ou não, diarreia, obstipação, intertrigo, dermatites seborreica e amoniacal, granuloma umbilical e gripe.

Estes atendimentos são realizados por auxiliares de acordo com normas e rotinas padronizadas constantes do Manual das Unidades e supervisionados por enfermeiras de saúde pública. Esta supervisão é contínua, mas não em tempo integral. O atendimento médico, realizado por médico geral em um ou dois períodos semanais, constitui-se em um segundo nível de atendimento perfeitamente integrado com o anterior (atendimento de enfermagem).

Os casos atendidos são os encaminhados pelos auxiliares, que o fazem quando:

- a) se tratar de casos que fogem de suas atividades delegadas;
- b) apesar de serem casos incluídos nas atividades delegadas, surge qualquer dúvida no diagnóstico, tratamento e evolução;
- c) fizer parte de rotinas estabelecidas em programas específicos (pré-natal e controle de hipertensão arterial);
- d) se tratar de casos cujo retorno foi solicitado pelo próprio médico em consulta anterior.

A visita domiciliar é realizada, pelo auxiliar, prioritariamente para:

- a) recém-nascido e puérpera nos primeiros 15 dias após o parto e,
- b) casos que não compareceram para a continuidade da vacinação, puericultura, pré-natal e controle de hipertensão arterial.

Uma parcela da demanda atendida nos Postos pode ser discriminada em programas específicos: atenção à gestante, puericultura e controle de hipertensão.

O programa de atenção à gestante prevê atendimentos mensais, de acordo com a seguinte rotina:

- a) inscrição no programa, feito pelo auxiliar, que deve, sempre que necessário, confirmar laboratorialmente a gravidez e,
- b) atendimento médico de rotina: feito após conhecidos os resultados dos exames laboratoriais (tipagem sanguínea e reação sorológica para lues), que são solicitados pelos auxiliares. Nesta consulta o médico deve especificar, para cada caso, se o seguimento pode ser feito pelo auxiliar (gestações sem intercorrências ou de baixo risco – a imensa maioria) ou se os retornos devem ser para o próprio médico (intercorrências ou gravidez de maior risco).

Este atendimento médico é feito também após completar o 8º. mês de gestação.

O programa de puericultura prevê atendimentos mensais realizados por auxiliar; o atendimento médico só é feito quando encaminhado pelo auxiliar.

Na rotina do programa de controle de hipertensão arterial, inicialmente os atendimentos são realizados por médico, para diagnóstico e estabelecimento do esquema terapêutico adequado. Tendo o mesmo conseguido controlar a hipertensão, deve encaminhar o caso para controle mensal a ser feito pelo auxiliar. Para tanto deve especificar, para cada caso, o nível tensional que se pretende manter e o esquema terapêutico usado. Nos retornos subsequentes o auxiliar deve proceder à medida da pressão arterial, e, estando esta dentro dos limites assinalados, enfatizar ao paciente a importância de manter o tratamento; estando a pressão arterial fora dos limites assinalados ou frente a qualquer anormalidade (por exemplo: intolerância a drogas), o paciente deve ser encaminhado à consulta médica. Mesmo compensado, o paciente é reavaliado pelo médico a cada 3 meses.

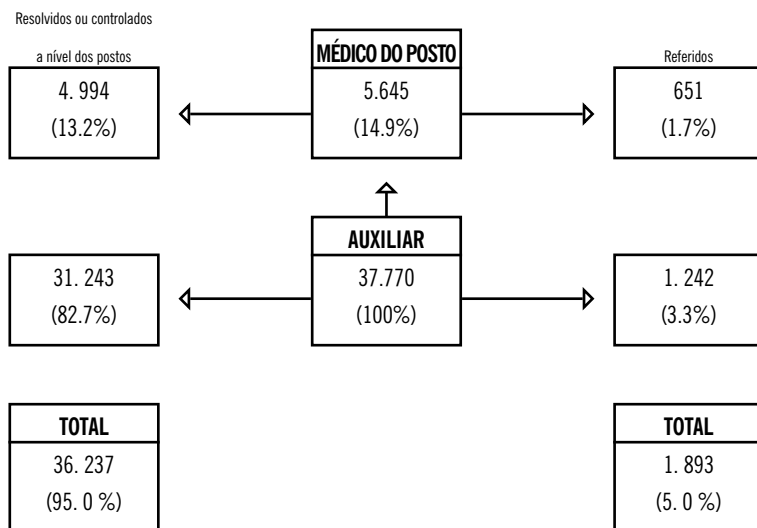
Os órgãos de retaguarda principais, mesmo sem convênios específicos para esse fim, são o Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, pertencente à Universidade, e os ambulatorios do INAMPS. Tanto o médico como o auxiliar encaminham pacientes. Os últimos o fazem quando atendem casos de urgência na ausência do médico; este, por sua vez, encaminha os pacientes cuja elucidação diagnóstica ou terapêutica avança além das funções do médico geral.

É útil ressaltar que a maioria dos auxiliares é de formação primária, com curto período de treinamento (3 meses) e tem como característica importante a polivalência. Tendo em vista o tamanho da população atendida, gerando uma demanda por programas específicos não muito acentuada, todos os auxiliares executam todas as atividades no decorrer do dia.

A figura 8 apresenta fluxograma dos atendimentos realizados nos Postos de Saúde em 1978. Alguns dados merecem destaque:

a) mais de 90% dos atendimentos foram resolvidos ou controlados nos próprios Postos; destes, cerca de 80% foram pelo auxiliar; b) o auxiliar triou ao médico menos de 20% dos atendimentos; c) a porcentagem total de encaminhamentos para órgãos de retaguarda oscilou em torno de 5%.

Figura 7 – Atendimentos realizados nos Postos de Saúde em 1978: “destino” dos pacientes.



* Postos da Vila Nova, V. Fraternidade, Jardim Bandeirantes, Jardim do Sol, Paiquerê, Irerê e Tamarana

Fonte: Referência bibliográfica 65.

O desempenho do auxiliar em relação à população-alvo, considerada por classe (tabela 11), prevalece nos grupos materno-infantis. Comparando-se os atendimentos por auxiliar e por médico, nas diferentes classes, o maior desempenho dos primeiros está no grupo dos infantes. Ressalte-se que por atendimento de enfermagem ou por auxiliar não estão incluídos: vacinação, aplicação de injeções, curativos e visitas domiciliares, mas somente as funções em que os auxiliares substituem o médico.

Tabela 11 – Distribuição dos atendimentos realizados por auxiliares e por médicos nos Postos de Saúde* no ano de 1978.

	AUXILIARES		MÉDICOS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gestantes	1.288	81,58	291	18,42	1.579	100,00
Infante	4.115	97,81	92	2,19	4.207	100,00
Pré-escolar	3.702	96,78	123	3,22	3.825	100,00
Escolar	3.216	94,69	180	5,31	3.396	100,00
Adultos	13.185	85,95	2.155	14,05	15.340	100,00
TOTAL	25.506	89,97	2.841	10,03	28.347	100,00

* Postos de Saúde: Vila Nova, Jardim Bandeirantes, Irerê e Tamarana.

Fonte: referência bibliográfica 65

A concentração de atendimentos no grupo das gestantes e infantes é considerada alta: 8,7 e 8,6 consultas, respectivamente, no ano de 1978.

A Tabela 12 ilustra o seguimento do calendário das imunizações (primo-vacinações), em relação às vacinas Sabin, Tríplice e Antitetânica (para gestantes, somente). Da população inicial, 37% completaram as 3 doses da vacinação

antipoliomielítica e 59%, da tríplice. O fato de 58% das gestantes terem completado duas doses de vacina antitetânica pode ser considerado razoável, visto ser amplamente aceito que duas doses são suficientes para conferir imunidade. As razões destes baixos percentuais serão comentadas adiante. Note-se, no entanto, que são superiores aos obtidos pela rede oficial de serviços de saúde do governo do Estado (Tabela 8).

Tabela 12 – PRIMO-VACINAÇÕES, SABIN, DPT e A.T. (gestantes), realizadas nos Postos de Saúde* no ano de 1978.

DOSE	SABIN		DPT		A.T. (GESTANTES)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1ª	413	100	628	100	116	100
2ª	253	61	468	75	67	58
3ª	151	37	368	59	44	38

* POSTOS DE SAÚDE: Jardim Bandeirantes, Vila Nova, Irerê e Tamarana

Fonte: referência bibliográfica 65.

Quanto aos obstáculos encontrados no trabalho, apesar de alguns serem decorrentes de características próprias da experiência em desenvolvimento no município de Londrina, certamente a maioria deles é comum a outros projetos de atenção primária de saúde em andamento no país, pois na sua maioria decorrem de dificuldades originadas no modelo de desenvolvimento econômico e nas diretrizes da atual Política Nacional de Saúde. É certo que em nível local as dificuldades devem ser menores do que em nível central, talvez pelo fato de se estar mais próximo da execução das ações de saúde e menos comprometidos com outros interesses que não sejam os da população.

5.2. Recursos humanos: ideologia profissional

Um obstáculo importante refere-se à utilização dos recursos humanos, abrangendo a seleção, o treinamento, a reciclagem e a supervisão, principalmente no que diz respeito ao componente da equipe de saúde constituído pelos auxiliares de saúde. Como já foi comentado anteriormente, as características do modelo de atenção primária de saúde acarretam um papel fundamental aos auxiliares de saúde no tocante a aceitação do serviço de saúde pela população. Do seu desempenho depende grande parte do sucesso do trabalho, o que não significa menor responsabilidade dos demais membros (médicos e enfermeiros) da equipe de saúde. O obstáculo, no caso, reflete-se em cada detalhe de atividade – na escolha de critérios para seleção de pessoal (risco de empreguismo), na programação e execução dos cursos de formação de auxiliares⁹, no andamento das tarefas de supervisão (risco da fiscalização) – e origina-se na tendência em focar de forma tradicional as tarefas dos agentes de saúde. Tendência que, oriunda dos serviços de saúde convencionais, ainda dominantes, limita a atuação dos auxiliares, quer quanto ao desempenho de funções delegadas quer quanto às tarefas de ação comunitária; compartimentaliza

9. Em 77/78 foram realizados (3) três cursos de formação de auxiliares de Saúde, um em conjunto pela PML e FUEL (77) e os outros dois isoladamente por cada Instituição. Em todos, a programação foi revista, fruto de críticas e avaliações emitidas também pelos próprios auxiliares. Não se pode dizer que algum deles tenha chegado ao ponto de se parecer meramente com um “currículo profissional simplificado”, mas as deficiências ainda são grandes. A melhoria do treinamento é primordial, pois os aspectos técnicos do trabalho dos auxiliares de saúde são de importância capital, uma vez que formam o ponto de ingresso ao sistema de saúde para a maioria da população. Se eles oferecerem tratamento inadequado e não encaminharem corretamente os pacientes, o sistema não funcionará satisfatoriamente. Consequentemente, as suas tarefas precisam ser claramente definidas e os seus programas de treinamento devem ser eficientes, além, é claro, do apoio (supervisão, logística) e retaguarda para encaminhamento de pacientes em níveis superiores.

as ações preventivas e curativas; entende que a transferência do conhecimento médico se esgota em si mesma e seja apenas veículo para diminuir a sobrecarga de atendimento médico, menospreza a importância da compreensão dos fenômenos que determinam a intercorrência, sua evolução, a necessidade mínima de intervenção medicamentosa; distancia o trabalho dos profissionais de nível superior das atividades desenvolvidas pelos auxiliares; esvazia de importância a consulta a todos os membros da equipe sobre decisões que dizem respeito ao trabalho de cada um. Enfim, tendência que inviabiliza um verdadeiro trabalho de equipe (75) – e que deve ser intensa e permanentemente vigiada e combatida através da formação doutrinária e técnica nas ações de promoção e proteção e das reciclares e supervisão da sua execução.

Ao lado dessa, existe uma outra tendência no tocante à questão dos recursos humanos, particularmente do trabalho dos auxiliares, e que, se não tem constituído propriamente um obstáculo à ampliação do trabalho, representa um risco potencial de distorções. É aquele que resulta de uma perspectiva mais inquietada quanto ao ritmo do trabalho e que se reflete em episódios de interferência do pessoal de nível superior em questões de organização e conscientização do pessoal auxiliar; em encarar como “cupulismo” toda atividade de entendimento/negociação com as demais instituições de saúde, com o conseqüente alheamento das mesmas; no privilegiamento conferido à diretriz de participação comunitária em substituição ao trabalho rotineiro e paciente de prestação de serviços de saúde, esquecendo-se que é através deste que aprendemos realmente sobre alguns aspectos e atividades básicas do processo do setor saúde, tais como:

- a) trabalhar em equipe;
- b) conhecer e interferir no comportamento da demanda;

- c) conhecer critérios de referência e contrarreferência;
- d) integrar ações promotoras, protetoras e recuperadoras;
- e) articular com instituições, órgãos e programas afins;
- f) criar e criticar normas e procedimentos de atribuições do pessoal de saúde, treinamento, supervisão, logística do material de consumo;
- g) microeconomia e microadministração em saúde;
- h) influência socioeconômico-cultural na programação e no serviço;
- i) trabalhar com a população.

Ainda quanto à utilização de recursos humanos, um outro aspecto merece ser registrado. É a respeito dos programas de educação e treinamento, tanto universitário como de pós-graduação, que são inadequados às necessidades, exigências, problemas e aspirações locais de saúde. Os diplomados, em geral, têm muita dificuldade em se adaptar às necessidades básicas de saúde da população e preferem executar o tipo de trabalho para o qual foram treinados. Os profissionais, em sua maioria, não gostam de trabalhar nas áreas rurais e opõem resistência à delegação de responsabilidade e funções de atenção primária de saúde. A perspectiva de maior ampliação da experiência já vem sendo motivo de preocupações a este respeito, pois é notória a carência de profissionais das áreas mencionadas com formação e motivação para se engajar em programas semelhantes ao que está se desenvolvendo. Pelo menos no que diz respeito ao atendimento odontológico essa carência já é responsável pela estagnação do setor, que vem timidamente tentando avançar no sentido da delegação de funções. No que diz respeito à profissão médica, vem se conseguindo manter uma homogeneidade na

equipe, devido, em parte, a uma pequena produção local de profissionais (médicos e enfermeiras) com motivação para este tipo de trabalho, fruto em parte de uma orientação parcialmente inovadora da escola médica local (64) e por outro lado em razão da pequena absorção de profissionais que, até o estágio atual, a experiência em desenvolvimento requereu.

5.3. Conflito com o Governo do Estado

Outro obstáculo enfrentado, aliás, já previsto por Tornero (80) com uma certa antecedência, são as dificuldades existentes no relacionamento com a Secretaria de Saúde do Governo do Estado, cujas consequências mais importantes são: não recebimento de medicamentos da linha CEME e não credenciamento oficial dos Postos de Saúde administrados pelo município, como postos de vacinação. Consequentemente, o não recebimento de vacinas, o que tem obrigado o município a adquiri-las comercialmente. Esta situação tem acarretado problemas além dos de ordem financeira, pois como é do conhecimento público a vacina Sabin não é mais encontrada comercialmente, e as demais, quando adquiridas, não podem sê-lo em grandes quantidades. Este aspecto, associado a dificuldades de fornecimento pelos laboratórios privados que ainda atuam no ramo, tem acarretado irregularidade no estoque de vacinas. E a tabela anteriormente apresentada (n.º 12) reflete bem as consequências desta situação através das pequenas porcentagens de 2ª e 3ª doses aplicadas, quando comparadas com a situação existente em 1976 (tabela 13) nos Postos de Saúde pioneiros e que, na época, recebiam com regularidade as vacinas por parte do Governo do Estado.

Tabela 13 – PRIMO-VACINAÇÕES, SABIN, DPT e A.T. (Gestantes) realizadas nos Postos de Saúde* em 1976.

DOSE	SABIN		DPT		A.T. (GESTANTES)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 ^a	811	100	876	100	140	100
2 ^a	821	100	714	83	109	78
3 ^a	662	82	620	71	74	53

* POSTOS DE SAÚDE: *V. Fraternidade, Jardim do Sol e Paiquerê*

FONTES: referência bibliográfica nº. 74.

Essa situação, de desentrosamento com a Secretaria de Saúde do Governo do Estado, não é exceção no contexto nacional, conforme se pode confirmar pela investigação realizada pelo IBAM: “No que diz respeito à prestação conjunta, implicando na mobilização de esforços por parte das esferas estadual e municipal, somente em Pernambuco esta prática parece estar relativamente disseminada, visto não terem sido identificadas evidências significativas para os demais Estados” (31). Acredita-se que, tão importante quanto as divergências de ordem político-partidária (desde 1968 as eleições municipais em Londrina são vencidas pela legenda oposicionista, apesar do poder econômico dos grandes proprietários de terra, que dominam a política convencional paranaense), têm também influência as divergências doutrinárias quanto ao enfoque dos serviços de saúde. Destacados dirigentes da Saúde Pública do Paraná expressaram sua opinião de que o trabalho desenvolvido pela Prefeitura do Município de Londrina “é na linha da medicina assistencial e não da saúde pública”, justificando com isso a não integração com a mesma. É claro que esta não

integração não é declarada explicitamente, mas através de outros argumentos, geralmente de ordem administrativa, como a não normatização do processo de credenciamento de postos para vacinação que não os da rede oficial do Governo do Estado. Na época (julho/77) em que este argumento era apresentado com justificativa para o não fornecimento de vacinas, o Governo do Estado de São Paulo já tinha estabelecido facilidades (Decreto Estadual n.º. 9.294 de 17/12/78) para entrosamento entre Secretaria de Saúde e Prefeituras Municipais, viabilizando inclusive o credenciamento automático dos Postos de Saúde administrados por estas. Trata-se, no fundo, de uma visão anacrônica de organização de serviços de saúde que, em última análise, ainda incorpora a dicotomia entre ações preventivas e curativas. Aliás, recente trabalho do IBAM (14) traz o seguinte comentário a respeito da saúde pública no Paraná: “A época em que a pesquisa foi realizada (1976), encontrava-se em elaboração um 1.º. Diagnóstico de Saúde para o Paraná, o que demonstra o atraso em termos do conhecimento da Saúde Pública naquele Estado. O diagnóstico institucional dos órgãos de saúde do Paraná, único documento disponível na época, não fornece informações mais detalhadas sobre o setor”. E mais adiante: “De maneira geral, existe apenas uma unidade sanitária (mantida pelo Estado) em cada município, localizada na zona urbana e funcionando apenas no período da tarde ou da manhã. O tipo de atendimento médico dispensado é bastante superficial, resumindo-se basicamente a fornecer atestados médicos para fins burocráticos e executar programas de vacinação” e, mesmo quanto a esta atividade, os resultados observados em 1977 do Programa Nacional de Imunizações não permitem uma avaliação otimista sobre seu desempenho (tabela 14).

Tabela 14 – Percentuais de crianças menores de um ano de idade vacinadas* por Unidade da Federação segundo os tipos de antígenos. Brasil, 1977.

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	VACINAS		
	SABIN	TRÍPLICE	SARAMPO
Rondônia	51,8	62,5	44,6
Acre	2,8	11,2	12,2
Amazonas	17,2	25,5	25,5
Rorâima	23,5	47,1	64,7
Pará	23,2	43,1	35,8
Amapá	14,1	25,0	21,9
Maranhão	4,8
Piauí	12,1	27,3	18,4
Ceará	18,7	22,1	21,6
Rio Grande do Norte	17,5	28,2	21,0
Paraíba	16,4	24,1	32,1
Pernambuco	28,2	29,5	23,0
Alagoas	29,1	24,4	21,2
Sergipe	17,8	27,6	37,3
Bahia	11,6
Minas Gerais	25,5	28,7	35,5
Espírito Santo	41,7	55,1	48,0
Rio de Janeiro	66,8	52,2	93,7
São Paulo	97,3	94,3	82,8
<u>Paraná</u>	<u>22,8</u>	<u>31,2</u>	<u>27,8</u>
Santa Catarina	29,0	30,6	35,3
Rio Grande do Sul	60,3	67,4	63,1
Mato Grosso	15,4	17,1	20,5
Goiás	9,1	16,1	18,7
Distrito Federal	96,8	83,1	64,5
BRASIL	39,4	42,4	41,6

* Consideram-se vacinadas as crianças que receberam três doses de vacina antipoliomielite; duas doses de tríplice (DPT) e uma dose de vacina anti-sarampo. Fonte: referência bibliográfica nº. 9.

Observa-se que, em 1977, os percentuais de cobertura vacinal em menores de um ano de idade, no Estado do Paraná, foram inferiores à média nacional, para todos os três (3) tipos de antígenos.

Só em dezembro de 1978 conseguiu-se o credenciamento de dois Postos de Saúde (Irerê e Tamarana) e o fornecimento de vacinas. Parece-nos que muito mais em função de pressões da população (longas filas no Centro de Saúde) e de órgãos de divulgação (21; 52; 63) do que de modificações da linha de pensamento dos atuais dirigentes da Saúde Pública paranaense.

5.4. Conflito com a Universidade

A partir de janeiro de 1978 mais um obstáculo somou-se aos já existentes. Na verdade trata-se de um desdobramento das razões do obstáculo anterior, ou seja, das divergências político-partidárias existentes entre o Governo do Estado e a corrente oposicionista que controla a administração municipal. Refere-se, este obstáculo, à dificuldade em se cumprir o princípio de hierarquização, ocasionada pela decisão da Universidade Estadual de Londrina (UEL) em restringir, ao Hospital Universitário, o atendimento de pacientes não contribuintes da Previdência Social. Restrição esta que atinge mesmo os casos referidos pelos Postos de Saúde. Conforme foi registrado no capítulo anterior, em janeiro de 1978 não foi renovado o convênio que há 7 anos vigorava entre PML e Universidade. Os pontos de divergência entre as duas Instituições estão registrados em documento (40) e basicamente foram os seguintes:

1º.) o entendimento, por parte da UEL, de que o atendimento à parcela da população não coberta pela Previdência

Social se constitui numa responsabilidade das Prefeituras. Ponto de vista com o qual a Municipalidade de Londrina não pôde concordar, como de resto não o faz nenhuma outra, pois os serviços prestados pelas Prefeituras não podem fazer distinção entre os municípios. Na realidade, a responsabilidade por este atendimento é comunitária, ou seja, de todas as Instituições existentes no município;

2º.) o entendimento, por parte da UEL, de que os serviços de Pronto-Socorro são de competência das Prefeituras. O argumento fundamental nesse sentido é a Lei 6.229. A exposição de motivos da Prefeitura, ao não aceitar este atendimento, baseou-se em pareceres (anexo I) ministeriais e de autoridades do setor saúde (79) que reconhecem um equívoco legislativo a respeito do assunto e reforçam como sendo papel primordial das municipalidades a estruturação de uma rede básica de Postos de Saúde;

3º.) a proposta, apresentada pela Reitoria da UEL, de reformulação das bases financeiras dos convênios até então anualmente renovados e que, de subvenção fixa anual passaria para pagamento por unidade de serviço ou por tipo e quantidade de atendimento. Fazemos questão de destacar que esta proposta foi da Reitoria, representando parcela de interesses do corpo administrativo e docente porque, como um documento (15) de professores da própria Universidade comprova, somente 17,39% dos docentes eram favoráveis ao modelo de pagamento por unidade de serviço. A Prefeitura recusou esta proposta não apenas por razões financeiras como, e principalmente, pelo fato de se trazer de forma implícita a conotação de responsabilidade da municipalidade pelo atendimento ao não contribuinte da Previdência Social. Acrescente-se a isso a incoerência que representaria a adoção,

para presidir as relações entre Prefeitura e Universidade, do modelo já suficientemente analisado e criticado de pagamento por unidade de serviço, fator incontrolável de distorções na área da assistência médica privatizada.

Estes aspectos e a divergência em torno deles redundaram na não renovação do convênio, episódio que, aliado à decisão da Universidade em restringir seu atendimento através do HURNP, vem acarretando sérios transtornos na atenção de nível secundário e terciário dos pacientes atendidos inicialmente nos Postos de Saúde periféricos. E essa questão é essencial quando se tem clareza que a acessibilidade da atenção primária de saúde deve ser medida não só em função da utilização dos serviços básicos, mas também do grau em que permite resolver problemas mais complicados e atender às pessoas que necessitam uma assistência complexa nos demais níveis do sistema de saúde.

Em vista dessa dificuldade dispõe-se de uma retaguarda precária para a rede básica de serviços de saúde. Ao Hospital Universitário encaminha-se com limitações, ao INAMPS encaminham-se pacientes sem haver mecanismos de referência e contrarreferência institucionalizados, à rede privada de hospitais encaminham-se casos cujas despesas são posteriormente deduzidas do ISS devido à Prefeitura.

Outrossim, este obstáculo – a precariedade de apoio de serviços de nível superior – agravado com a não renovação do convênio com o HURNP, redundou em um aumento de transferência de recursos financeiros, anteriormente aplicados no atendimento hospitalar e ambulatorial, em grande parte especializados, para a manutenção e ampliação da rede de Postos de Saúde. O que não deixou de ser um auxílio, inesperado, para a reorientação dos serviços de saúde, com vistas a concentrar a atenção às parcelas desassistidas e numerosas da população.

5.5. Política Fiscal e Política Orçamentária

Do ponto de vista econômico-financeiro ocorre provavelmente o mais sério obstáculo à ampliação e mesmo à manutenção da experiência em desenvolvimento em Londrina. Com efeito, as dificuldades nesta área não constituem novidade e muito menos para aqueles que têm responsabilidades administrativas de nível municipal. As características do modelo de desenvolvimento econômico vigente atualmente no país, extremamente centralizador, têm acarretado o esvaziamento financeiro das Prefeituras. Como observa Figueiredo Ferraz (24): “Os municípios brasileiros, em média, se desconsiderando o ICM e o FPM, de origem externa, contam com uma receita tributária bruta própria, da ordem de apenas 5% da arrecadação tributária nacional. (...) Se, a rigor, os municípios constituem a área física onde se desenrolam todas as atividades nacionais, seria lógico que a parcela maior de suas receitas adviesse da sua própria tributação então ampliada e não através do mecanismo de transferência, uma espécie de doação – oriunda das esferas Estadual e Federal. Este percurso, com saída de grande volume de recursos e com retorno minguado, vinculado e controlado, castiga e bloqueia o município. Não raro, o retorno se dá também através de empréstimos duramente conseguidos em organismos oficiais; e de recursos que, aliás, tiveram origem no próprio município, para produzir benefícios mais modestos, dada a desvalorização pela inflação.” Logicamente esta situação acrescenta dificuldades à atuação do setor saúde municipal, como, por exemplo, a destinação que geralmente as Prefeituras (a de Londrina, inclusive) acabam fazendo dos 10% para saúde e saneamento do FPM; uso integral em obras de saneamento. Como reflexo dessa situação, em documento (12) apresentado e discutido na VI Conferência Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde propõe que os governos municipais, por intermédio

das Secretarias de Saúde, participem financeiramente na programação do Sistema Nacional de Saúde com parcela significativa dos recursos orçamentários do município, inclusive os do FPM. Também reflexo da situação econômico-financeira dos municípios é a pequena participação do setor saúde nos gastos do orçamento municipal. Em Londrina, atualmente é inferior a 5% (tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição do orçamento municipal, especificamente dos montantes orçamentários, em Cr\$ 1.000,00 e porcentagens, destinados à SSPS e à ASMPS. Londrina, 1970 a 1977.

ANO	PREFEITURA TOTAL	ÓRGÃO			
		SSPS		ASMPS	
		VALOR NOMINAL	%	VALOR NOMINAL	%
1970	29.465	2.046	10,0	212	1,0
1971	29.692	2.304	7,7	580	1,9
1972	40.787	3.455	8,4	631	1,5
1973	67.040	5.341	7,9	1.200	1,6
1974	105.112	4.907	4,6	1.520	1,4
1975	196.734	5.304	2,7	1.000	0,5
1976	293.056	5.696	1,9	1.000	0,34
1977	276.210	7.820	2,8	5.250	1,9

Fonte: Balançetes anuais da Prefeitura do Município de Londrina.

E mesmo a tentativa de captar recursos na área Federal, mediante solicitação (maio/77) de financiamento (Cr\$ 13.885.600,00) à Caixa Econômica Federal através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) para a implantação do Sistema Municipal de Saúde (Sete Postos de Saúde e uma Unidade Integrada de Saúde), se mostrou desanimadora uma vez que, apesar de aprovada, não houve até o momento

liberação do recurso. A justificativa apresentada pela CEF foi a de necessidade de realocação de recursos, sem, no entanto, mencionar a aplicação dada aos recursos liberados nos exercícios de 75, 76 e 77 que totalizaram cerca de 5 bilhões de cruzeiros (tabela 16).

Tabela 16 – Demonstrativo dos recursos liberados por exercício
(Cr\$ 1 milhão)

PERÍODO	TOTAL	SAÚDE E PREVIDÊNCIA
1975	82.900	18.232
1976	1.661.200	365.604
1977	3.920.600	944.757
TOTAL	5.664.700	1.328.593

Fonte: CEF/Departamento Central de Controle do FAS.

Referência bibliográfica nº 26.

É evidente o papel que o FAS tem representado no processo de privatização do Estado, financiando com prioridade o setor privado hospitalar (tabela 17).

Tabela 17 – Montante de recursos envolvidos em 703 propostas de financiamento analisadas no período de set/77 a jan/78
(Cr\$ 1.000,00)

SETOR	CR\$	%
Privado com fins lucrativos	5.080.707	38
Privado sem fins lucrativos	4.769.588	36
Público	3.436.365	26
TOTAL	13.286.660	100

Fonte: Referência bibliográfica nº 26.

Nestas condições, conforme comenta o documento de análise do FAS (26), as Prefeituras “com a capacidade de endividamento esgotada e com escassa familiaridade e permeabilidades nos espaços burocráticos, concorre em séria desvantagem com os setores públicos que detêm maior poder político e financeiro e com os grupos já tradicionalmente ligados à prestação de serviços de saúde”.

No decorrer da tramitação desse processo de financiamento ficou patente um outro obstáculo à ampliação de serviços de saúde simples, decorrente do artigo 6º. da Lei 6.229, que no seu parágrafo 1º. condiciona a concessão de créditos por parte de instituições financeiras oficiais para a construção, reforma ou equipamento de unidades de saúde, à aprovação dos projetos pelo Ministério competente.

Trata-se das Normas técnicas exigidas pelo Ministério da Saúde para construção de Unidades de Saúde, que pelas suas exigências acarretaram a necessidade de uma área de construção quase duas vezes maior do que o previsto inicialmente quando foram levadas em conta unicamente as necessidades de bom desempenho das atividades e não os requisitos concebidos em gabinete. É evidente que as exigências acarretam não só a elevação dos custos de implantação como também de manutenção (maior número de zeladoras, material de limpeza, eletricidade, etc.).

5.6. Relações com a Previdência Social

Ainda na área econômico-financeira podemos citar como obstáculo importante a dificuldade em captar recursos na área da Previdência Social. Com efeito, somente após 12 meses de encaminhada a solicitação de convênio com o INAMPS, visando alguma participação financeira correspondente aos serviços

de saúde prestados pelos Postos à população beneficiária, é que se obteve a assinatura do mesmo. Ainda assim com uma importância (Cr\$ 24.400,00 mensais pelo atendimento a uma população estimada de 86.096 beneficiários) que representa cerca de $\frac{1}{4}$ do custo da manutenção dos serviços, enquanto a parcela de beneficiários atendidos pelos Postos representa em torno de 50% do total da demanda. E tudo isso, mesmo em plena vigência da Portaria Interministerial 001 de 26/07/78 que estabelece diretrizes para execução dos serviços básicos de saúde. Na verdade, mesmo nas vésperas da assinatura do convênio (23/10/78) quando ainda se pressionava para sua efetivação, não se obteve quaisquer indícios de que o conteúdo da referida Portaria era do conhecimento das equipes regional e local do INAMPS.

Diante da informação de que, dos 3.960 municípios brasileiros, apenas 44 Prefeituras mantêm convênio com o INAMPS, o que demonstraria a ausência de cooperação entre Prefeituras e Previdência Social. Loyola (41) acredita que “A causa desse fenômeno está em que as relações dos municípios com o INAMPS não têm sido cordiais, já que em face da dívida da maioria das Prefeituras para com a Previdência Social, decorrente de contribuições de empregados e quota da previdência não recolhidas, o INAMPS visualiza as Prefeituras como devedoras relapsas (...). Será muito difícil estabelecerem-se relações construtivas entre as Prefeituras e o INAMPS enquanto não resolvido o problema da dívida”.

A nosso ver, no entanto, as dificuldades para se conseguir a celebração desse convênio, que pode ser representada pelas cinco solicitações adicionais de informação, por parte da Superintendência Regional do INAMPS, correspondem muito mais às diretrizes da atual Política Nacional de Saúde, que privilegia os convênios com a área privada, do que simplesmente

a falta de relações cordiais entre Prefeituras e Previdência Social devido às dívidas das primeiras em relação à segunda.

Com efeito, uma análise do PPA, que em nossa região, a exemplo da Baixada Fluminense, mereceu uma programação especial – O PROJETO LONDRINA – (set/75/), demonstra o crescimento acelerado dos credenciamentos e contratos com o setor privado em comparação com a estagnação dos serviços próprios e diminuta integração com os demais serviços de saúde públicos.

De fato, nesses três anos de vigência do PPA, segundo informações do próprio INAMPS (32), enquanto na área pública foram firmados convênios (com pagamento fixo em base de estimativa da população previdenciária coberta) somente com as Prefeituras de Londrina (4 Postos de Saúde: Cr\$ 24.400,00 mensais) e de Assai (Hospital Municipal: Cr\$ 20.000,00 mensais), e na área de serviços próprios do INAMPS houve um acréscimo de mais 14 médicos-servidores (de 30 passaram para 44, o que representa um aumento de 31,8%), na área de serviços credenciados houve um aumento de 43,9% (de 120 médicos passou-se para 214), sem contar os 24 médicos credenciados exclusivamente pelo “Sistema PPA” que atendem através de guias de consulta emitidas pelos representantes do INPS, nas respectivas localidades. Nesse período, no entanto, e “apesar da carência de empresas médicas e mesmo de grupos médicos organizados na região representarem dificuldades consideráveis à celebração de convênios com empresas”, o que permitia aos autores identificar que “deverá ser desenvolvido intenso trabalho junto a essas organizações no sentido de prestarem serviços médico-assistenciais a seus empregados, objetivando desafogar a rede própria da previdência” (33), foram formados nove convênios-Empresas, abrangendo 890 segurados e três convênios com sindicatos de trabalhadores, abrangendo 9.367 atendimentos mensais.

Por outro lado, de uma série de providências que contaram, inclusive, com discriminação de custo no próprio projeto, como a aquisição de prédio para funcionar o PAM de Londrina (Cr\$ 3 milhões), a construção do PAM em Rolândia (Cr\$ 2 milhões), a construção do prédio da agência de Londrina (Cr\$ 5 milhões), a transformação do atual prédio da agência em Centro de Serviço Social (Cr\$ 1 milhão), a aquisição e modernização de equipamentos das Unidades da área (Cr\$ 1 milhão), a construção do depósito da Central Distribuidora de Medicamentos Regional (Cr\$ 3 milhões), que representavam investimento em serviços próprios, pouco foi feito. Ou seja, alugou-se um imóvel para o PAM de Rolândia que, no entanto, “funciona” com um funcionário administrativo e um médico que não presta atendimento, só fornece guias, apesar de naquele município haver profissionais aprovados no último concurso para médico da Previdência Social, e quanto à Central Regional Distribuidora de Medicamentos providenciou-se uma sala de cerca de 30m².

O resultado disso tudo pode ser visualizado pela tabela (Nº. 18) de atendimentos prestados pela Agência de Londrina do INAMPS nos últimos dois anos:

Tabela 18 – Distribuição dos atendimentos médicos prestados pela agência do INAMPS de Londrina nos anos de 1976 e 1977.

CONSULTAS MÉDICAS	1976	1977
Serviços próprios	190.142	191.391
Serviços credenciados	148.876	219.368
Convênios	47.741	43.245
TOTAL	386.759	454.004

Fonte: Referência bibliográfica nº. 32.

Ou seja, houve quase uma duplicação dos atendimentos por serviços credenciados, em contrapartida a uma estabilização do número de atendimentos prestados nos serviços próprios.

5.7. Participação Comunitária

E, por último, obstáculo dos mais relevantes é o atinente às dificuldades de viabilizar a diretriz de participação comunitária. Dificuldades que se originam, em parte na preocupação de não incorrer em proposições idealistas de “participação comunitária” que, preconizando soluções baseadas na “conscientização e participação da comunidade”, encerram o grave risco de atenuar e desviar a responsabilidade da sociedade como um todo e do Estado em particular, na origem e solução dos problemas, pois sob rótulos “participativos” e “democratizantes” pode-se, na verdade, estar trazendo para a população mais freios à sua atividade social, fracionando-a e confundindo suas escalas de valores e de necessidades. Como observa Hesio Cordeiro (20), “participação comunitária é o termo que dá lugar a propostas ideológicas variadas e por vezes conflitantes. Se ao nível do discurso institucional que surge dentro de projetos de hegemonia de classe adquire o sentido preciso de “dissolver” as contradições entre as classes fundamentais e grupos sociais, indica tentativas de elaboração crítica no interior dos aparelhos de Estado, ao mesmo tempo”.

No entanto, de acordo com o que entendemos por participação comunitária, seu papel e suas limitações, conforme está registrado no capítulo anterior, um dos canais mais promissores para seu encaminhamento são as organizações populares. Este, contudo, esbarra com as dificuldades das mesmas serem, na maior parte dos casos, associações de natureza exógena, ou seja, criadas a partir de iniciativas do

poder público com fins nitidamente eleitorais e, portanto, funcionarem pouco como agregação estável de pessoal em torno de interesses comuns. Possuem pequena representatividade e quase nenhuma organização interna. Mesmo assim procura-se uma aproximação e cogita-se, no momento, de discutir a criação de organismos locais do tipo “comissões de saúde” como alternativa de canal para levar adiante a discussão sobre questões de saúde. Não está claro, no entanto, até que ponto essa iniciativa não seria uma interferência indevida e que poderia facilitar distorções quanto aos modos de encaminhamento das aspirações populares.

A nosso ver, de acordo com Vasco (82), a participação popular em saúde requer três elementos fundamentais, além da decisão real e eficaz de promovê-la e aceitá-la:

1. uma comunidade organizada e ativa;
2. um sistema de saúde com possibilidade de aceitar, captar e estimular a participação dessa comunidade;
3. um campo de relações entre ambos, que baseia-se principalmente na divulgação do conhecimento médico e do conhecimento em geral.

Nesse sentido e levando em conta o quadro político brasileiro, a delegação de funções enquanto instrumento de homogeneização interna do saber e do poder através da transferência aos auxiliares de saúde de uma série de conhecimentos e funções que por tradição têm sido exclusivos do profissional médico, e a educação enquanto forma de relacionamento com a população, constituem meios que permitem realizar os dois últimos elementos fundamentais acima mencionados.

Na medida em que o pessoal de saúde faça também parte integrante da comunidade em que vive e trabalha e mantenha com ela um diálogo contínuo, despedido de quaisquer tendências à persuasão, mas assumindo uma posição de igual para igual, propondo criticamente sua ideia frente à da comunidade, para chegar com ela a conclusões lógicas e científicas para ambos, ficará mais fácil à equipe de saúde conhecer melhor a comunidade, as razões dos seus pontos de vista, o nível de suas aspirações e seus tipos de organização. De sua parte, a população aprenderá a identificar suas verdadeiras necessidades sanitárias, e discutir e compreender as políticas de saúde.

A evolução do processo depende do sucesso com que se consiga tornar os serviços de saúde parte integrante da vida das populações. Parece-nos equivocado pretender marcar datas e métodos para viabilização da diretriz de participação popular no sistema de atenção à saúde e talvez por isso mesmo, por essa visão crítica, entendemos a participação comunitária como a contribuição que os membros da equipe de saúde podem fornecer ao processo de organização popular em torno dos seus problemas. Problemas que são específicos, locais, e que só adquirem expressão estrutural quando se ligam aos problemas gerais. Neste sentido a participação se vê bastante limitada desde que não se crie a possibilidade de participação nas esferas das grandes decisões de caráter nacional. O obstáculo que enfrenta, portanto, neste nível do trabalho é o risco de se estimular uma ilusão de participação, controlista e manipuladora. Em todo caso, sobrepujar esse risco é um obstáculo somente na medida em que se está disposto a colocar no passado a observação, ainda atual, de Tornero (80) de que “a população não tem nenhum papel ativo na experiência” desenvolvida em Londrina. Um obstáculo em si promissor, pois, entendida a participação comunitária como processo em constante ascenso,

sua existência (de obstáculos) e sua transposição deve ser contemplada somente como um passo para a participação e não como um ponto de chegada.

Os obstáculos analisados poderão ser superados ou contornados se forem constantemente avaliados e se, além de um firme apoio político, se dispuser de uma apropriada estratégia de ação. Estratégia que contenha “antídotos” para os diferentes níveis de interferência dos obstáculos e que oriente para as tarefas prioritárias o esforço concentrado da equipe do trabalho. Daí a importância de se manter um processo constante de análise, crítica e prática, pois somente combinando estas atividades é que se terá clareza sobre a estratégia adequada para cada momento.

6. CONCLUSÕES, PERSPECTIVAS E LIMITAÇÕES

O estágio atual de organização da rede de serviços básicos de saúde no município de Londrina, desenvolvida de acordo com o modelo de Atenção Primária de Saúde, tem exigido, de todos os agentes nela envolvidos, uma reflexão aprofundada sobre suas insuficiências e providências necessárias.

Um quadro sumário das insuficiências existentes no trabalho pode ser traçado a partir da avaliação do grau de cumprimento de três princípios básicos do modelo de Atenção Primária de Saúde:

1. quanto à prestação de uma atenção integral à saúde, pode-se avaliar como sendo parcialmente cumprido. Perduram falhas, menos de responsabilidade interna do que de fatores externos, como, por exemplo, a inexistência de uma disponibilidade permanente de vacinas.

2. quanto ao caráter contínuo da prestação de serviços de saúde, até o momento conseguiu-se manter intocável este princípio, apesar dos constantes assédios, por exemplo, dos fabricantes de unidades volantes de saúde.

3. quanto à supervisão constante e a existência de serviços de retaguarda para atendimento dos casos que requeiram uma atenção mais diferenciada, vem se obtendo parcialmente

o seu cumprimento, através da celebração de convênios com entidades hospitalares que passam a prestar atendimento aos casos referidos pelos Postos de Saúde como forma de saldar suas dívidas com a Prefeitura (ISS).

Ultrapassadas, a nosso ver, as fases de implantação e ampliação – não que isso signifique uma clara delimitação entre as fases, que na verdade se processam de forma imbricada \neg impõe-se a análise da estratégia necessária para a fase de consolidação do trabalho. Estratégia entendida conforme conceitua Testa (77): *“estrategia, arte de dirigir las operaciones militares, tiene también un sentido figurado, “Arte o traza para dirigir un asunto”. Por otra parte, la extensión a casi toda la sociedad de los esfuerzos requeridos por la guerra ha ampliado la concepción castrense de estrategia, ligándola cada vez más a una selección de medios, intensidades y oportunidades de acción o disuasión, que exige la dialéctica de voluntades enfrentadas. Una política que tuviese el apoyo unánime del cuerpo social no requeriría el diseño de una estrategia. Debe destacarse que estrategia no es igual a estratagema – “ardil de guerra, engaño hecho con astucia y destreza” – sino que involucra el tacto, la oportunidad, el compromiso en los aspectos en que es admisible, el convencimiento, la persuasión, la alianza, además de los diversos grados de coerción – “acción de contener, refrenar o sujetar”.*

A análise de estratégia é um problema de natureza fundamentalmente política, na medida em que deve ter como eixo principal de atenção a dinâmica das classes sociais e suas relações com o Estado. No estágio histórico em que nos encontramos hoje no Brasil, a contradição entre as classes sociais fundamentais pode ser visualizada como oposição entre Estado e as forças genuinamente populares e aquelas que, embora não populares, atuam no mesmo sentido.

De acordo com a análise de Cordoni¹⁰, “atentando-se para a natureza do Estado e para as funções que historicamente tem desempenhado, pode-se afirmar que as políticas por ele implantadas serão sempre coerentes com a sua natureza. Tais políticas só se afastarão dos interesses imediatos das classes no poder por força de pressões exercidas pelas classes subalternas. Mesmo neste caso o Estado estará preservando o seu tipo macroestrutural histórico, o que significa dizer que os limites de contestação à natureza da organização societária possíveis de uma instituição estatal não serão muito amplos. Além destes limites situa-se o campo da política “stricto sensu”. (...) A correlação de forças no presente favorece amplamente aquelas dominantes. Estas forças encontram-se cristalizadas num Estado centralizador, autoritário e controlador que apenas recentemente tem sido obrigado a incorporar pressões do pólo oposto (...) tem-se observado um crescimento das forças populares ainda insuficientes para impor ao Estado grandes desvios da sua linha política e econômica”.

A operacionalização dessa análise é um esforço imprescindível, uma espécie de tarefa/pré-requisito para a definição das demais tarefas. Testa (77) contribui para essa operacionalização quando procura esquematizar alguns dos passos possíveis para a aquisição de uma ideia global sobre a viabilidade de uma política de saúde:

“1. Identificación de los elementos (...) que en las proposiciones políticas, tengan contenidos significativamente ideológicos y afecten la estructura de valores y estilo de vida de grupos sociales.

10. CORDONI, J. L. Tese de Mestrado a ser defendida no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo.

2. *Identificación de aquellos elementos de las proposiciones que se refieren a cosas valoradas y que por ende afectan o favorecen intereses de grupos de presión.*

3. *Reconocimiento de los grupos sociales en los que pueden repercutir favorable o desfavorablemente — los elementos antes mencionados, con el correspondiente apoyo o rechazo.*

4. *Identificación de los canales de comunicación y de las formas de acceso al sistema político de dichos grupos, así como del grado de control institucional que detentan.*

5. *Previsión acerca de la magnitud de la capacidad de apoyo o rechazo a las proposiciones y acciones y de los medios posibles para expresarlos de los grupos sociales involucrados.*

6. *Previsión de los márgenes de transacción del poder institucional para conciliar los antagonismos que pudieran despertar las políticas de salud.*

7. *Disponibilidad de compulsión efectiva para el sometimiento de grupos antagónicos si resultase necesario.*

8. *Reconocimiento de los grupos sociales neutrales y pasivos y búsqueda de las formas de obtener su apoyo.*

El análisis cuidadosa de cada uno de estos aspectos puede sustentar un juicio sobre la presunta viabilidad de las políticas y servir de base al diseño de una estrategia según la cual se conduzcan las acciones en la oportunidad, secuencia y intensidad más adecuadas.”

A experiência de organização de serviços de saúde desenvolvida atualmente em Londrina deve pautar suas diretrizes e tarefas futuras pelo quadro delineado de correlação de forças, atentando principalmente para o ritmo de crescimento das pressões populares, que ainda são muito débeis, pois,

dado o seu caráter de experiência desenvolvida no âmbito de instituições oficiais, não poderá avançar suas práticas a um nível superior àquelas impostas ao Estado pelas oposições populares, sob pena de ter a experiência dissolvida. Como observa Hesio Cordeiro (20): “Deve-se interrogar, em cada conjuntura, os limites e as possibilidades de apoio e reforço destas medidas (Atenção Primária de Saúde e Regionalização), do trabalho a nível (sic) de cada experiência local, da criação de critérios de eficiência e eficácia comprometidos com os interesses dos grupos sociais subalternos”. E, sobretudo, a experiência de Londrina deve definir sua estratégia a partir da prática vivida no desenvolvimento do trabalho.

Portanto, é a avaliação desses aspectos que nos possibilita indicar a estratégia, ou seja, as tarefas que se impõem para a consolidação do trabalho em Londrina, estreitando seu compromisso com a população a que se dirige. As mudanças conjunturais, extremamente velozes hoje em dia, deverão reorientar tais tarefas.

A nosso ver é difícil pretender ordenar as tarefas segundo uma escala de prioridades, pois na sua execução influem inumeráveis fatores que se combinam das mais diversas maneiras. Dependerá de cada conjuntura a decisão sobre a sequência das ações, ou melhor, sequências, pois as reações inevitáveis ao desenvolvimento do trabalho imporão cursos de ação alternativos e gradações de intensidade no esforço em prol do cumprimento das tarefas.

A estratégia operacionalizada, ou seja, as tarefas identificadas como apropriadas para o atual estágio da experiência de Londrina, podem ser divididas em internas e externas. Sem pretender uma classificação estanque, mas simplesmente para efeito de orientação, identificam-se como tarefas “internas”,

prioritárias, hoje, no trabalho de Londrina: a expansão da rede de serviços básicos de saúde, com vistas a ampliar a cobertura e consolidar – social, política e financeiramente – o trabalho; a elevação do padrão técnico de atendimento, através principalmente da melhor formação e supervisão de pessoal; homogeneização política e democratização dos serviços, no sentido de que fiquem abertos os canais para a instalação de mecanismos de controle dos níveis inferiores sobre os superiores. O efetivo cumprimento desta tarefa está na dependência do nível de consciência e organização dos próprios auxiliares de saúde. De parte do componente profissional de nível superior da equipe cabe apoiar as iniciativas que atentem para esse objetivo, como foi o caso do I Encontro Nacional de Auxiliares de Saúde, realizado em Londrina de 1 a 4 de novembro de 1978 e que possibilitou a discussão ampliada de questões básicas do trabalho, conforme pode ser verificado pelas conclusões finais do Encontro. (Anexo 2)

Por outro lado, na medida em que se pretende a expansão dos modelos de Atenção Primária de Saúde e de Regionalização, adquire importância um outro tipo de tarefas de ação mais externa do que interna. A reprodução de experiências locais de reorganização de serviços de saúde tem pouca possibilidade. Como comenta Newell, ao analisar os diversos casos de organização de serviços de saúde relatados no documento da OMS – *La Salud Por el Pueblo* (58): *“Desde este ponto de vista, los casos de desarrollo de la colectividad del tercer grupo (desarrollo de colectividades locales) no parecen que estimulen la imitación, ni siquiera en otras zonas vecinas del mismo país, y esos proyectos no han ejercido una influencia clara sobre la política de la provincia del país”*. No entanto, é viável e necessário um esforço de esclarecimento às esferas municipais sobre a conveniência de se implantar planos locais

de instalação, operação e manutenção de uma rede básica de serviços de saúde que incorporem as diretrizes básicas de tais modelos.

Estes, por encerrarem propostas renovadoras e contraditórias em face do modelo médico-hospitalar hegemônico não podem ser uniformemente adotados, atingindo todos os municípios e todos os serviços indistintamente. Aliás, da mesma opinião já foi o Ministério da Saúde quando, em 1963, por ocasião da III Conferência Nacional de Saúde, registrava em documento oficial: “As autoridades executivas (municipais), boas conhecedoras das condições, das necessidades e das possibilidades de suas populações têm melhores condições para sentir o que melhor satisfará aos desejos e interesses das comunidades que legitimamente representam. (...) O Ministério da Saúde não pretende que se multipliquem unidades médico-sanitárias idênticas por todo o território nacional (...)” (11). Uma avaliação das condições socioeconômicas locais, bem como das forças envolvidas na prestação de serviços de saúde e das possibilidades e potencialidades da administração municipal, é imprescindível para que qualquer experiência nova obtenha alguma perspectiva de viabilização.

Neste sentido cabe uma atenção especial à tarefa de contribuir para o prosseguimento dos Encontros Municipais de Saúde e aos contatos com o IBAM com vistas a sensibilizá-lo para o acompanhamento, apoio e avaliação do setor saúde municipal, ampliando suas investigações a respeito e reformulando alguns conceitos – como o da dicotomia entre medicina preventiva e curativa (31) – que a instituição (IBAM) ainda vem utilizando nas suas investigações sobre saúde.

Também outras tarefas “externas” de grande valia serão:

- A cobrança da providência para que seja colocada em prática a Portaria Interministerial nº 001/78, de 26/7/78, que estabeleceu diretrizes para a execução dos serviços básicos de saúde e que enfatiza:

1º. - em atendimento ao princípio de regionalização, as ações de saúde serão estruturadas em ordem de complexidade crescente, a partir das mais simples, periféricas, executadas pelos serviços especializados de saúde.

2º. - a fim de assegurar à população amplo acesso aos serviços de saúde, a instalação de serviços básicos terá precedência sobre quaisquer outros de maior complexidade.

3º. - até alcançados os requisitos da capacidade funcional prevista para a região, terão prioridade os serviços básicos de saúde, nos quais serão exercidas atividades típicas de saúde pública, inclusive aquelas médico-assistenciais capazes de satisfazer a demanda imediata de cuidados ambulatoriais.

- A luta pela reformulação das atribuições contidas na Lei que criou o Sistema Nacional de Saúde. Deve ficar explícito que o papel primordial da esfera municipal é estruturar a rede de serviços básicos de saúde, dentro dos princípios da Atenção Primária de Saúde. Conforme, aliás, já o próprio Ministério da Saúde se manifestou (12) quando sugeriu aos governos municipais a atribuição de “manter serviços próprios de saúde (...) que prontamente complementarão a rede básica de assistência médico-sanitária. As Prefeituras Municipais, como órgãos públicos de primeira importância junto à comunidade local, serão co-responsáveis pelo cumprimento do princípio

ético da não-omissão de socorro aos seus munícipes. Nesse entendimento é que, na ausência dos serviços de saúde e na impossibilidade de que o município possa dispor dos mesmos, as Prefeituras providenciarão medidas adequadas de primeiro atendimento (Pronto-Socorro)” (grifo nosso).

- Pleitear a redefinição da política de utilização dos recursos do FAS, que tem se baseado em caráter estritamente financeiro e bancário, evitando sua aplicação para aumento da lucratividade do setor médico-empresarial.
- Reforçar a luta pela modificação da política fiscal procurando uma distribuição mais justa dos recursos financeiros captados nessa fonte.
- Desenvolver intenso trabalho de esclarecimento junto aos dirigentes e filiados do partido legal da oposição, visando que se iniciem as preocupações por definir uma Política Nacional de Saúde Popular e ao mesmo tempo incentivar sua efetiva aplicação nos seus redutos políticos.

Essas tarefas têm em vista contribuir para que a Atenção Primária de Saúde venha a adquirir o “status” de um sistema operando em nível nacional, pois como observa a OMS (57): *“el éxito de la estrategia (de APS) dependerá en definitiva de que refleje la plena participación del gobierno en su conjunto. Dicha participación es importante para organizar y poner en ejecución la estrategia y para mantener su impulso. La existencia de una voluntad política así es fundamental para garantizar la asignación preferente de recursos a la atención primaria de la salud, para garantizar así mismo el apoyo a las comunidades en la planificación de sus propios programas de asistencia sanitaria y para asegurarse de que todos los sectores participantes coordinam sus esfuerzos”*. Além do mais, a institucionalização do modelo de

Atenção Primária de Saúde como opção política e estratégica do setor saúde nacional é uma maneira de se evitar a indesejável coexistência de dois sistemas de saúde: um dirigido a populações pobres, marginalizadas, desassistidas, receptoras de um tipo de atenção e outro dirigido a populações de melhor nível de renda com características distintas, mais sofisticado, mantido por pessoal altamente especializado.

Claro está, no entanto, que os resultados do cumprimento das tarefas que se impõe à experiência em desenvolvimento no município de Londrina e mesmo alterações mais significativas no setor saúde nacional, não serão suficientes para resolver os problemas de saúde da população, pois esta não se encontra na dependência exclusiva de ações restritas ao âmbito local e setorial.

Quando muito, podem representar conquistas parciais. Como observa Cordeiro (20): “É certo que os projetos de extensão de cobertura através da medicina simplificada e regionalização de serviços de saúde representam possibilidades de avanço nas conquistas sociais das classes subordinadas. O acesso à atenção à saúde, em que pese sua efetividade ser relativa e frequentemente questionada, permite atender às necessidades vitais de alívio do sofrimento, recuperação de incapacidade, preservação da vida”. Conquistas parciais que, se devidamente encadeadas com alterações essenciais no setor saúde e fora dele, poderão contribuir para o acúmulo de mudanças necessárias a alterações estruturais na sociedade, estas sim, verdadeiros requisitos para uma mudança social que redunde inclusive na melhoria das condições de saúde da população.

Os agentes de saúde atuantes no plano municipal devem ter convicção da necessidade de participação social e consciência de que somente associando as tarefas de reorganização dos serviços de saúde aos esforços em prol do pleno restabelecimento da normalidade democrática é que serão viáveis redefinições das atuais Políticas de Desenvolvimento e de Saúde.

Isto é, a exemplo de outras, a luta por uma Política Nacional de Saúde Popular e Nacional dirigida à liberação da força de trabalho da massa urbana e rural, marginalizada do mercado de trabalho, ao invés do seu controle, só será vitoriosa se puder contar com a participação da grande maioria do povo. É preciso que não só os técnicos e agentes de saúde sejam compromissados com a saúde da população, mas que o próprio povo possa abrir um diálogo amplo e democrático em seu próprio seio para exprimir seus verdadeiros anseios, pois a luta pela democratização do setor saúde faz parte da luta geral pela redemocratização do país e dela depende.



1973: Conferência do professor Carlos Gentile de Mello na 1ª Bienal Médica de Juiz de Fora – MG. Acompanhado do seu “temível” flipchart.



Tripé utilizado pelo professor Carlos Gentile de Mello entre 1967 e 1976. Doado ao autor em 1977.



1978: Inauguração do Posto de Saúde do Distrito Rural de Lerroville.



1979: Aeroporto de Londrina. O autor entrega ao Ministro da Saúde Valdir Arcoverde o pedido de fornecimento de vacinas para os Postos de Saúde Municipais.



1979: Equipe da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social.





1979: Inauguração do Posto de Saúde do Distrito Rural de Tamarana. Prefeito Antonio Belinati discursando e presentes os Secretários de Educação, de Obras, da Fazenda, da Administração e chefe de gabinete do prefeito.



1979: Inauguração do Posto de Saúde Ruy V. Carnascialli.

POSFÁCIO

1979 - 2013: NOVOS REGISTROS DA EXPERIÊNCIA

TAREFA

*Morder o fruto amargo e não cuspir
Mas avisar aos outros quanto é amargo
Cumprir o trato injusto e não falhar
Mas avisar aos outros quanto é injusto
Sofrer o esquema falso e não ceder
Mas avisar aos outros quanto é falso*

...

Desde aquele 15 de maio de 1979¹ até hoje, muitas coisas aconteceram. Impossível redigir o Posfácio deste livro sem, ao mesmo tempo, revisitar memórias, vivências, alegrias, lutos, vitórias e derrotas que vivi nesses últimos 35 anos, tanto na experiência profissional como na vida pessoal.

Por que publicar agora, depois de tanto tempo, o resultado do estudo que mais se parece, parafraseando Paulo

1. Data da defesa da dissertação de mestrado “**Organização dos serviços de saúde a nível local: registros de uma experiência em processo**”. 125p. Mimeo. Segundo os registros do histórico escolar fornecido pelo Centro Biomédico/Instituto de Medicina Social da UERJ, a dissertação foi aprovada com nota 10,0 (dez) pela Comissão Examinadora composta pelos Professores Nelson Rodrigues dos Santos (UNICAMP), Hugo Tomassini (ENSP) e Madel Therezinha Luz (USP). Foram orientadores os Professores Nelson Luiz de Araújo Moraes e Hésio de Albuquerque Cordeiro.

Freire², com uma “dissertação-relatório”? Só pelo fato dessa decisão ter me levado a reler o livro, na época recém-editado, que me acompanhou durante meses na difícil tripla-jornada de médico dos primeiros Postos de Saúde da cidade, de Secretário Municipal de Saúde e de mestrando do IMS-UERJ, já senti que ela foi acertada.

As reflexões e os ensinamentos promovidos pela leitura dessa obra de Paulo Freire foram muito importantes naquele tempo. Identifiquei-me de tal forma com o trabalho realizado junto àquele povo recentemente liberto, que o título da minha dissertação incorporou parcialmente o título do livro. Nunca disse isso a ninguém. Afinal, tratava-se de um autor exilado. Vivíamos em um país no qual pessoas ainda eram presas e “sumidas” ou “suicidadas”. Felizmente a maioria voltava. Caso contrário, o Professor Hésio Cordeiro, diretor, à época, do Curso de Mestrado do IMS, teria que providenciar um substituto para o Professor Nelson Rodrigues dos Santos³ na banca de defesa... Hoje em dia até se aborda esses episódios

-
2. “Até hoje, sem exceção, nenhum dos poucos livros que escrevi deixou de ser uma espécie de relatório, não burocrático, é certo, de experiências realizadas ou realizando-se em momentos distintos da atividade político-pedagógica em que me acho engajado desde o começo de minha juventude. *Cartas à Guiné-Bissau, Registros de uma Experiência em Processo*, talvez seja, entre todos, o que mais explicita, a partir do seu próprio título, este caráter de livro-relatório.” FREIRE, P. **Cartas à Guiné-Bissau: Registros de uma experiência em processo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. p. 173.
 3. Em 1975, durante a Operação policial-militar “Marumbi”, o Professor Nelson Rodrigues dos Santos, então docente do Departamento de Medicina Preventiva e Diretor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, foi preso, juntamente com outros líderes políticos, sindicais e comunitários pela Polícia Política da Ditadura de 1964. Recentemente foi publicado um livro, produto de uma pesquisa de mestrado, sobre a Operação. (BRUNELO, Leandro. **Repressão política na Terra das Araucárias: a Operação Marumbi em 1975 no Paraná**. Maringá: UEM, 2006).

com um pouco de humor. Mas não devemos esquecer que a conquista da saúde e da democracia nunca foi fácil e muitas vidas, carreiras profissionais e ambientes familiares foram prejudicados, alguns de forma drástica e definitiva, tanto pela repressão policial-militar como pelo ambiente político daqueles anos.

Mas, voltando à pergunta – por que publicar agora, em 2013, 35 anos depois, uma dissertação que, apesar de ter sido bem avaliada pela banca examinadora, ficou na nossa pasta de documentos do curriculum vitae, no arquivo da biblioteca da UERJ e nas gavetas de alguns poucos amigos? Ou seja, que importância pode ter sua leitura em 2013, se durante todo esse tempo ficou no esquecimento? Bem... como será visto adiante, o trabalho não ficou propriamente no esquecimento. Mas uma primeira razão da publicação é porque ela vem para preencher uma lacuna. Não existem muitas publicações que abordem aquele período de formação do movimento sanitário, isto é, os anos da década de 1970. Com exceção das obras de Flavio Goulart⁴, Lavras, Prieto e Contador⁵, Maria Cecília Donnangelo⁶, Sergio Arouca⁷, Gentile de Mello⁸ e algumas

4. GOULART, F.A.A. **Municipalização: veredas.** Caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco/Conasems, 1996. 116p.

5. LAVRAS, C, PRIETO, S, CONTADOR, V. **Movimento Sanitário Brasileiro na década de 1970: a participação das universidades e dos municípios.** Memórias. Brasília: CONASEMS, 2007. 92p.

6. DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e sociedade: o Mercado de Trabalho.** São Paulo: Pioneira, 1975.

7. AROUCA, S. **O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva.** São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

8. GENTILE DE MELLO, C. **Saúde e assistência médica no Brasil.** São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1977.

poucas outras, mas que não tiveram, com exceção das duas primeiras, a saúde em âmbito municipal como objeto de estudo, não são identificadas outras pesquisas que tenham sido publicadas⁹.

Os poucos estudos ou publicações que abordam as experiências municipais de construção das bases da Reforma Sanitária Brasileira são datados das décadas seguintes e enfocam principalmente os anos de 1980 e 1990, como é o caso do que foi realizado por Célia Almeida¹⁰, por Regina Bodstein¹¹, por Silvio Fernandes da Silva^{12, 13}, e por Eugênio Villaça¹⁴. Não estamos computando aqui as excelentes reportagens, relatos de experiências e depoimentos publicados no Jornal do CONASEMS durante os seus 25 anos de existência. Trata-se de outro plano de profundidade. Portanto, a publicação deste livro vem para integrar as comemorações do 25º aniversário

-
9. Quando estava redigindo este texto tomei conhecimento de dois outros trabalhos, coincidentemente de autores que foram contemporâneos do IMS/UERJ, e que tomaram por objeto de estudo a experiência de Niterói: SANTOS, MEST (Santinha) “**Política e participação comunitária: a experiência de Niterói**”. Rio de Janeiro, 1980. 87p (não defendida em razão de prazos regimentais do curso de mestrado) e DAL POZ, M – “**Organização dos serviços de saúde e o processo de urbanização**”. Rio de Janeiro, 1981. Ambas não publicadas (ainda...).
 10. ALMEIDA, C.M. **Os atalhos da mudança na saúde no Brasil. Serviços de nível local: 9 estudos de caso**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 1989. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 10).
 11. BODSTEIN, R. **Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
 12. SILVA, S.F. **A construção do SUS a partir do município**. São Paulo: HUCITEC, 1996.
 13. SILVA, S.F. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: HUCITEC, 2001.
 14. MENDES, E.V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

da entidade que ajudei a criar e para resgatar as iniciativas municipais dos anos 1970, muitas delas, como no caso das três pioneiras – Londrina, Campinas e Niterói – ainda relativamente desconhecidas por muitos, especialmente os seus processos. Não incluo o Projeto Montes Claros dentre as iniciativas municipais pioneiras dos anos 1970 porque, como está muito bem registrado e analisado por vários autores¹⁵, tratou-se de uma iniciativa da esfera estadual, tendo tido papel decisivo o Centro Regional de Especialidades de Montes Claros. A participação das prefeituras municipais no projeto passou a ocorrer de forma mais intensa a partir de 1983, quando os novos prefeitos, eleitos em 1982, convidaram várias pessoas do projeto e do movimento sanitário.

Como dito acima, embora não publicado, este estudo não caiu no esquecimento. Pelo menos não de minha parte e de alguns amigos que conheciam ou se lembravam do trabalho pioneiro dos anos 1970 desenvolvido na saúde de Londrina. De forma explícita ou implícita e, com o passar dos anos, cada vez mais implícita, várias reflexões e análises registradas na dissertação apoiaram decisões de muitos de nós. E isso, no âmbito do município, aconteceu recentemente de forma muito clara, como no episódio da crise do sistema de saúde londrinense, ocorrida entre 2009 e 2012, em que proposições (veremos mais adiante em detalhe), baseadas numa visão crítica desse passado, foram recusadas e outras propostas, baseadas na visão dicotômica entre estatal X privado, foram aprovadas. A crise foi temporariamente amenizada, mas

15. FLEURY, S. (Org) **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

suas raízes permaneceram e volta e meia faz vir à tona suas consequências, debilitando mais ainda a credibilidade do SUS junto à população usuária e à sociedade. Talvez, quem sabe, se a história da saúde no município, particularmente dos anos de 1970, fosse conhecida mais profundamente e por mais gente, os caminhos poderiam ter sido outros...

Ainda em 1979, a dissertação serviu como texto de apoio para a minha intervenção¹⁶, no 1º Simpósio Nacional sobre Políticas de Saúde, promovido em Brasília, de 9 a 11 de outubro, pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Este foi um evento que cumpriu um papel decisivo no encontro entre as forças precursoras do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que estava sendo gestado na sociedade, especialmente nos ambientes universitários, e o parlamento, até então distante e sem envolvimento. Mesmo aqueles deputados e senadores que faziam parte da oposição aos governos militares não tinham uma leitura crítica mais profunda sobre a política de saúde vigente, suas consequências e as propostas de mudança que estávamos construindo nas universidades e nos serviços de saúde. O Simpósio foi coordenado pelo Deputado Ubaldo Dantas (MDB-Bahia) e teve como um dos seus principais articuladores o Deputado Euclides Scalco (MDB-Paraná), tendo sido o momento em que o documento “Democracia e Saúde”, do CEBES, foi apresentado publicamente pelo Sérgio Arouca, discutido em todos os grupos e aprovado para integrar o Relatório do evento. A partir desse momento, as

16. ALMEIDA, M.J. Descentralização e Regionalização da Saúde. In: **Anais do I Simpósio Nacional sobre Políticas de Saúde**. 2.ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980, p.125-130.

bases do nascente Movimento da Reforma Sanitária Brasileira estavam ampliadas. Minha participação, como debatedor, em uma das quatro mesas do evento, se deu como Secretário Municipal de Saúde. O único desse segmento, ainda muito pouco significativo no cenário político da saúde naqueles anos. Felizmente, tínhamos o que dizer. E com base não só na vivência do trabalho cotidiano, mas também nas análises e conclusões de uma pesquisa/dissertação realizada então recentemente.

Lembro-me também que a dissertação, em suas fases de elaboração e pós-defesa, serviu como apoio e subsídio em algumas discussões que fizemos durante o 1º e o 2º Encontros Municipais de Saúde, realizados em Campinas (17-20/5/1978) e em Niterói (24-27/10/1979), promovidos pelas Secretarias de Saúde de Campinas, Niterói e Londrina e também o Instituto Brasileiro de Administração Municipal - IBAM. Nós três – o Sebastião Moraes, de Campinas, o Hugo Tomassini, de Niterói e eu - os Secretários da época, havíamos sido apresentados pelo Arouca, pelo Nelson e pelo Hésio. Não me recordo de quem partiu a ideia de promovermos encontros municipais. Planejamos uma sequência que havia começado em 1978 por Campinas e terminava por Londrina em 1980, último ano das administrações municipais e ano eleitoral. Em Londrina estávamos preocupados com a sustentabilidade da experiência que estava em curso e havíamos feito alguns cálculos, tendo incluído o 3º Encontro, especialmente em virtude da sua potencial visibilidade externa, como uma das estratégias para alavancar compromissos políticos junto aos candidatos a Prefeito que se apresentariam no ano seguinte...

Contudo, fomos todos surpreendidos em novembro de 1979 pela manobra do Governo Militar, usando sua maioria no

Congresso Nacional, obtida às custas de Senadores Biônicos e outras artimanhas, que, semanas após o Simpósio realizado em outubro na Câmara dos Deputados, extinguiu o bipartidarismo, a Arena (Aliança Renovadora Nacional) e o MDB (Movimento Democrático Brasileiro), os dois Partidos Políticos legalmente existentes desde o Golpe Militar de 1964. Alguns meses depois, os mandatos dos prefeitos foram prorrogados por mais dois anos, postergando as eleições municipais para 1982. Estas e outras medidas visavam enfraquecer a oposição e garantir condições para o general-presidente João Batista Figueiredo, escolhido pelos militares para governar o país até 1985, desse conta da sua missão.

No início do caminho, o risco do retrocesso

Essa nova realidade política teve logo seus desdobramentos em todas as esferas da sociedade. Um dos objetivos do Governo Militar era fragmentar a oposição e cooptar lideranças. Em Londrina e em Niterói, os prefeitos Antonio Belinati e Wellington Moreira Franco, respectivamente, aderiram ao novo Partido Político governista, o Partido Democrático Social (PDS).

Como o prefeito Belinati exigiu que os seus auxiliares diretos detentores de cargos de confiança, ou seja, os Secretários Municipais, assinassem junto com ele a ficha de filiação ao novo Partido, apresentei minha renúncia em fevereiro de 1980. Não foi uma decisão simples. Afinal, estava em curso um trabalho de natureza política, de política de saúde essencialmente, com fortes componentes técnicos, princípios e diretrizes que antecipavam um novo Sistema de Saúde em

construção. Com os quais eu me identificava e em torno dos quais vários profissionais de saúde e outros técnicos haviam se agregado. E era tudo muito recente, muito frágil, correndo permanentemente riscos de retrocesso. Por outro lado, desde 1973, quando era presidente do Diretório Central dos Estudantes da UEL, eu tinha sido convidado pelos Deputados do “Grupo Autêntico” Alencar Furtado (PR), Chico Pinto (BA) e Lysaneas Maciel (RJ), que haviam vindo a Londrina para um debate, e com isso eu participava do Movimento Democrático Brasileiro, além de ter amizades com vários militantes do então clandestino Partidão (Partido Comunista Brasileiro). Diante da decisão do prefeito, o que fazer? Como fazer? Novamente o estudo realizado, a dissertação defendida, os princípios almejados serviram de subsídios para as análises e conclusões que foram feitas naquelas semanas decisivas do final de 1979 e início de 1980.

A equipe era pequena. Meia dúzia de médicos, outro tanto de enfermeiras, uma dentista, um farmacêutico, duas dúzias de auxiliares de saúde, uma técnica em higiene dental, algumas assistentes sociais, vários professores de educação física, conhecidos como recreacionistas, pois trabalhavam nos Parques Infantis da cidade, meia dúzia de motoristas e algumas dezenas de operários de manutenção predial dos Parques e Centros Comunitários e, a partir do ano anterior, dos 8 Postos de Saúde implantados pela Secretaria Municipal. Esta era a estrutura e a equipe! Quase uma centena de pessoas. E foi pelas mãos deles que a experiência teve continuidade.

Durante algumas semanas, antes da apresentação pública e formal da renúncia, promovemos uma reflexão e análise coletiva, a mais ampla possível que a segurança do processo

permitia. A avaliação da conjuntura política municipal, as análises sobre os apoios e alianças possíveis, a identificação das estratégias e das providências cabíveis para preservar a equipe envolvida e o trabalho que vinha sendo realizado, foram tarefas cumpridas com determinação e, eu diria, com orgulho, com competência. Orgulho de minha parte e da equipe, pois o que se seguiu foram meses, ou melhor, anos, mais precisamente três anos de tensões permanentes e muitos desafios, que foram superados de forma madura e solidária. Não tenho dúvida que a dissertação também contribuiu com esse processo.

É claro que algumas concessões precisaram ser feitas. Por exemplo, o 3º Encontro Municipal de Saúde, previsto para ser realizado em Londrina, em 1980, precisou ser suspenso. Com isso, o processo de organização do movimento municipalista em saúde comprometido com o ideário em construção da Reforma Sanitária sofreu um pequeno atraso. As iniciativas em outros municípios e regiões também aconteciam. Conforme registrou Goulart em seu estudo já citado, em 1981 houve um Encontro promovido em Belo Horizonte, exclusivamente de Secretários e em 1982, o Gilson Carvalho, Secretário de Saúde de São José dos Campos (SP), retomou o fio da meada e promoveu o II Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde e III Encontro Municipal do Setor Saúde, associado ao II Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Para se ter uma ideia dessa decisão, em 1985 esses eventos foram realizados em Montes Claros, Norte de Minas Gerais e só em 1987 Londrina veio a sediar o V Encontro Municipal do Setor Saúde e o IV Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, evento que deliberou pela criação do CONASEMS e indicou uma comissão provisória que elaborou

os Estatutos, aprovados no ano seguinte, em Olinda, quando foi eleita a primeira diretoria nacional.

Além dessa concessão, o trabalho de articulação da equipe de saúde com o que existia de movimento social na época, nos bairros e distritos rurais de Londrina, sofreu um arrefecimento. Felizmente o prefeito não desencadeou uma “caça às bruxas”, apesar de ter sido cobrado por alguns dos seus novos companheiros de Partido. A sua formação política populista, a sua origem social – o pai era ferroviário aposentado – e os bons dividendos políticos decorrentes do trabalho que vinha sendo realizado na saúde, que lhe permitia dizer de peito aberto que a promessa de implantação dos 4 Postos de Saúde havia não só sido cumprida mas ultrapassada, foram ingredientes positivos nessa transição. Além disso, em certa medida, a experiência de uma nova Política Municipal de Saúde que vinha sendo desenvolvida não se apresentava como uma iniciativa exclusiva da Secretaria de Saúde. Procurou-se sempre compartilhar os seus méritos e conquistas com as demais esferas e lideranças da administração municipal, como o Planejamento, a Fazenda, a Previdência Municipal, a Secretaria de Obras, de Educação e outras. Ou seja, a experiência era intersetorial, o que, naquele momento de crise, contribuiu para que fosse também intersetorialmente defendida.

No meio do caminho, a expansão

Os três anos seguintes, 1980, 81 e 82, foram muito difíceis tanto do ponto de vista profissional como para o desenvolvimento da experiência local. Algumas poucas aulas

em um novo curso de enfermagem instalado na cidade¹⁷ e um trabalho temporário, como técnico de planejamento, no projeto de saúde da Bacia do Alto Paraguai. Este, abrangendo municípios limítrofes dos estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, havia sido iniciado pelo Roberto Passos Nogueira, colega de turma do mestrado no IMS, que havia realizado a etapa de Diagnóstico. Coube-me trabalhar com os agentes dos órgãos estaduais e federais existentes na região. Do ponto de vista dos municípios, praticamente não existiam estruturas e pessoas envolvidas com saúde e saneamento, pois naquela época ainda estavam sendo criadas. Nessas circunstâncias, de pouco valiam as lições do trabalho em Londrina, uma vez que as realidades eram muito diferentes. Recordo-me vagamente de termos buscado algum contato com pessoas, companheiros de Partido, residentes em Campo Grande, que trabalhavam na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e na Prefeitura da capital. Pode ser que alguma semente tenha ficado.

Enquanto isso, a equipe da SMS em Londrina mantinha a parceria com os professores do Departamento de Medicina Preventiva da UEL e levava adiante as ações de capacitação e de aperfeiçoamento do trabalho. Conseguiu inclusive dar prosseguimento aos planos de expansão e foram implantados mais quatro postos entre 1979 e 1982. Com isso, já se somavam 12 Postos, configurando o início de uma pequena rede de Unidades Básicas de Saúde.

O Prefeito, que havia se licenciado para ser candidato a Deputado Estadual nas eleições de 1982, apresentava o

17. Centro de Estudos Superiores de Londrina (Cesulon), atualmente UNIFIL (Centro Universitário Filadélfia).

cumprimento da sua promessa da campanha anterior como um trunfo eleitoral. Nem por isso foi eleito, tendo ficado como primeiro suplente. Por outro lado, eu, que nunca tinha sido candidato a cargo eletivo, com exceção do movimento estudantil, fui eleito para a Assembleia Legislativa do Paraná. Evidentemente que a expressiva votação do nosso candidato a Governador, o então Senador José Richa, ajudou muito na votação e eleição dos candidatos a deputado do PMDB, para a qual havia sido convidado não só a participar como a presidir o primeiro Diretório Municipal, logo após a renúncia em 1980. Nossa dedicação na construção do Partido nos bairros e nos Distritos Rurais, na época populosos¹⁸, era intensa e extravasava os limites do município, envolvendo vários outros do Norte do Paraná. Mas era evidente e perceptível que o trabalho realizado na implantação dos Postos de Saúde e a minha atitude de não pactuar com o fisiologismo político-eleitoral contribuíram enormemente para os 22 mil votos obtidos naquela histórica eleição. Histórica porque as vitórias dos candidatos do PMDB em vários estados foi um passo decisivo para ultrapassar os limites impostos pela estratégia da Ditadura de uma “abertura lenta, gradual e segura”.

A “dissertação-relatório” fazia parte do processo. Não só para alimentar os discursos de campanha, mas para subsidiar a proposta de saúde do nosso candidato a Governador. Em 27 de outubro de 1982, poucos dias antes da eleição, a notícia do falecimento do Professor Carlos Gentile de Melo, ouvida em um noticiário de rádio, tirou-me da campanha por algumas horas.

18. Segundo o Censo Demográfico de 1980, a população rural de Londrina era de 34.771 pessoas, representando 11,52% dos habitantes do município. Hoje, segundo o Censo de 2010, é de 13.181 pessoas, representando 2,6%.

Além da amizade familiar que havíamos estabelecido durante os anos de residência no Rio de Janeiro, ele teve papel decisivo durante a primeira crise vivida na implantação da experiência de Londrina, quando eclodiu o conflito entre a reitoria da UEL e a Prefeitura, que está registrada na dissertação. Além das lembranças, do exemplar do seu livro, o primeiro editado pelo CEBES, da coleção Saúde em Debate, já citado, guardo comigo o tripé de madeira que serviu durante anos para o flipchart que usava nas suas palestras e que me presenteou quando chegaram os retroprojetores e projetores de slides.

Em uma justa homenagem, o CEBES publicou¹⁹ que o “Professor Carlos Gentile de Mello foi indubitavelmente um criador. Criador de ideias, de lógicas, de frases: às vezes, criador de casos, não rejeitava a polêmica. Professor por excelência, atingiu a perfeição: foi um criador de outras criaturas, que aprenderam a pensar por sua própria cabeça. Possuía um dom que o fazia ser entendido por toda a gente, até mesmo por aqueles desentendidos crônicos. (...) Sua pena parecia também estar em todos os lugares, era encontrada na circumspecta revista técnica, mas não se negava a prestigiar a imprensa das bancas, fosse a “Folha de São Paulo” ou a “Tribuna de Madureira”. (...) Lido ou ouvido, Gentile sabia como ninguém tornar simples as situações mais complexas, assim como era capaz de mostrar a complexidade de formulações, à primeira vista, singelas. Confessava-se um “otimista incorrigível”, mas via com redobrado ceticismo a possibilidade de melhores condições sanitárias para a população enquanto prevalecesse um

19. Revista Saúde em Debate, n.17, julho 1985, p.6 e v.34, n.85, abr/jun 2010, p.396.

sistema de saúde “caótico, corruptor, incontrolável, irracional e elitista”. (...) Os livros e os estudos que nos legou continuam rigorosamente atuais, até porque permanecem os mesmos problemas e os mesmos impasses.” Estes novos registros sobre a experiência de Londrina confirmam essas palavras...

Com a vitória nas eleições de 1982 do candidato do PMDB à Prefeitura de Londrina, o Dr. Wilson Moreira, foi convidado para assumir o cargo de Secretário Municipal de Saúde o Professor Lúcio Tedesco Marchese²⁰, cirurgião infantil, ex-diretor do Hospital Universitário em sua fase de implantação, quando fazia parte da equipe do Dr. Humberto Moraes Novaes, no início da década de 1970. No decorrer dos seis anos da nova administração a rede de Unidades Básicas de Saúde foi acrescida de mais 23 Postos, chegando a 37 Postos no final de 1988. Contribuiu também para isso o fato do Governo do Estado ter adotado com firmeza a diretriz de descentralização e de municipalização da saúde. O Governador José Richa, com a decidida participação do Deputado Euclides Scalco, convidou para ser Secretário de Estado da Saúde um outro colega de Departamento, o Professor Luiz Cordoni Jr. Este, com uma nova equipe e também se valendo da experiência de Londrina, de onde levou um dos seus melhores técnicos²¹ para diretor administrativo e financeiro, desenvolveu durante

20. O Professor Lúcio Tedesco Marchese foi presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica e é atualmente diretor-presidente da Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Científico-Tecnológico do Hospital Universitário.

21. Arnaldo Agenor Bertone, economista. Foi diretor executivo da Autarquia dos Serviços de Saúde de Londrina (1978-1982). Preso político durante o regime militar, anistiado. Ex-dirigente do Ministério da Saúde no Governo Fernando Henrique Cardoso e Secretário Municipal de Recursos Humanos de Curitiba, quando faleceu, em 3/11/2008.

os 4 anos de governo um intenso processo de renovação na saúde pública do Paraná, o que contribuiu decisivamente para o fortalecimento do Movimento da Reforma Sanitária e para colocar em cena a instância estadual de governo como ator estratégico no processo de reestruturação nacional do setor.

Nesse período, enquanto as folhas do estêncil²² permitiram, foram feitas muitas cópias daquela “dissertação-relatório”. Entregues para os novos atores que estimulávamos, de várias formas, para assumir atividades no âmbito dos municípios paranaenses. Ocorria o crescimento das organizações microrregionais dos Departamentos e Secretarias Municipais de Saúde, no rastro do pioneiro Grupo de Saúde da Associação de Municípios do Médio-Parapanema (AMEPAR), da região de Londrina. A Secretaria Estadual apoiava decididamente as Ações Integradas de Saúde (AIS) e, em votação na Assembleia Legislativa, conseguimos, no início do Governo José Richa, aproveitando um projeto de lei de iniciativa do poder executivo, que estipulava um acréscimo de 1% no Imposto de Circulação de Mercadorias e de Serviços, a vinculação de 25% do mesmo para as ações de saúde.

De minha parte, atuei na Assembleia Legislativa como apoio e sustentação das ações do governo José Richa, especialmente nas áreas de saúde e de educação. Além disso, apresentei, junto com outros deputados, a proposta de uma Comissão Parlamentar de Inquérito, pois havia fortes indícios

22. Folha de papel fino que serve de matriz para impressão por mimeógrafo e base da pintura serigráfica. O mimeógrafo é um equipamento que foi muito utilizado para fazer cópias de papel em grande escala na reprodução do estêncil. Ou seja, em tempos de máquina de datilografia, antes dos microcomputadores e das impressoras.

de uso da máquina pública da SESA durante o governo anterior. Não consegui reunir as provas necessárias e o meu relatório na CPI não foi conclusivo.

Mas, além dos trabalhos legislativos propriamente ditos, naquele período desenvolvemos intenso processo de mobilização no estado. Simpósios sobre Políticas de Saúde promovidos pela Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa e Encontros Populares de Saúde em todas as regiões do Estado, promovidos pela SESA²³, com a participação de centenas, de milhares de pessoas. Eventos realizados em Ginásios de Esportes e com a presença dos líderes nacionais do Movimento da Reforma Sanitária, com destaque para o Arouca, sempre um excelente tribuno.

Em 1985, estive na Nicarágua, por ocasião do 6º Aniversário da Revolução Sandinista, e em Cuba, para participar de um evento sobre a Dívida Externa dos países do Terceiro Mundo. Visitei serviços de saúde e conheci melhor o Sistema de Saúde deles, pois, alguns meses antes da viagem, havia lido o livro sobre a saúde na ilha²⁴ publicado pelo CEBES. O modelo da Atenção Primária de Saúde e a prioridade para as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, aliados à massiva formação de recursos humanos de boa qualidade e a recursos financeiros abundantes, eram e são os ingredientes para a melhoria significativa dos indicadores

23. Esse trabalho mobilizou as equipes de todas as Regionais de Saúde, dos municípios, muito poucos na época, e lideranças comunitárias, embriões dos Conselhos de Saúde que viriam a ser formados na década seguinte. Essa mobilização foi coordenada pela Darcy Reis de Oliveira, ex-assistente social do Sanatório de Tuberculose de Londrina e ex-professora do curso de Serviço Social da UEL.

24. BENITEZ, A. e cols. **Saúde e Revolução: Cuba. Uma antologia de autores cubanos**. Rio de Janeiro: CEBES/Achiamé, 1984. 343p.

de saúde cubanos. Ao lado disso, as restrições às liberdades de organização e manifestação política, a exemplo do que observei também, alguns anos depois, em viagens a outros países do extinto bloco socialista europeu, resultava em sérios questionamentos de ordem ideológica. Mas nem deu muito tempo para tratar disso porque, ao retornar da viagem (em tempo, registre-se, custeada por minha conta), deparei-me com o Presidente Sarney decretando a legalização do PCB e um intenso processo de discussão passou a ocorrer com os companheiros do PMDB e com os do PCB que constituíam as bases do mandato parlamentar que eu detinha desde as eleições de 1982. Desfiliar-me ou não do PMDB e integrar os quadros do PCB na legalidade, esta era a questão. Após algumas semanas de análises e debates, despedi-me do PMDB que havia ajudado a fundar.

Ainda no meio do caminho, a consolidação

Esse mandato, as ações desenvolvidas por meio dele em apoio à experiência que continuou sendo desenvolvida em Londrina e a política estadual de municipalização da saúde continuaram até o final de 1986. Em 1987, nem bem tinha tido tempo para avaliar a derrota eleitoral sofrida com a perda do mandato de deputado estadual, já retomei o trabalho na saúde atuando como professor de Medicina Preventiva na UEL²⁵ e como Presidente do Centro Brasileiro de Estudos

25. Finalmente, após três concursos prestados nos quais havia sido aprovado sempre em primeiro lugar, mas que resultavam, vamos dizer, “desertos”, por obra e graça da Polícia Política e seus seguidores encastelados nos poderes universitários, teimosamente prestamos mais um, em 1987, e desta vez fui nomeado, pois o reitor havia sido escolhido pela comunidade universitária e pelo Governador José Richa, com base em uma Lei estadual de democratização das universidades paranaenses que havia sido de nossa autoria alguns anos antes.

de Saúde (CEBES)²⁶. Este cargo, o patrimônio e o acervo da entidade me foram entregues pelo Eric Jenner Rosas²⁷, Eleutério Rodrigues Neto, José Paranaçu de Santana, Luiz Felipe Moreira Lima e outros em uma caixa de papelão durante uma reunião/assembleia realizada na sede do Sindicato dos Médicos do DF, em Brasília, em julho de 1987, durante um dos intervalos da Reunião Anual da SBPC. Estávamos todos muito envolvidos nas ações que resultaram da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 e que diziam respeito aos trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e toda uma série de iniciativas voltadas a fortalecer, na Assembleia Nacional Constituinte, já convocada, as nossas propostas de saúde, como o SUS. Dentre elas a coleta de assinaturas na emenda popular que delineava os princípios e diretrizes do futuro sistema de saúde do país.

Ainda em 1987, no mês de novembro, juntamente com o Luiz Cordoni e o Arnaldo Bertone, participei da criação do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva - NESCO. Uma entidade voltada a apoiar as políticas públicas de saúde e iniciativas, especialmente no campo da formação de recursos humanos de saúde, destinadas a contribuir para a construção do SUS no Paraná. Uma entidade com menos amarras do que os Departamentos tradicionais de Medicina Preventiva das universidades brasileiras. Vale registrar, também aqui,

26. Entidade associativa de direito privado, criada em 1976. Não confundir com “ente privado” ou com “organização da iniciativa privada”.

27. Eric Jenner Rosas, ex-médico residente no Hospital do Servidor do Estado do Rio de Janeiro, líder do movimento nacional de médicos residentes na década de 1970, colega de estudos no Mestrado do IMS, fundador e ex-dirigente do CEBES. (27/12/1949 – 26/6/2001).

que se trata de uma entidade de direito privado, mas não propriamente um “ente privado” ou uma “organização da iniciativa privada”, que vem realizando nesses 25 anos um trabalho de fortalecimento das políticas públicas de saúde e de educação e de programas e projetos comprometidos com a Reforma Sanitária. Recentemente, no início de 2013, o NESCO modernizou sua estrutura, atualizou seu projeto político, passou a denominar-se Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - iNESCO e elegeu novos dirigentes. Este livro cumpre também o papel de integrar as comemorações do 25º aniversário da entidade.

Além de dar conta das tarefas de professor do curso de medicina, com atividades docente-assistenciais regulares, quase diárias, nas Unidades Básicas de Saúde sob responsabilidade da Universidade, os anos seguintes foram de intensa dedicação para o CEBES. Conseguimos reestruturar seu quadro associativo, viabilizar condições para retomar e regularizar as suas publicações, tendo na ocasião a oportunidade de conhecer de perto o Professor Giovanni Berlinguer²⁸. No início da década de 1990, quando o foco do seu trabalho intelectual havia se voltado para a Bioética, ele esteve em Londrina por alguns dias. Visitou a sede do CEBES e conviveu conosco, fez palestras na Universidade e na Irmandade da Santa Casa, tendo semeado as bases da Bioética também entre nós.

28. Médico, senador pelo PCI durante reiterados mandatos e professor de Fisiologia e Higiene do Trabalho na Universidade La Sapienza, de Roma. Autor de numerosas publicações, entre as quais, publicadas em português e pelo CEBES: *Medicina e Política*, *A saúde nas fábricas*, *A Doença*, *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*, *As minhas pulgas*. Tive participação direta nos últimos três, publicados em 1988 e 1989. O Professor Giovanni fez amizades com muitos brasileiros e conviveu longamente com vários de nós. Sua argúcia política e disposição para o trabalho só rivalizam com sua sensibilidade e afetividade.

Ainda no final da década anterior, em 1989, tive oportunidade de conhecer a República Democrática Alemã (RDA). Durante duas semanas, alguns meses antes da queda do Muro de Berlim, ocorrida em novembro daquele ano, visitei várias regiões, fiz palestras em fábricas, escritórios e escolas sobre a realidade brasileira. Tratava-se de um programa de intercâmbio entre o PCB e o PSUA (Partido Socialista Unificado Alemão). Essa viagem e uma outra, no ano seguinte, a Moscou e São Petersburgo (na época Leningrado) contribuíram bastante para sedimentar sérios questionamentos a respeito do ideal socialista. Impossível não enxergar a estagnação econômica e a falta de liberdades nos países visitados.

Com o conhecimento que passamos a ter, fruto dessas visitas internacionais e mais as crescentes divergências com as análises e encaminhamentos dados pelos ex-companheiros paranaenses do PCB, em 1991, me desliguei do Partido, não chegando a filiar-me ao Partido Popular Socialista, apesar de ter sido a proposta com a qual havia concordado e aprovado durante o 9º Congresso Extraordinário realizado em junho daquele ano no campus da UERJ. Mas a saturação decorrente dos muitos anos de intensa participação na política, aliada às novas exigências da vida universitária, levou-me a optar pelo afastamento da política partidária.

Nesse período, a “dissertação-relatório” quase foi publicada. Em uma ocasião em que discutíamos o planejamento editorial do CEBES cheguei a colocá-la na pasta de trabalho para ser apresentada e submetida à análise dos conselheiros. Mas acabei voltando para casa com ela dentro da pasta, pois fiquei inibido frente ao risco de ser visto como beneficiário em função do cargo que exercia na entidade.

Eram tempos de mobilização para a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, para a implantação do SUS aprovado na nova Constituição Federal. Bem como tempos de luta para que as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais seguissem os mesmos princípios e diretrizes. E nisso estávamos todos engajados!

Engajamento particularmente intenso no Paraná, onde eu atendia as convocações do Deputado Haroldo Ferreira (1987-1990), médico, que no Governo José Richa havia sido Diretor Regional da SESA no Sudoeste, em Francisco Beltrão, ocasião em que organizou, ao lado do saudoso Dr. Walter Pecoits²⁹, o 1º Encontro Popular de Saúde e que, naqueles anos, liderou a luta pela aprovação dos artigos 167 a 172 da Constituição Estadual, integrantes da Seção Saúde do Capítulo da Seguridade Social.

Enquanto isso e no decorrer da década de 1990 e na de 2000, com maior força na primeira, a experiência de saúde de Londrina ganhava novos contornos, novas estruturas, novas dimensões. Os titulares se sucediam no cargo de Secretário e, com destaque para o Agajan Der Bedrossian e o Silvio Fernandes da Silva, conseguiram ampliar a rede básica, modernizar suas instalações, implantar serviços de atenção secundária e de apoio diagnóstico, expandir enormemente o quadro de profissionais³⁰.

29. Médico, gaúcho de Erechim, onde foi vereador, mudou-se para Francisco Beltrão em 1952. Foi vereador, prefeito e deputado estadual, eleito em 1962 pelo PTB. Foi cassado e torturado pela Ditadura Militar. No Governo José Richa foi Secretário Especial da Reforma Agrária. Sempre apoiou o trabalho realizado na saúde em Londrina. Faleceu em 25/6/2004.

30. Nos anos 1990 o quadro de pessoal da Secretaria e da Autarquia Municipal de Saúde ultrapassou o primeiro milhar. Atualmente é de 2.197 servidores (SOUZA, E.A. **Panorama dos Serviços de Saúde do Município de Londrina**. Palestra na Câmara Municipal em 26/4/2012).

Conforme registrou o Silvio Fernandes no seu livro publicado em 1996 e já citado, Londrina foi o primeiro município do estado a assumir a gestão semiplena da saúde. Tudo isso com muita dificuldade, claro. A partir de um certo momento, em torno de 2005, houve a decisão do prefeito Nedson Micheletti (2000–2004 e 2005 - 2008), de centralizar a gestão financeira da saúde na Secretaria de Gestão Pública. Essa decisão, agravada no governo seguinte, de reduzir mais ainda as funções da Autarquia de Saúde, enfraqueceu politicamente a Secretaria e seus titulares. Além de, mais importante, ter contribuído para a burocratização e o aumento da ineficiência na gestão da saúde municipal.

Outra importante modificação ocorreu devido à perda de autonomia da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde (entidade de direito privado, note bem, não um “ente privado” ou uma “organização da iniciativa privada”, que eu havia ajudado a reestruturar em 1977), em virtude de dispositivos aprovados pela nova Constituição do país. Assim, ela, que havia, nos anos 1970, sido a grande mola propulsora e alavanca dos procedimentos administrativos na saúde do município, à margem das amarras da administração direta, deixou de cumprir esse papel. Mas isso foi se dando de forma imperceptível. Ou quase. Mesmo porque sempre eram acompanhadas pelo discurso de que eram medidas visando fortalecer o setor público e contra “as ameaças neoliberais de privatização da saúde”.

Desde 1990 e até o final de 1994 trabalhei como diretor do Centro de Ciências da Saúde da UEL. A instância universitária que é responsável, juntamente com os respectivos colegiados, pelos cursos de graduação de medicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia e odontologia. O mesmo cargo durante cujo

exercício o Professor Nelson Rodrigues dos Santos havia sido preso 15 anos antes e cujo mandato foi interrompido, levando-o a aceitar o convite para dirigir o Programa Nacional de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), no Ministério da Saúde, em Brasília. Nesse período retomei a atuação nas esferas da educação médica e da formação de profissionais de saúde.

Na “virada” do Milênio, em 2000, após meses de crise instalada na administração municipal de Londrina e de uma grande mobilização de segmentos da sociedade (Movimento Pés Vermelhos e Mãos Limpas), o Prefeito Antonio Belinati teve seu terceiro mandato cassado pela Câmara Municipal, acusado de desvio de recursos públicos para fazer promoção pessoal durante a inauguração ocorrida, alguns anos antes, de um novo serviço de saúde no município, o Pronto Atendimento Infantil (PAI), promessa de campanha em 1996.

Em 1991, aproveitando uma oportunidade oferecida pela Fundação Kellogg³¹, que havia apoiado, em 1974, com o Programa Comunitário de Atenção Familiar (PROCAF), o desenvolvimento da experiência londrinense no seu início, ainda quando era fundamentalmente uma iniciativa do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade e,

31. A WK Kellogg Foundation, www.wkkf.org, sediada em Battle Creek, Illinois, EUA, é uma organização que tem uma longa história de atuação na América Latina, especialmente na área da saúde. Contribuiu, por exemplo, para a estruturação da Faculdade de Saúde Pública da USP, na década de 1940, e para a organização do Instituto de Medicina Social da UERJ, na década de 1970, além de ter apoiado vários projetos desenvolvidos pela FIOCRUZ, pela ABEM, por escolas de medicina, de enfermagem e de odontologia. Um dos seus mais eminentes colaboradores, o Dr. Mario Chaves, sempre acompanhou e apoiou, desde 1974, os trabalhos realizados na saúde de Londrina.

contando agora com o apoio do NESCO, tivemos um projeto aprovado no Programa UNI³². Com uma doação de U\$ 2,1 milhões e durante 8 anos, os cursos da área da saúde da UEL, a Secretaria Municipal de Saúde e organizações comunitárias da região sul da cidade realizaram um intenso trabalho orientado ao desenho, implantação e desenvolvimento de novos modelos acadêmicos, de novos modelos de atenção e de participação comunitária voltada ao desenvolvimento da cidadania.

No bojo desse trabalho, analisado com bastante competência pela Laura Feuerwerker³³, por Dellarozza e Vannuchi³⁴ e pelos autores reunidos em uma outra publicação³⁵, muitas mudanças ocorreram e perduram até os dias de hoje. Com grandes dificuldades, idas e vindas, avanços e retrocessos. Mas uma delas, só viabilizada sem crises por conta da existência do Projeto UNI-Londrina, foi a municipalização, em 1993, dos 3 Postos de Saúde pioneiros (Vila da Fraternidade, Jardim do Sol e Paiquerê) da experiência londrinense, implantados no início dos anos 1970. Não tenho dúvida que, se não fosse o desenvolvimento do Projeto UNI-Londrina, esse processo não teria sido tão positivo e construtivo para todos os principais envolvidos: a Universidade, a SMS e as populações das respectivas áreas de abrangência.

32. KISIL, M. e CHAVES, M. **Programa UNI: Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde**. Battle Creek: Fundação WK Kellogg, 1994. 136p.

33. FEUERWERKER, L.M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec/ Rede Unida/ ABEM, 2002. 306p.

34. DELLAROZZA, M.S.G. e VANNUCHI, M.T.O. **O currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do sonho à realidade**. São Paulo: Hucitec/ Rede Unida/ ABEn, 2005. 167p.

35. ALMEIDA, M, FEUERWERKER, L e LLANOS, M.C. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: Teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec/ Lugar Editorial/ EDUEL,1999. 2v.

Ainda que até hoje não devidamente reconhecido por parte de algumas lideranças, especialmente no âmbito da SMS, nos anos de 1990 o Projeto UNI-Londrina e o Programa UNI da América Latina contribuíram decisivamente para a consolidação da experiência de saúde londrinense, avançando nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Sanitária.

Em 1995, foi criado o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR). Aos poucos foi se configurando como um importante instrumento para a viabilização de vários serviços de saúde de atenção secundária e de cogestão de algumas estruturas públicas existentes, inclusive hospitalares. Lamentavelmente, em 13/6/2012, seguindo orientações de setores do Ministério da Saúde, e apesar da Lei 11.107/2005 não fazer esta exigência para as entidades preexistentes³⁶, deixou de ser uma entidade de interesse público e de direito privado para ser de direito público. Ou seja, na nossa opinião, a entidade foi “autarquizada”, o que é reconhecido por seus próprios dirigentes. Um forte motivo que tem levado a esse tipo de alteração estatutária de Consórcios é o artigo 39 do Decreto 6.017/2007, que regulamentou a Lei de 2005 e que estabeleceu que a partir de 2008 somente poderão celebrar convênios com a União os consórcios públicos de direito público. Um aspecto da regulamentação que, segundo autores³⁷, até certo ponto conflita com a própria autonomia prevista na Constituição Federal. Como se essa fosse a garantia

36. STRELEC, T, FONSECA, F. Alcances e limites da Lei dos Consórcios Públicos – um balanço da experiência consorciativa no Estado de São Paulo. São Paulo, **Cadernos ADENAUER**, XII (2011) N° 4. Pp125-139.

37. BASTOS, FA. Os consórcios intermunicipais e a nova legislação. **Polêmica-Revista Eletrônica**, Rio de Janeiro, 2007. www.polemica.uerj.br

para que os consórcios fiquem imunes às eventuais tentativas de privatização. Esquecem-se os defensores desse tipo de visão que, em muitos casos, a privatização dos serviços de saúde ocorre “por dentro” dos mesmos, ainda que “protegidos” pelo direito público.

De minha parte, após o término do mandato como diretor do CCS, ingressei no curso de doutorado da Faculdade de Saúde Pública da USP e, durante os anos de 1995-1997, participei de disciplinas sobre Mudança Organizacional e Gerência de Projetos Complexos na Faculdade de Economia e Administração da USP. Realizei um estágio no Centro de Estudos sobre Saúde Internacional da George Washington University e, com o apoio da professora-orientadora Ana Maria Malik, escrevi e defendi a tese de doutorado em 1997, que, dessa vez, apesar de uma titubeada inicial, foi logo publicada³⁸, graças ao estímulo e cobrança de pessoas amigas que me acompanhavam. A tese de doutorado tem tudo a ver com a experiência que havia vivido por ocasião da direção do CCS e da coordenação do Projeto UNI-Londrina. Só não tinha um subtítulo parecido com “Registros de uma experiência em processo”, ainda que dela se trate.

Em 1998, e nos anos seguintes, eleito vice-reitor da UEL, desenvolvi atividades como Pró-reitor de Pesquisa e Pós-Graduação e de Pró-reitor de Graduação. Neste último caso, involuntariamente e como tarefa imposta pelo falecimento da

38. ALMEIDA, M.J. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: EDUEL . Rio de Janeiro: ABEM, 1999. Segunda edição 12 anos após, com um Prefácio e um Posfácio que deram motivos para uma sutil mudança no título do livro: Educação médica e saúde: a mudança é possível! Rio de Janeiro: ABEM/PUCPR/ UNESC, 2011. 212p.

titular do cargo e nossa saudosa amiga Ana Ito³⁹. Desse período, curto e bastante tumultuado, temos boas e más lembranças.

Sobre as más, em especial das tentativas de cooptação que sofri para ser leniente com irregularidades cometidas na administração superior da Universidade, que me levaram a renunciar ao mandato de vice-reitor em meados de 2001, não vale a pena gastar tinta. Dentre as boas ressalto a iniciativa que resultou na criação, praticamente simultânea, de duas Fundações Universitárias de Apoio: a Fundação de Apoio da Universidade Estadual de Londrina (FAUEL) e a Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Hospital Universitário (HUTEC). Ambas, registre-se, entidades de direito privado, sem serem “entes privados” ou “organizações da iniciativa privada”. Vivas e atuantes até hoje. Apesar das polêmicas, como a promovida pela pergunta da Folha de S. Paulo “A universidade pública deve abrigar fundações de direito privado?”^{40, 41}. Segundo tenho notícias, ambas sem processos/acusações de corrupção e sem desvios de função, servindo como instrumentos de dinamização de atividades universitárias legítimas e necessárias.

Concluindo o trabalho realizado nesse período de gestão universitária, organizei a publicação de um livro⁴² que está

39. Professora Ana Misako Yendo Ito, falecida em 27/6/1999. Farmacêutica. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da UEL, vice-diretora do CCS, líder do movimento nacional pela aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais.

40. LOBO FILHO, R.L. Pelo controle, não pela extinção. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, pg3, 22 mai. 2004.

41. SADER, E. Público ou mercantil. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, pg3, 22 mai. 2004.

42. ALMEIDA, M.J. (Org) **A universidade possível: experiências de gestão universitária**. São Paulo: Ed Cultura, Londrina: EDUEL, 2001. 344p.

esgotado e que mereceria ser atualizado e reeditado, pois traz lições e acumulações úteis ainda hoje para quem deseja e luta por uma universidade mais eficiente, mais eficaz e mais efetiva.

Continuando no meio do caminho, a estagnação e a crise

No final dos anos 1990, por conta do processo desencadeado em 1996, com a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que extinguiu os anacrônicos “Currículos Mínimos”, que haviam sido objeto de críticas e combate desde os anos de estudante de medicina e de participante dos Congressos Brasileiros de Educação Médica, da ABEM, vesti a camisa da luta pela elaboração e aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos das 14 carreiras da área de saúde.

Esse processo culminou com as Resoluções do Conselho Nacional de Educação aprovadas em 2001 e 2002. Em Londrina, Marília, Botucatu e Salvador, locais onde se desenvolviam atividades dos Projetos UNI desde o final de 1992, desenvolveram-se nesse período, com variações locais, processos de reflexão sobre as experiências em andamento, e a sistematização dos seus resultados representou importante subsídio para o convencimento dos integrantes tanto do Conselho Nacional de Saúde como do Conselho Nacional de Educação.

O movimento social denominado Rede IDA/UNIIDA/UNIDA em que atuávamos publicou⁴³ uma coletânea com os

43. ALMEIDA, M.J. (Org) **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede UNIDA, 2003, 89p.

textos das Diretrizes para 12 cursos e a republicou⁴⁴, dois anos depois, com as Diretrizes dos 14 cursos. Edições com tiragens esgotadas, em circulação por todo o país e contribuindo para a disseminação dos seus conteúdos, primeiro passo para iniciativas de implantação. Aliás, sempre difíceis.

Entre 2001 e 2006, cumpri a tarefa de coordenador nacional da Rede UNIDA de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Foram promovidos quatro congressos nacionais, realizadas dezenas de oficinas de trabalho com educadores e foram tentados aprofundamentos de parcerias com os serviços de saúde, principalmente Secretarias Municipais, em torno da proposta de implantação de Sistemas Municipais de Saúde-Escola. Para dar mais independência à Rede, foi criada uma entidade de direito privado, de apoio ao movimento nacional da Rede. Mas, registre-se, mais uma vez, de direito privado sem ser um “ente privado” ou uma “organização da iniciativa privada”. Essa entidade foi, inclusive, logo no seu início, de acordo com a legislação federal existente⁴⁵, qualificada pelo Ministério da Justiça como uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Em 2006, tomou-se a decisão de pedir sua desqualificação como OSCIP⁴⁶. Fato ocorrido durante seu VI Congresso Nacional, realizado em Curitiba, coincidentemente a mesma cidade onde, cinco anos antes, durante o Congresso

45. BRASIL. Lei 9.790, de 23/3/1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 mar. 1999.

46. Aliás, recentemente soube que uma importante entidade, também qualificada como OSCIP, e que presta relevantes serviços para o desenvolvimento científico e tecnológico paranaense, cogita solicitar sua desqualificação ao Ministério da Justiça para evitar ser confundida com as outras entidades que, com a mesma qualificação, estão frequentemente nas páginas policiais da imprensa.

Nacional de Epidemiologia, havia sido realizada a Assembleia Geral de sua criação.

Em 2007, foi publicado pelo CONASEMS, com 4 anos de atraso, mas ainda assim com bastante pertinência, um livro comemorativo dos 15 anos da entidade, ocorrido em 2003. Ano em que perdemos o Arouca⁴⁷. Nesse livro, já citado, além de um depoimento do Arouca sobre “Saúde e Democracia: reflexão acadêmica e ação política”, a Carmen Lavras e os outros dois organizadores registraram, com base em entrevistas feitas com o Sebastião, com o Tomassini e comigo, os passos iniciais do novo movimento municipalista que foi construído a partir dos anos 1970. Bem diferente do anterior, o movimento municipalista dos anos 1950 e início dos anos 1960, que culminou e terminou por ocasião da III Conferência Nacional de Saúde realizada em 1963. Esta obra e a publicada por Flavio Goulart em 1996, também já citada, são, a meu ver, as principais referências que existem sobre a origem da vertente municipalista do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na década de 1970, registrando já no seu título a íntima relação das iniciativas pioneiras com a universidade, em especial com os Departamentos de Medicina Preventiva.

Durante o período de 2004 a 2008, assumi a tarefa de ser coordenador do curso de medicina da UEL. Coube-me dar prosseguimento à implantação e desenvolvimento do novo

47. Antonio Sergio da Silva Arouca. Fundador e ex-presidente do CEBES. Presidente da FIOCRUZ, durante cujo mandato foi escolhido coordenador da VIII Conferência Nacional de Saúde. Eleito pelo PCB-Rio de Janeiro e depois pelo PPS, foi Deputado Federal Constituinte e respeitado por todas as demais lideranças. Pensador brilhante e ativista incansável. Faleceu em 2/8/2003 no Rio de Janeiro.

currículo aprovado em 1998, integrado, com metodologias ativas, voltado a uma inserção mais forte com os serviços de saúde. E foi durante esse período que fui percebendo certas dificuldades no âmbito dos serviços mantidos pela administração municipal. Um crescente descompromisso com os processos em parceria, uma falta de energia e de vontade em participar de inovações, um certo descaso com a produção de caminhos com vistas à estruturação, na prática, de um Sistema Municipal de Saúde-Escola. Ao mesmo tempo, uma ausência de combate a posições políticas corporativas e adequadas do fisiologismo/clientelismo que se desenvolviam e se cristalizavam nos Conselhos de Saúde e nas Conferências Municipais de Saúde.

Mas nada disso era discutido ou reconhecido. Nós, na academia, conseguíamos alguma interlocução a respeito junto a algumas lideranças comunitárias. Mas algo bastante limitado. Os depoimentos e críticas denunciando uma perda progressiva de qualidade dos serviços na rede e de descompromisso de dirigentes e técnicos com o trabalho na saúde avolumavam-se.

Por ocasião das eleições de 2008 fui candidato a vereador em Londrina pelo PSDB, Partido ao qual me filiei em 2005, depois de ter permanecido sem filiação partidária por 15 anos. A intenção principal e declarada dessa participação era contribuir de forma mais intensa para a eleição do nosso candidato a prefeito. Não deu certo! Não fui eleito e, mais grave, não elegemos nosso candidato a prefeito. Como “missão” adicional, como primeiro suplente fui chamado para exercer o mandato durante alguns meses em 2009 e em 2011. Nesta condição vivenciei de perto a crise que eclodiu no Sistema Municipal de Saúde. Algo inacreditável à primeira vista. Como é que um

Sistema com tanta história, que tinha exigido sacrifícios de antigos⁴⁸ militantes, com tantos avanços e conquistas, desabava a olhos vistos, fruto de tanta incompetência e corrupção acumuladas?!

Com o passar do tempo foi ficando cada vez mais evidente que aqueles sinais e sintomas que eram percebidos no decorrer dos anos finais da década de 1990 e do início dos anos 2000 eram indicativos de um esgotamento dos modelos assistencial e de gestão adotados e do insucesso das alternativas buscadas pelas equipes dirigentes da SMS de Londrina. Vingou sempre o discurso antiprivatização de setores radicalizados do espectro político-partidário e mesmo de algumas esferas encarregadas da fiscalização pública, fazendo o jogo, consciente ou não, pouco importa, das “arapucas”⁴⁹ travestidas de entidades do Terceiro Setor. No caso de Londrina, inicialmente um desconhecido Centro Integrado de Apoio Profissional (CIAP), cujos dirigentes estão até hoje na prisão e, posteriormente, duas outras “arapucas”, o Instituto Gálatas e o Instituto Atlântico, falsas ONGs compradas nos mercados subterrâneos do Terceiro Setor. Sim, pois até ele os têm, a exemplo do Primeiro (o Estado) e do Segundo (Iniciativa Privada) Setores.

48. Um desses “antigos” foi o Professor Darli Antonio Soares, principal responsável pela continuidade da experiência, após a mudança de Londrina do Professor Nelson Rodrigues dos Santos, ocorrida em 1977. O Professor Darli faleceu em 21/9/2009 e foi um batalhador incansável, uma liderança insubstituível da área de saúde coletiva da UEL e um “líder-servidor” como o qualificou o Professor Francisco Tancredi por ocasião da sua banca de concurso para professor associado realizada nos anos 1990.

49. Cf Novo Dicionário Aurélio – “Armadilha para apanhar pássaros pequenos... cilada, armadilha, ...estabelecimento mal-afamado de crédito, sorteios, etc ... engodo, logro, velhacaria, embuste.

Na ocasião, apresentei uma proposta de reestruturação do Sistema Municipal de Saúde⁵⁰, voltada à construção de um novo modelo de atenção e um novo modelo de gestão, estreitamente vinculados ao novo modelo de formação de recursos humanos de saúde que foi desenvolvido no bojo da Iniciativa UNI. Valendo-me das vivências que tive no decorrer da minha vida profissional e política, dos resultados das visitas que realizei às Secretarias Municipal e Estadual de São Paulo, cujos dirigentes publicaram alguns artigos^{51, 52, 53}, sobre as experiências em andamento, e de visitas a serviços públicos desenvolvidos por algumas das Organizações Sociais de São Paulo, como o Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês, o Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo – SECONCI-SP, a Casa de Saúde Santa Marcelina e, em especial, as participações em eventos voltados a essa temática^{54, 55, 56, 57} submeti ao debate a proposta mencionada e de cuja justificativa reproduzo os seguintes trechos: *“Ao apresentarmos esta proposta de Lei Orgânica Municipal para a Saúde, devemos reafirmar*

50. ALMEIDA, M.J. **Lei Orgânica da Saúde de Londrina**: uma proposta eficaz e democrática para enfrentar a atual crise do Sistema Local de Saúde. Londrina: Câmara Municipal, mar 2011. 53p.

51. BARATA, L.R.B. Quem conhece aprova. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, p3, 7jan. 2006.

52. MONTONE, J. Falso dilema na saúde. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, p3, 22 set. 2009.

53. BARATA, LR.B. Justiça seja feita. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, p3, 20 jun. 2010.

54. I Seminário O Terceiro Setor na Área da Saúde. Organizações Sociais, OSCIPs e Fundações. São Paulo, Instituto Brasileiro de Direito Público, 25-26/6/2009.

55. II Seminário Terceiro Setor e Parcerias na Área de Saúde. Instituto Brasileiro de Direito Público. São Paulo, 30-31/8/2010.

56. III Seminário Terceiro Setor e Parcerias na Área de Saúde. São Paulo, Instituto Brasileiro de Direito Público, 16-17/6/2011.

56. I Congresso Brasileiro de Direito do Terceiro Setor. Belo Horizonte, Instituto Brasileiro de Direito Público, 15-16/9/2011.

enfaticamente nossa posição em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), de cuja construção participamos desde os anos de estudante e do movimento estudantil de medicina, na década de 1970. (...)

Lutamos muito para conquistar os artigos 167 a 172 da atual Constituição do Estado do Paraná (1989) e os artigos 139 a 148 da Lei Orgânica do Município de Londrina (1990). Mas, como veremos adiante, o arcabouço jurídico-legal do sistema de saúde ficou estagnado em nossa realidade local. Isso tem sido causa e consequência da estagnação dos atuais modelos de gestão e de atenção à saúde no município. (...)

Já se disse que a história ajuda a entender a realidade e a prospectar cenários futuros. Vamos lá: até 1968 a atenção à saúde da população londrinense, particularmente a assistência médico-hospitalar e ambulatorial, foi realizada por entidades beneficentes, com destaques para a Irmandade da Santa Casa e para a Sociedade Evangélica Beneficente; pela iniciativa privada, com destaque para os consultórios médicos e alguns pequenos hospitais particulares; pelo Governo do Estado por meio do Centro de Saúde e pelo Governo Federal, com serviços do Ministério da Saúde, como foi o caso do Sanatório de Tuberculose Noel Nutels, onde hoje está instalado o Hospital Universitário, e com serviços da Previdência Social, alguns próprios, como foi o caso do extinto SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência) e a maioria contratada ou conveniada com os extintos Institutos de Aposentadoria e Pensão, depois INPS e INAMPS. A Prefeitura Municipal não possuía nenhum serviço de assistência à saúde, não contratava profissionais, limitando-se a esporádicas ações de cunho assistencial e a repasses de verbas para a Santa Casa, como forma de contribuição pelo atendimento aos indigentes, ou seja, dos que não tinham carteira assinada e, portanto, não possuíam a cobertura da Previdência Social.

Só a partir de 1969/70, com iniciativas ocorridas durante os dois primeiros anos do mandato do ex-Prefeito Dalton Fonseca Paranaçuá, é que a Prefeitura Municipal passou a desenvolver um papel relevante na organização

dos serviços de saúde de Londrina. A primeira iniciativa foi incluir na Reforma do Sistema Administrativo Municipal (Lei 1.578/69), a criação da Secretaria de Bem-Estar Social, com três departamentos – Medicina Preventiva, Saneamento e Limpeza Pública, Serviço Social. A segunda iniciativa foi a Lei 1.639/70, que dispôs sobre a criação do Serviço Municipal de Pronto Socorro. Com estas duas iniciativas, o ex-Prefeito Dalton Paranaguá não só cumpria uma promessa de campanha eleitoral, realizada sob o slogan “A saúde do povo é a suprema Lei!”, como criava os alicerces de um sólido Sistema Local de Saúde que, anos depois, passou a contribuir para as políticas de saúde do Paraná e do País.

Com efeito, as duas leis municipais criaram as condições para parcerias estratégicas na área da saúde com a então Faculdade de Medicina do Norte do Paraná, embrião da Universidade Estadual de Londrina, então dirigida por outro pioneiro inovador, o Dr. Ascêncio Garcia Lopes. Uma primeira parceria resultou na criação dos primeiros Postos de Saúde nos bairros e zona rural (Vila da Fraternidade, 1970; Jardim do Sol, 1971; Paiquerê, 1972), dando início à descentralização da saúde e a construção de um modelo novo de assistência, a atenção integral à saúde (medicina preventiva & curativa), com intensa participação de professores e estudantes de medicina e de enfermagem. Esse novo modelo de atenção (integralidade, universalidade) e de organização (descentralização, hierarquização) desenvolvido no município somou forças com outras experiências pioneiras, como as de Campinas (SP), Niterói (RJ), Montes Claros (MG) e São José dos Campos (SP), dando início a um novo movimento municipalista da saúde.

Outra parceria foi a firmada com o então Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP), instalado provisoriamente nas primeiras dependências do Hospital Evangélico, na confluência das ruas Pernambuco e Alagoas, hoje sede da COHAB, para onde foram transferidas as instalações do Pronto Socorro Municipal (PSM), também instalado

provisoriamente em outro local. O hospital já dispunha de convênio com o extinto FUNRURAL, mas foi o convênio com a Prefeitura Municipal, passando a integrar o PSM, que viabilizou recursos humanos e inclusive financeiros, para a sua consolidação e desenvolvimento na referência nacional que é hoje. Em 1977, na medida em que os serviços de urgência e emergência foram sendo assumidos pela UEL, a Autarquia do Serviço Municipal de Pronto Socorro foi transformada, por lei, em Autarquia do Serviço Municipal de Saúde (Lei 2.811/77), que passou a ser o órgão gestor da rede de Unidades Básicas de Saúde construída pelas sucessivas administrações municipais. Como se pode constatar, os precursores da construção do Sistema Municipal de Saúde tiveram a sabedoria de combinar a implantação e desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde com a discussão e aprovação de um consistente arcabouço jurídico-legal. (...)

Após a Constituinte e com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Leis Federais 8080/90 e 8142/90), algumas iniciativas jurídico-legais referentes à organização e ao funcionamento do Sistema Municipal de Saúde tiveram lugar. Registramos, por serem mais relevantes, os artigos 139 a 148 da Lei Orgânica do Município de Londrina (1990), que constituem a seção sobre saúde e que contêm disposições importantes, mas que, na sua maioria, são princípios, diretrizes, ou seja, disposições genéricas que reproduzem em boa medida as disposições da Constituição Federal e que dependem de leis específicas para saírem do papel. Também são dignas de registro as leis que instituíram o Conselho Municipal de Saúde (Leis 4.911/91; 8.445/2001 e 9.806/2005), as Comissões Locais de Saúde (Lei 5.119/92) e os Conselhos Locais de Saúde Populares (Lei 9.334/2004). Estas últimas são legislações que dizem respeito à participação comunitária e ao controle social no Sistema Local de Saúde. Voltados à organização da estrutura do sistema, encontramos a Lei 6.236/95 que extinguiu a Secretaria de Saúde e reestruturou a ASMS, transferindo a este ente da administração indireta todas as atribuições, competências e estruturas daquela. Quanto ao modelo assistencial, encontramos a Lei 6.315/95, que

instituiu o Programa Saúde da Família no município, cuja prática, por meio de dezenas de equipes multiprofissionais, expandiu o modelo de atenção voltado à promoção da saúde.

Como se vê, no período pós Constituição Federal de 1988, novas iniciativas programáticas e jurídico-legais tiveram lugar no município. E isso ocorreu, com maior ou menor intensidade, em todos os outros municípios, Estados e no País, conforme ficou demonstrado pelos muitos eventos e manifestações comemorativas dos 20 anos do SUS, realizados em 2008. Não restam dúvidas que, apesar das debilidades, insuficiências e equívocos, o Sistema Local de Saúde desenvolveu-se positivamente nesses 40 anos, beneficiando milhares de pessoas, contribuindo para elevar o nível de saúde e de qualidade de vida. (...)

Em nossa opinião, o SUS em Londrina está numa encruzilhada. O modelo assistencial de atenção integral, da promoção da saúde, da equidade e da universalidade está estagnado e, sem fôlego para enfrentar o modelo biomédico da doença, dá sinais de retrocesso. O modelo de gestão não consegue superar os corporativismos, a administração burocrática dos serviços próprios e sucumbe à ineficiência e descompromisso, enquanto as parcerias com entidades do Terceiro Setor oscilam entre um utilitarismo imediatista e uma privatização camuflada. Resultante dessas combinações infelizes vemos crescer a perda de credibilidade dos serviços junto aos profissionais de saúde e a segmentos cada vez mais expressivos da sociedade.

Defendemos e fazemos parte do movimento nacional suprapartidário e de caráter interfederativo que preconiza a adoção de um modelo de gestão nos marcos da Governança Social. Ou seja, além dos organismos estatais, entendemos que as entidades privadas sem fins econômicos (ou não lucrativas) podem e devem ser tratadas como mantenedoras de serviços públicos não estatais. É a publicização, algo muito diferente da privatização da saúde.

Muitas vezes, o discurso fácil “em defesa do bem público” esconde as artimanhas da privatização do que deveria ter sido público em seus resultados,

mas que deixou de existir por ineficiência e descompromisso de gestores nem sempre bem intencionados que, por ação ou omissão, ajudaram os interesses de grupos econômicos e profissionais anti-SUS, defensores de privilégios e benefícios às vezes inconfessáveis. (...)

Estas são as justificativas gerais para os projetos de lei que apresentamos para o debate na Câmara Municipal, com o Poder Executivo e com a sociedade. O conjunto dos cinco projetos constitui uma Lei Orgânica da Saúde para Londrina que, por ter um caráter essencialmente estruturante e, ao dispor sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, pretende contribuir para ultrapassarmos a encruzilhada em que se encontra o Sistema Local de Saúde. Esses projetos resgatam as disposições legais existentes, incompletas e assume compromissos com a construção de novos modelos de atenção e de gestão.

No caso da atenção, o modelo do Sistema de Saúde-Escola, potencialmente capaz de revigorar energias e reunir recursos para um verdadeiro salto de qualidade na prestação de serviços de saúde às pessoas. O atual modelo de atenção à saúde não funciona. A mudança necessária é profunda, pois vivemos uma nova situação de saúde, conhecida como de tripla carga de doença (condições crônicas, condições agudas e os eventos agudos causados pela violência interpessoal e os acidentes). (...)

No caso da gestão, o modelo é o de Contrato de Metas Sanitárias com base na estratégia de parceria público-privada com entidades sem fins lucrativos/econômicos e não mais com vagos instrumentos conforme deixaram em aberto, por exemplo, o Artigo 3º da Lei 6.236/95 (“As ações e os serviços de saúde de responsabilidade da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde serão executados mediante serviços próprios e/ou de terceiros. Parágrafo Único – A Autarquia poderá firmar convênios, acordos ou contratos com entidades públicas ou privadas para o desenvolvimento de suas finalidades.”) e o Artigo 11º da Lei 6.315/95 (“Para o desenvolvimento do programa, fica a Autarquia autorizada a firmar convênios com instituições públicas de nível federal, estadual e/ou entidades

privadas sem fins lucrativos.”). O instrumento eleito por nós para concretizar essas parcerias é o Contrato de Gestão, consubstanciado em compromissos com metas, resultados e responsabilização de seus administradores. Sem abrir mão das funções de definição das políticas públicas de saúde e de gestão e fiscalização dos serviços de saúde próprios e dos serviços públicos não estatais.

Não temos ilusões. Muitos já disseram que o SUS é a reforma setorial do Estado brasileiro mais significativa que ocorreu no período pós Constituinte. Os artigos sobre saúde da Constituição Federal e os da Lei Orgânica da Saúde não ficaram no papel porque existe o movimento da Reforma Sanitária. As leis só cumprem seu papel quando são expressão de necessidades sociais significativas e quando são conquistas político-culturais. Estamos convencidos que amplos segmentos da sociedade londrinense anseiam por mudanças no Sistema Local de Saúde. Cabe aos líderes da comunidade, aos movimentos sociais e às entidades representativas da sociedade reunir as forças necessárias para tornar realidade, junto com o gestor e o Poder Público Municipal, um novo SUS, de mais qualidade técnica e mais credibilidade social.

Os cinco projetos de lei que fazem parte da proposta são:

- 1. Projeto de lei que dispõe sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde de Londrina e dá outras providências.*
- 2. Projeto de lei que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais no âmbito municipal e dá outras providências;*
- 3. Projeto de lei que autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Estatal Saúde da Família de Londrina e Região e dá outras providências;*
- 4. Projeto de lei que autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Estatal Maternidade Municipal e dá outras providências;*

5. *Anteprojeto de lei que institui o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos Serviços de Saúde de Londrina.*

Estas disposições legais e estruturas correspondentes não esgotam o assunto. Podemos e devemos aproveitar melhor estruturas já existentes, como a Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do HU da UEL (HUTECH), o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UEL (NESCO) e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR). Este poderia ser inclusive uma excelente alternativa de gerenciamento dos serviços de urgência e emergência de Londrina e região.

Feliz e infelizmente, as prisões de dirigentes das “arapucas” denominadas Centro Integrado de Apoio Profissional (CIAP), Institutos Gálatas e Atlântico, de assessores diretos do Prefeito de Londrina Barbosa Neto (2009-2012) efetuadas pelo Grupo de Atuação Especial de Combate ao Crime Organizado (Gaeco), braço do Ministério Público do Paraná, no bojo das Operações “Parceria” e “Antissepsia”, inviabilizaram a discussão e o debate adequados da proposta. Estas prisões coincidiram com a crise das condições de saúde vivida pela população, em que a paralisação dos serviços da Vigilância Sanitária do município contribuiu para a instalação da maior epidemia de dengue de todo o Paraná, e com as seguidas denúncias de corrupção e desvio de recursos da saúde, com envolvimento até mesmo do Conselho Municipal de Saúde, que aprovou o rompimento do contrato preexistente com a Irmandade da Santa Casa⁵⁸ e os Termos de Parceria firmados com as

58. Esta, bem como o Hospital Evangélico e o Instituto do Câncer, uma autêntica entidade do Terceiro Setor e que, de 2002 a 2009, contribuiu para que o município passasse de quatro para 102 equipes do Programa Saúde da Família.

“arapucas” mencionadas. Sobre o lamentável comportamento assumido por parte dos membros do Conselho Municipal de Saúde nesse processo, existe um documento⁵⁹ que reitera as análises críticas sobre a deturpação da diretriz de participação ou controle social do SUS. Empreguismo, clientelismo, partidarismos, despolitização e perpetuação nas representações são alguns dos flagelos que acometem muitos Conselhos de Saúde, incidindo em especial sobre os segmentos dos usuários e dos trabalhadores em saúde.

Nem mesmo a instalação e as conclusões⁶⁰ de uma Comissão Especial de Inquérito pela Câmara Municipal, que comprovou a participação de alguns conselheiros municipais de saúde, da cúpula do Poder Executivo Municipal, inclusive com o envolvimento da esposa do Prefeito nos processos de contratação e pagamentos lesivos ao patrimônio público, foram suficientes para abrir espaço para uma discussão em profundidade das raízes da crise e das soluções mais apropriadas. Tampouco a iniciativa da Associação Médica de Londrina, que realizou um estudo sobre a crise da saúde e apresentou⁶¹ várias soluções, algumas coincidentes com a nossa proposta, obteve eco. Vingou o discurso da “municipalização

59. ALMEIDA, M.J. *Considerações sobre a posição adotada em 23/5/2011 pela maioria dos membros do CMS de Londrina a respeito dos Projetos de Lei que propõem a reestruturação do Sistema Municipal de Saúde*. Londrina, 2011, 7p, mimeo.

60. LONDRINA. Câmara Municipal de Londrina. Graça, S. (Relatora) *Relatório Final da Comissão Especial de Inquérito CEI Saúde, criada com o objetivo de apurar responsabilidades pela crise da saúde pública em Londrina*. Londrina, 27 out. 2011. 94p.

61. Of 389/08/11, assinado pelo Presidente da AML, dirigido ao Conselho Municipal de Saúde. 5p. Matéria publicada em 2/10/2011 pelo Jornal de Londrina “Estudo sugere soluções para problemas da saúde pública”.

da saúde” (sic!) com o significado de concursos públicos para novos funcionários e propostas de aumento de salários. Ou seja, algo bem diferente da verdadeira municipalização da saúde que vivenciamos nos anos anteriores e aqui registrada. Os autores dessa proposta, vinculados a partidos políticos esquerdistas, cujos candidatos tiveram votação inexpressiva nas eleições de 2012, conseguiram, no entanto, disfarçar suas teses de estatização da saúde, fugiram do debate mais aprofundado, tiveram sucesso na mobilização e agitação de rua, inibiram a maioria dos demais vereadores e me vi na condição de um “Dom Quixote” envelhecido. Não me restou outra alternativa senão a de retirar os projetos da pauta da Câmara Municipal. Pode ser que futuramente tenham alguma utilidade prática.

Apesar desses fracassos, nos últimos anos, felizmente, consegui contribuir para a elaboração e aprovação de uma legislação estadual que permite a qualificação de Organizações Sociais⁶². Hoje pelo menos o Governo do Estado do Paraná não está refém das “arapucas qualificadas” (sic) como OSCIPs pelo Ministério da Justiça. A exemplo do que já ocorre em São Paulo, em Minas Gerais, no Espírito Santo, em Pernambuco, no Rio de Janeiro e em outros Estados e Municípios, pode o próprio governo estadual selecionar as entidades sociais comprometidas de fato com os valores e princípios do Terceiro Setor.

62. PARANÁ. Lei Complementar 140, de 14/12/2011. Dispõe sobre as regras para qualificação de entidades como Organizações Sociais, no âmbito do Estado do Paraná, cujas finalidades estatutárias sejam atinentes às atividades e serviços prestados pelo Estado, vedados os casos de exclusividade do Poder Público. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, n. 8609, 14 dez. 2011.

Não tenho mais ilusões. Algumas pretensões do atual Governo do Estado, como é o caso do Plano Estadual de Saúde⁶³, serão desenvolvidas e cumpridas com mais eficiência e competência, com a coordenação, fiscalização, monitoramento e avaliação da Secretaria Estadual, se forem realizados Contratos de Gestão com Organizações Sociais legítimas, que tenham experiência acumulada e folha corrida de serviços prestados à comunidade e não folha corrida junto à Delegacia de Polícia, como aconteceu em Londrina nos anos de 2009 a 2011.

Em 2012, após várias tentativas infrutíferas, finalmente, o então Prefeito Barbosa Neto foi cassado pela Câmara Municipal de Londrina, em virtude de uma denúncia de tentativa de compra de votos na decisão sobre uma lei municipal referente ao zoneamento urbano. O “passivo acumulado” de críticas e de crises na área da saúde municipal contribuiu para a mobilização e pressão social para o desfecho. Com este acontecimento, Londrina acumula na sua história o fato de ter tido dois prefeitos cassados em menos de 15 anos! No início de 2012 renunciei ao mandato de vereador e retomei o trabalho como consultor na área de “Gestão para Resultados”⁶⁴, opção profissional que adotei após a aposentadoria na UEL ocorrida no início de 2010. Nesse novo campo profissional tenho participado do desenvolvimento do trabalho de monitoramento

63. PARANÁ. **Plano Estadual de Saúde 2012 a 2015**. Secretaria Estadual de Saúde. Curitiba, 27/3/1012. 131 p.

64. MARTINS, H.F. e MARINI, C. **Um Guia de Governança para Resultados na Administração Pública**. Brasília: Publix Editora, 2010. 256p.

e de avaliação de projetos estratégicos do Governo estadual⁶⁵ e da análise de novos formatos organizacionais⁶⁶.

Em 2012 e em 2013, participei de dois Seminários Multinacionais, promovidos pela Fundação Kettering⁶⁷. No primeiro, o tema foi “The citizens and the state: mutual distrust”⁶⁸. No segundo, o tema foi “Democracy and Change”⁶⁹. A orientação política da Kettering, uma fundação que não transfere recursos financeiros e que desenvolve metodologias e apoia pesquisas sobre “práticas democráticas usadas no trabalho das pessoas visando superar a marginalização da cidadania e o desenvolvimento de habilidades para a construção de comunidades e instituições mais efetivas”, é explicitamente liberal. Não há segredos sobre isso. Defendem e propagam a importância do fortalecimento das liberdades individuais, dos direitos civis e da cidadania. Ainda não estou totalmente convencido de que este enfoque cumpre um papel relevante em nossa realidade social, que é muito diferente da norte-

65. ALMEIDA, M.J. **Desafios e perspectivas da Gestão para Resultados no Governo do Paraná**: um enfoque baseado no monitoramento e na avaliação de projetos da Área de Desenvolvimento Social. Brasília, 2013. 25 p. Mimeografado. Trabalho apresentado no VI Congresso CONSAD de Gestão Pública, 16-18 abr. 2013, Brasília.

66. ALMEIDA, M.J., CORDEIRO, A.M., ANDREGUETTO, R. e CUNHA JÚNIOR, L.A.P. **Limites e potencialidades dos novos formatos organizacionais**: 15 anos de experiência dos Serviços Sociais Autônomos paranaenses. Brasília, 2013. 25 p. Mimeografado. Trabalho apresentado no VI Congresso CONSAD de Gestão Pública, 16-18 de abr. 2013. 23 p, Brasília.

67. A Kettering Foundation é uma organização não governamental, apartidária, sem finalidades lucrativas, focada em pesquisas e baseada na tradição norte-americana de invenções. Charles Kettering, em 1908, foi o inventor do motor de arranque elétrico e outros dispositivos no início da indústria automobilística. www.kettering.org

68. Os cidadãos e o Estado: desconfiança mútua”. Conferência em Ohio, Dayton, EUA, 27 e 28 de março de 2012.

69. “Democracia e Mudança”. Conferência em Ohio, Dayton, EUA, 2 e 3 de abril de 2013.

americana. Mas a situação do nosso SUS e os rumos da atual política de saúde tem me feito refletir sobre a importância de recuperarmos, para o movimento da reforma sanitária, alguns valores desprezados no decorrer da nossa caminhada. Um deles diz respeito à responsabilidade nossa, como indivíduos, como cidadãos, ao lado do Estado e da Sociedade, como corresponsáveis pela saúde. Na minha opinião, esse resgate deve ser feito. Também a promoção da cultura do diálogo, por exemplo, voltada ao estabelecimento de relações pessoais construtivas para apoiar processos decisórios e a construção de governanças democráticas é uma metodologia de trabalho que a Kettering desenvolve (www.sustaineddialogue.org) e que poderia ser útil em algumas situações de conflito que vivencia-se nas realidades educacional e sanitária do país nos últimos anos.

Também participei, em 2013, do IV Seminário Margem Esquerda: Marx e “O Capital”⁷⁰. Foi uma oportunidade para ouvir e presenciar debates com a participação de intelectuais como Emir Sader, João Quartim de Moraes, José Arthur Giannotti, Roberto Scharz, Francisco de Oliveira, Paul Singer e outros. Muitos deles, autores que conhecia (seus textos) por ocasião da pesquisa e redação da “dissertação-relatório”. Trata-se de um outro referencial teórico que, naqueles tempos, eram tidos como incompatíveis com formulações providas

70. O Seminário fez parte de um ciclo de debates, promovido pela Editora Boitempo e o SESC-SP, denominado “Marx – A Criação Destruidora”, realizado em São Paulo no primeiro semestre de 2013, e serviu como suporte do lançamento da nova edição de “O Capital”.

de outros referenciais, como dos contidos nas produções de Mathews⁷¹, Saunders⁷², Castaño e Rojas⁷³. Outros tempos...

Retomando o meio do caminho, velhos e novos desafios

E aqui estou... Redigindo um Posfácio que só tem justificativa porque o livro está sendo publicado 35 anos depois. Passaram-se 43 anos desde o início da experiência em 1970, quando o ator principal, praticamente único, era o Departamento de Medicina Preventiva da UEL, tendo a Prefeitura como coadjuvante, auxiliar importante, mas sem projeto próprio, o que só veio a acontecer a partir de 1977.

Projeto esse que foi sendo elaborado e praticado simultaneamente, que venceu inúmeros desafios, a começar pelo que surgiu, em 1980, por ocasião da minha renúncia, quando o risco era ser substituído por uma pessoa ligada aos interesses corporativos da medicina local e portadora da visão hospitalocêntrica hegemônica. Graças ao comprometimento político e à competência técnica de muitos, as tarefas tanto internas como externas da estratégia definida no início de 1979 foram cumpridas. Elas estão registradas no capítulo final das Conclusões, Perspectivas e Limitações da dissertação e, em síntese, diziam respeito a: a) expansão da rede de Postos de Saúde para consolidar social e politicamente o trabalho; b)

71. MATHEWS, D.F. **Politics for People. Finding a Responsible Public Voice.** 2nd ed. Chicago: University of Illinois Press, 1999.

72. SAUNDERS, H.H. **Sustained dialogue in conflicts. Transformation and Change.** New York: Palgrave Macmillan, 2011.

73. CASTAÑO, G.M., ROJAS, L.P. **Deliberación y construcción de ciudadanía. Una apuesta a la progresión democrática a comienzos del nuevo milenio.** Bogotá: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Los Andes, 2003.

elevação contínua do padrão técnico do atendimento prestado; c) democratização interna dos serviços; d) disseminação da proposta para outros municípios; e) apoio aos encontros municipais de saúde; f) luta pela reformulação da Lei do Sistema Nacional de Saúde; g) reforma fiscal; h) ação política visando influir na definição de uma Política Nacional de Saúde Popular e i) institucionalização do modelo de Atenção Primária de Saúde, para evitar a existência de dois subsistemas de saúde, um para populações pobres e outra para populações ricas.

Durante esse tempo, Londrina teve 13 prefeitos. Dois cassados. A Secretaria Municipal de Saúde teve quase duas dezenas de gestores. Hoje, após 35 anos, o titular é novamente um professor do mesmo setor da Universidade que deu início à experiência⁷⁴. A população do município cresceu de 338.264, em 1978, para 506.701, em 2000. O Coeficiente de Mortalidade Infantil diminuiu de 35,8 (1979) para 11,3 (2012). O saneamento básico evoluiu, desde 1978, de 78% e 22% da população, coberta respectivamente por serviço de água e de esgoto tratado, para 100% e 85,9% em 2013⁷⁵. Enfim, nestes e em muitos outros aspectos, a cidade é outra.

Atualmente, os quatro principais desafios que o setor saúde enfrenta em Londrina e no país são:

1) o subfinanciamento da União e a sustentabilidade financeira do SUS. A tarefa do momento é fazer vitorioso

74. Francisco Eugênio Alves de Souza, médico, professor do Departamento de Saúde Coletiva da UEL, ex-diretor do Hospital Universitário, do Laboratório de Produção de Medicamentos e do Departamento de Unidades Próprias da SESA.

75. Fontes dos dados: Secretaria de Planejamento da Prefeitura de Londrina; Gerência Regional da Companhia de Saneamento do Paraná – SANEPAR.

o movimento “Saúde + 10”, ou seja, conseguir cumprir os requisitos para protocolar o Projeto de Lei de Iniciativa Popular com vistas aos 10% da Receita do Governo Federal e, depois, conseguir a aprovação da maioria dos deputados e senadores, sem descuidar da vigilância constante para que os Governos dos Estados e dos Municípios cumpram os mínimos de 12 e 15% respectivamente;

2) a inadequação do perfil de formação dos profissionais de saúde, além da sua distribuição geográfica inadequada. A tarefa para dar conta desse desafio continua sendo a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de graduação da área da saúde, além de outras iniciativas, dentre as quais a ampliação do número de vagas ou de escolas nos cursos de medicina e o estabelecimento de intercâmbios profissionais com outros países, sempre preservando os requisitos de qualidade do ensino e das competências profissionais;

3) a gestão pública ineficiente, burocratizada e altamente permeável à corrupção. As tarefas para enfrentar esse desafio continuam sendo a capacitação, a adoção da Gestão para Resultados e a Transparência;

4) o modelo de atenção ainda predominante, excessivamente dependente da atenção terciária especializada e dos equipamentos médico-hospitalares. As tarefas continuam sendo conquistar prioridade para o desenvolvimento das redes de atenção, do fortalecimento e qualificação da atenção básica e das ações e programas de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

Sobre esses desafios e esses breves registros a respeito de propostas de solução que não são de minha exclusiva autoria,

mas também de amplos segmentos da saúde, não estou dizendo novidades. Recentemente o próprio Ministro da Saúde disse que os três primeiros são os principais desafios que ele enfrenta à frente do Ministério. Estes são velhos desafios. Continuam sendo desafios porque muitas vezes não são enfrentados e em outras o são de forma tímida e equivocada. São desafios complexos e difíceis de resolver, mas ainda assim ficam maiores e perduram conforme lhes são ofertadas soluções parciais.

Julgo oportuno acrescentar outros dois novos desafios que mereceriam entrar na agenda do movimento sanitário. Não tenho a pretensão de ser um teórico do movimento, status que nunca almejei e a contribuição que faço é como simples militante, um cidadão que tem acumulado vivências, amigos, desafetos, alegrias, lutos, vitórias e derrotas. Seguindo a tipologia formulada pelo nosso colega do IMS, insiro-me, conscientemente, no grupo de defensores do “SUS mais efetivo”⁷⁶. Ou seja, apoio a modalidade das Organizações Sociais (OS) para a expansão e a melhoria da assistência pública à saúde e, eventualmente, também defendo a modalidade das Fundações Estatais. Penso que os novos desafios que precisam ser enfrentados de frente são:

A construção de um novo municipalismo na saúde – em que os seus limites não sejam dados pelos contornos municipais, mas sim pelos microrregionais. Em que o diálogo com os órgãos estaduais e federais seja feito de portas abertas, sem o uso de canais exclusivos ou clientelísticos, tão ao gosto de certos tipos

76. NOGUEIRA, R.P. O. desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.) **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011.

de gestores e de parlamentares. Nesse novo municipalismo, as estruturas gestoras podem ser os Consórcios Intermunicipais de Saúde, preferencialmente de direito privado, com obrigações de entidade de direito público e com uso intensivo de contratos de gestão para o compartilhamento das ações, primando pela transparência junto aos seus consorciados e à sociedade.

Existem poucos estudos e publicações a respeito dos Consórcios na Saúde e um dos pioneiros e até hoje bastante pertinente, até mesmo porque teve como base o trabalho realizado “no terreno”, é uma obra publicada em 1998⁷⁷ que discute, além dos aspectos legais e conceituais do público X privado e outros, destaca a importância da distinção entre os consórcios como instância de gestão regional do SUS ou como prestadores de serviços. Não se trata de uma invenção minha. Já em 1998, Mendes, em obra referida anteriormente, abordou “Um novo conceito de nível local ou a municipalização revisitada: os sistemas microrregionais de serviços de saúde”. Mais recentemente, Santos e Andrade⁷⁸ trataram em profundidade do assunto. Está faltando entrar na agenda...

O fortalecimento do Terceiro Setor e a adoção do conceito e instrumentos da Governança Social – implica na revisão de alguns posicionamentos por parte de importantes segmentos e lideranças do movimento sanitário. Ao invés de rechaçar as parcerias com as entidades sociais do Terceiro Setor

77. MISOCZKY, M.C., Bastos, F.A. **Avançando na implantação do SUS: Consórcios Intermunicipais de Saúde**. Porto Alegre: Dacasa Editora & Escola Superior de Direito Municipal, 1998.

78. SANTOS, L., ANDRADE, L.O.M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

que tenham a vocação e a decisão de atuar na formulação e na execução de políticas públicas, tratando-as como meros prestadores de serviços e como se fossem organizações da órbita da iniciativa privada, enfrentar a difícil missão de ajudá-las a sair da defensiva e a abandonar as atitudes do tipo “salve-se quem puder” ou “cada um por si e Deus por todos”.

Estou me referindo às iniciativas de pedir desqualificação como OSCIPs ao invés de lutar para que sejam corrigidos os processos no Ministério da Justiça e para que sejam processados e condenados os falsários do setor. Devem ser exigidas novas medidas por parte do Ministério da Justiça, a exemplo do recente Cadastro Nacional de Entidades Impedidas (CEPIM), que leve à depuração das entidades erroneamente qualificadas como OSCIPs. Como expressões de iniciativas de organização da sociedade civil, as entidades do Terceiro Setor precisam conquistar o Marco Regulatório, cujo Projeto de Lei tramita no Senado Federal⁷⁹. Da mesma forma deve ser objeto de atenção o anteprojeto de Lei Orgânica da Administração Pública Federal e Entes de Colaboração, elaborado em 2009 e que não tem sido tratado com prioridade pelo Governo.

Neste, as OS são classificadas como “entidades de colaboração” do Estado, assumindo direitos e deveres. No entanto essas medidas legais serão inócuas, se não forem superadas entre nós certas concepções como a de Estado, predominante nas sociedades pré-modernas europeias, em que o público era assumido como sinônimo de estatal, mas

79. PLS 649/2011. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a Administração Pública e as entidades privadas sem fins lucrativos para a consecução de finalidades de interesse público.

que ainda está presente hoje em dia. Ou seja, como foi feito *ad nauseam* no decorrer do texto deste Posfácio, entidade de direito privado é uma coisa. Entidade da iniciativa privada ou ente privado é outra. Alguns confundem por desconhecimento. Outros por seguirem correntes doutrinárias do Direito. Mas existem aqueles que confundem para fazer valer sua visão ortodoxa, segundo a qual o “público” só possa existir se for estatal.

Um Terceiro Setor forte é essencial para a Governança Social, termo pelo qual se entende *“a atuação coletiva e concertada, a cooperação (operação conjunta), a cogestão (gestão conjunta) e a corresponsabilidade (responsabilidade conjunta e solidária) do Estado, das organizações do mercado e da sociedade civil dos mais diversos segmentos sociais e dos cidadãos na oferta de bens e serviços, na tomada de decisão, na defesa do interesse público e na construção de ações viáveis ao desenvolvimento, por meio do empoderamento descentralizado e da autonomia dos seus atores políticos. É uma nova maneira de governar, na qual o sentido de público expressa e abrange todas as esferas da sociedade organizada e não apenas o Estado, e o sentido de social expressa a sociedade em seus múltiplos campos de atuação e racionalidade”*⁸⁰.

Os principais instrumentos da Governança Social são o planejamento estratégico, os contratos de gestão, o monitoramento e a avaliação de projetos e de contratos. Os Estados e municípios que já dispõem de legislações próprias para qualificação de Organizações Sociais devem aperfeiçoar os mecanismos e processos de monitoramento e avaliação dos contratos de gestão. Os que ainda não dispõem desse arcabouço

80. KNOPP, G. Governança social, território e desenvolvimento. Belo Horizonte. *Revista Perspectivas em Políticas Públicas*. v.4, n.8, p 53-74, jul/dez 2011.

legal, como é o caso do município de Londrina, podem analisar o assunto, conhecer as experiências em curso em São Paulo, no Rio de Janeiro, em Minas Gerais, na Bahia, em Pernambuco e verificar os resultados. Esse tipo de iniciativa pode auxiliar a superar o trauma de terceirizações e de parcerias fraudulentas de que foram vítimas no passado. Com o detalhe que não estou defendendo terceirizações ou privatizações na saúde.

Nem mesmo quando me posiciono favoravelmente à recente regulamentação⁸¹ pelo Governo Federal dos Artigos 1º a 13º da Lei 12.715/2012, que dispõem sobre o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica – PRONON e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência – PRONAS/PCD. Ambos os programas serão implementados mediante incentivo fiscal a ações e serviços desenvolvidos por instituições de direito privado, associativas ou fundacionais. Os contratos de gestão, no âmbito do direito público, com Organizações Sociais ou Fundações Estatais (a exemplo da HUTECH), entes de direito privado, estabelecem direitos e deveres distintos. Mas... este assunto é para outro momento e não para um simples Posfácio.

Além destes dois desafios, cogitei abordar neste espaço outros dois temas que para mim se configuram como desafios latentes. Um deles diz respeito às relações entre a saúde suplementar (!) e o SUS. O outro tem a ver com o que alguns autores⁸² chamam de “Segunda Reforma” e outros⁸³

81. BRASIL. Decreto 7.988, de 17/4/2013. Publicado no DOU 18/4/2013.

82. BARRADAS, L.R.B. A Segunda Reforma. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, p. 3.

83. MONTONE, J. **A experiência de São Paulo com as OSs**. Rio de Janeiro, set. 2012. Palestra durante Seminário realizado na FGV.

preferem chamar “Terceira Onda da Reforma Sanitária Brasileira”. Ou seja, refiro-me à tarefa de atualizar o ideário da RSB. No entanto, prefiro não me aventurar nesses temas. Fruto da convivência diária com a realidade dos serviços e dos processos de formação de profissionais de saúde, disponho de alguns *insights* sobre esses possíveis desafios. Mas não tenho ainda um pensamento organizado a respeito. Deixo para outra oportunidade ou para outros mais preparados⁸⁴ para dar conta dessas abordagens.

Finalmente, vamos às linhas finais. A experiência da organização dos serviços de saúde em Londrina teve avanços e retrocessos. Em minha opinião, trata-se de uma experiência exitosa tanto em 1979, ano da apresentação e defesa desta “dissertação-relatório”, seu 3º ano de existência, como pode ser considerada hoje, em 2013, no seu 35º ano.

Contribuiu para o surgimento de outras relevantes experiências municipais no início da década de 1980, especialmente com a posse de novos prefeitos após as eleições de 1982, como foi o caso de Uberlândia, Piracicaba, Cambé, Ibiporã, Araucária e outros, para o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, para a VIII Conferência Nacional de Saúde, para a aprovação da seção dedicada à saúde da nova Constituição Federal, da Estadual e da Lei Orgânica Municipal e, importantíssimo, para a melhoria dos indicadores de saúde da população.

84. VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. O futuro dos serviços de saúde no Brasil. In: _____. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 351-360.

Quando ficou presa/refém de dogmatismos, proselitismos, clientelismos - de esquerda ou de direita -, a experiência estagnou, retrocedeu.

Quando predominou o diálogo, interno e externo, quando não se amedrontou frente às incertezas, quando ousou, inovou, fez alianças com a universidade e com a comunidade, a experiência progrediu, avançou.

Termino reproduzindo a parte final do poema de Geir Campos, que ainda faz muito sentido na minha vida.

TAREFA (cont.)

*Dizer também que são coisas mutáveis
E quando em muitos a noção pulsar
Do amargo e injusto e falso por mudar
Então confiar à gente exausta o plano
De um mundo novo e muito mais humano*

Londrina, 11 de junho de 2013.

Marcio José de Almeida



1980: 1º Diretório Municipal do PMDB. Senador José Richa, João Einecke, Marcio Almeida (presidente), Tadeu Felismino, Domingos Pellegrini, Elza Correia, Wilson Moreira, Lina, Dalton Paranaguá, Deputado João Olivir Gabardo, Deputado Osvaldo Macedo, Delio Cesar, Luiz Eduardo Cbeida, Romeu de Oliveira e Apolo Teodoro.



1984: 1º Encontro Popular de Saúde, em Francisco Beltrão. Haroldo Ferreira, Sérgio Arouca, Euclides Scalco, Luiz Cordoni, Otercílio Salvati, o autor e Guillermo González (médico nicaraguense, cursando na época pós-graduação na Fioeruz).



Público presente no evento realizado em 11/10/1984. (Acervo do ex-prefeito Celio Bonetti)



1985: 2º Simpósio Paranaense de Políticas de Saúde. Preparatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Plenarinho da Assembleia Legislativa do Paraná. Presentes: Walter Pecoits, Darcy Reis Ferreira, Marcio Almeida, Luiz Cordoni Jr., Domingos Atex e Sérgio Arouca.



Público presente no evento.



1987: Ana Ito e o autor na coleta de assinaturas para a proposta de saúde na Assembleia Nacional Constituinte. Londrina, em frente ao Cine Teatro Ouro Verde, onde se realizou o V Encontro Municipal do Setor Saúde.



1988: Reinauguração do Posto de Saúde Rural de Paiquerê, instalado no início da experiência, em 1972. Discursando a enfermeira Fátima Nunes, chefe do setor de saúde comunitária da UEL e presentes o professor Nelson Rodrigues dos Santos, o reitor Jorge Bounassar, o vice-reitora Carlos Appoloni, a pró-reitora Luzia Yamashita Deliberador e o professor João Campos.



1988: Conferência do professor Giovanni Berlinguer (direita), promovida pelo CEBES durante a Reunião Anual da SBPC, na USP. No centro, presidindo a sessão, o professor Guilherme Rodrigues da Silva, chefe do Departamento de Medicina Preventiva da USP.



1991: Reunião da equipe de coordenação do Projeto UNI-Londrina. Professores, estudantes, líderes comunitários, dirigentes da SMS.



1992: Visita do professor Giovanni Berlinguer à sede do CEBES em Londrina.



1993: Reunião comunitária na região sul de Londrina com a presença de estudantes dos projetos UNI da América Latina.



2001: V Congresso Nacional da Rede UNIDA, em Londrina. Na mesa, entre dirigentes de cursos da área de saúde, os professores Mario Chaves e Gilson Carvalho.



2007: IV Fórum Nacional de Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem, em Londrina.



2011: Sessão da Câmara Municipal de Londrina em que foi votado o Relatório da Comissão Especial de Inquérito sobre a crise da saúde no município.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, R. Um novo municipalismo. **Folha de S. Paulo**, p. 3, 7 jun. 1978
2. AMÂNCIO, A. Conceitos e métodos de trabalho na Clínica Médica 2. Rio de Janeiro: Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1979.
3. A MÃO do destino. E a do governo. **Movimento**, São Paulo, n. 198, p. 3, 12-18 fev. 1979.
4. BASTOS, M.V. Sistema Nacional de Saúde, contribuição para discussão do tema. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, 5-8 ago. 1975, Brasília. [Anais...]. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1975, p.41-2.
5. BRAGA, J.C. **A questão da saúde no Brasil**: um estudo das políticas sociais em saúde pública e a medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista. 209f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, 1978.
6. BRASIL. Congresso. Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas. **Código Tributário Nacional atualizado**: quadro comparativo das Constituições-Sistema Tributário, Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966, Anotada, Legislação alteradora, por João Bosco Altoé e José Vieira do Vale Filho. Brasília: Senado Federal, 1978.
7. BRASIL. Leis, decretos, etc. A estratégia de desenvolvimento social. In: _____, **II Plano Nacional de Desenvolvimento, 1975-79, lei nº 6.151, de 4/12/1974, parte I, capítulo VI, DOU supl. de 7, e retificado em 31/12/74**, São Paulo: Sugestões Literárias, 1975, p. 58-63.

8. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Expansão da previdência, assistência médica e assistência social urbana, 1973/77, alguns dados**. Rio de Janeiro, 1978. 56p.
9. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DA FSESP. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, v. 10, n. 18, 1978.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Fixação de um plano nacional de saúde: relatório oficial apresentado à III Conferência Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3., 9-14 dez. 1963, Rio de Janeiro. [**Anais...** Rio de Janeiro, 1963]. Mimeografado.
11. _____. Municipalização dos serviços de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3., 9-14 dez. 1963, Rio de Janeiro. [**Anais...** Rio de Janeiro, 1963]. Mimeografado.
12. _____. Política Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6., ago. 1977, Brasília. [**Anais...** Brasília, 1977].
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Tema 2: Programa materno-infantil. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, Brasília, 5-8 ago. 1975. [**Anais...** Brasília, 1975].
14. BRASILEIRO, A.M. (Coord.). **Municipalização: educação e saúde**. Rio de Janeiro: SEPLAN-PR/IBAN, 1977. 168p.
15. CAMARGO, J. de O.; ZEITUNE, J.M.R.; OLIVEIRA, A.L. de. Hospital Escola: o problema visto pelo professor de medicina; análise sobre convênios com o Hospital. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 23-6, set./dez. 1977.
16. CANESIN, O. Considerações sobre as atividades do serviço municipal de pronto socorro no ano de 1971. [S.l.: s.n., 1972?]. 10p. Mimeografado
17. CARDOSO, F.H. **Autoritarismo e democratização**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.
18. _____. **O modelo político brasileiro**. São Paulo: Difel, 1972.

19. CORDEIRO, H.A. Conferência sobre sistemas de saúde. In: ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA, 2, 14 dez. 1974, Atlântida, RS. Mimeografado.
20. _____. Prática médica na América Latina: tendências, alternativas e problemas de pesquisa. In: CONFERÊNCIA DE FACULDADES E ESCOLAS DE MEDICINA NA AMÉRICA LATINA, 10., 1977, San José (Costa Rica). Mimeografado.
21. _____. Denunciada falta de vacina contra Pólio em Londrina. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, p. 28, 23 nov. 1978.
22. FADUL, W. **A municipalização das atividades de saúde**. [Sl.: s.n., 19--]. Resumo da resposta do artigo de autoria do Prof. Mauricio de Medeiros, publicado em "O Globo", 04/09/63.
23. FERRARA, F.A.; ACEBAL, E.; PAGANINI, J.M. **Medicina de la comunidad**. 2.ed. Buenos Aires: Inter-Médica, 1976.
24. FERRAZ, J.C. de F. O município, uma instituição a preservar. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 26 fev. 1978. 2º Caderno, p.24.
25. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico do Paraná**, 1970. Rio de Janeiro, 1972.
26. FUNDO de Apoio ao Desenvolvimento Social: uma apreciação do GT/PLUS. Rio de Janeiro, 1978.
27. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Genebra. **Proposições alternativas para o atendimento das necessidades básicas de saúde nos países em desenvolvimento: estudo conjunto OMS/UNICEF**. Rio de Janeiro, [19--]. (Doc.E/ICEF/L.1322).
28. GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e medicina no Brasil: contribuições para um debate**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
29. GUITTI, J.C.S. **Condição nutricional de crianças de zero a seis anos de idade na periferia da cidade de Londrina**: influência da condição sócio-econômica. 1975. 122f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Londrina, 1975.

30. HERRERA, A.D. Los determinantes sociales de la política científica en América Latina: política científica explícita y política científica implícita. **Desarrollo econômico**: revista de Ciencias Sociales, México, v. 23, n. 49, p. 98-112, abr./jun., 1973.
31. INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL. **Pesquisa sobre as relações intergovernamentais**: o estado e o município. 2. ed. Rio de Janeiro, 1974.
32. INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Agência de Londrina. **MEMO 514-021.03/337-78**, de 16 de outubro de 1978. Londrina, 1978.
33. INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Resolução nº. INPS-900, de 1 de setembro de 1975**: Projeto Londrina. Brasília, 1976.
34. ITO, A.M.Y. et al. Regionalização dos serviços de saúde; manual de organização e funcionamento de três unidades periféricas integradas de saúde no Município de Londrina, Paraná. In: CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 6., 17-19 nov. 1976, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEM, 1976. p. 327-64.
35. LANDMANN, J. Saúde e Assistência Médica: determinantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 55-83, maio/ago. 1978.
36. LONDRINA. Prefeitura Municipal. Gabinete do Prefeito. **OF. nº 553/77, de 2 de agosto de 1977**. Londrina, 1977.
37. LONDRINA. Secretaria de Planejamento. **Londrina**: aspectos sócio-econômicos. Londrina, 1977. Mimeografado
38. LONDRINA. Secretaria de Saúde e Promoção Social. **Diagnóstico preliminar das favelas de Londrina**. Londrina, 1977. Mimeografado.
39. _____. **Diretrizes básicas de atuação (77/80)**. Londrina, 1977. Mimeografado.
40. _____. **Notas sobre a participação do município na prestação de serviços de saúde à população**. Londrina, 1977. Mimeografado.

REFERÊNCIAS

41. LOYOLA, C. de B. Municipalização dos serviços de saúde. In: ENCONTRO MUNICIPAL DO SETOR DE SAÚDE, 1., 17-20 maio 1978, Campinas. [Anais... Campinas, 1978].
42. LUZ, M.T. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
43. _____. Saúde e instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e medicina no Brasil, contribuição para um debate**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 157-74.
44. MACEDO, C.G. de. Recursos humanos para a saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 19., 10-14 out. 1977, São Paulo. [Anais... São Paulo, 1977].
45. MARSIGLIA, R.; ROSSI, S.S. Saúde e desenvolvimento no Brasil. **Cadernos CEBES**, Londrina, n. 2, out. 1978.
46. MARZOCHI, K.B.F. **Aspectos epidemiológicos da doença meningocócica no município de Londrina, Paraná, no período de 1965 a 1975**. 149f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.
47. MELLO, C.G. de. Aspectos econômicos da saúde. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 32, n. 8, p. 570-6, ago. 1975.
48. _____. A formação do médico generalista e a medicina previdenciária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, supl. 1, p. 67-89, 1978.
49. _____. **Saúde e Assistência Médica no Brasil**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1977. (Coleção Saúde em Debate).
50. MELLO, D.L. Problemas institucionais do município; aula inaugural proferida na Escola Brasileira de Administração Pública da FGV, em 04/03/1965. Rio de Janeiro: IBAM, 1965.
51. _____. Regiões metropolitanas na constituição brasileira: competência dos 3 níveis de poder em relação ao planejamento metropolitano; art. 164, da Constituição e Lei Complementar. In: BRASIL. Ministério do Interior. **Planejamento metropolitano: anais do II Curso de Planejamento Urbano Local**. Rio de Janeiro, 1972. v.1, p.203-11.

52. MINISTRO parabeniza Secretaria de Saúde. **Folha de Londrina**, Londrina, p. 6, 23 nov. 1978.
53. NAKAGAWARA, Y. **Evolução e distribuição da população paranaense**: Paraná, Mundo Rural. Londrina: Departamento de Geociências/UDEL, 1982.
54. _____. As funções regionais de Londrina e sua área de influência. 1972. 3v. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade de São Paulo.
55. NAKAGAWARA, Y.; ASARI, A.Y. Mestrado em Ciências de Alimentos: justificativa de criação do curso. Londrina, jul. 1977. Trabalho produzido no Laboratório do Departamento de Geociências do Centro de Ciências Exatas da FUEL.
56. OLIVEIRA, F. de. **A economia brasileira**: notas para uma revisão teórica. São Paulo: CEBRAP, 1972.
57. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Atención primaria de salud**: informe conjunto del Director de la OMS y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia para la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS, 1978.
58. _____. **La salud por el pueblo**. Ginebra: OMS, 1975.
59. _____. Promotion of National Health Services. In: VERDERESE, M.L. **Las nuevas dimensiones de la función de la enfermera en la prestación de Atención Primaria a Salud**. Washington: OMS, 1978. Mimeografado.
60. _____. **Plan decenal de salud para las Américas: relatório final da III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas**. Washington: OMS, ene. 1973. (Documento Oficial, 118).
61. PELLEGRINI FILHO, A.; RAMOS C.L.; RIBEIRO, J.A.T. A medicina comunitária, a questão urbana e a marginalidade social. In: GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e medicina no Brasil, contribuição para um debate**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 207-24.
62. POLÍTICA Nacional de Saúde. In: BRASIL. Leis, decretos, etc. **Reforma administrativa**: decreto-lei nº 200, de 25/02/67, título XIV, cap. II, art. 156. Rio de Janeiro: INPS/SSG, 1967. p. 64.

REFERÊNCIAS

63. POR QUE o Paraná vacina menos? **Folha de Londrina**, Londrina, 15/19/78. 3º Caderno, p. 7.
64. RELATÓRIO do “Primeiro Fórum de Debates sobre Reestruturação do Curso Médico” da Universidade de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 31-5, jan/abr. 1978.
65. LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde e Promoção Social. **Relatório**. Londrina, 1978.
66. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Conceito de sistemas de serviços de saúde. In: _____. **Extensão da Cobertura dos Serviços de Saúde Baseada nas Estratégias de Assistência Primária e Participação da Comunidade [IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, 26-27 set. 1977]**. Washington, DC: OPAS/OMS, 1977. p. 26-35.
67. REUNIÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO NORTE DE MINAS GERAIS, 1., abr. 1976, Belo Horizonte. **Tema 2: Infra-estrutura do sistema saúde; unidades auxiliares** de saúde. Belo Horizonte, 1976.
68. SANTOS, N.R. Aspectos da organização e implantação do PIASS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 19., 10-14 out. 1977, São Paulo. [Anais... São Paulo, 1977]. Mimeografado. Trabalho apresentado no painel “A problemática dos serviços de saúde urbanos e rurais”.
69. SERRA, J. O milagre econômico brasileiro - realidade e mito. *Revista Latinoamericana de Ciências Sociais*, Santiago, n. 3, p. 38-49, jun. 1972.
70. SINGER, PI. O milagre brasileiro: causas e consequências. São Paulo: CEBRAP, 1972. (Caderno CEBRAP, 6).
71. SINGER, PI.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. 19. ed. São Paulo: Forense Universitária, 1978.
72. SOARES, D.A. et al. Atenção à Saúde-Ambulatório-Ensino Médico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 13., 1975, Salvador. Anais... Salvador: ABEM, 1975.

73. SOARES, D.A. Evolução do nível de saúde no município de Londrina, no período de 1960 a 1972. 1976. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Londrina.
74. _____ et. al. Prática de assistência médico-sanitária em três unidades sanitárias em Londrina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 19., 10-14 out. 1977, São Paulo. [Anais... São Paulo, 1977]. Mimeografado.
75. SONIS, A. Integración de la educación de los profesionales del equipo de salud. Anuales de sanidad, Buenos Aires, v. 11, p. 13-24, ene/dic. 1968.
76. SUPERINTENDÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DA REGIÃO SUL (Porto Alegre). Plano diretor do eixo Londrina-Maringá, pré-diagnóstico. Londrina: FUEL, 1978. Mimeografado.
77. TESTA, M. Modelos de salud: las condiciones para su desarrollo. Saúde em Debate, São Paulo, n. 1, p. 32-7, 1976.
78. TEOFILO F. de V. Problemática dos serviços de saúde urbanos e rurais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 19., 10-14 out. 1977, São Paulo. [Anais... São Paulo, 1977.] Mimeografado.
79. _____. O Sistema Nacional de Saúde e a reorganização da estrutura **assistencial**. Londrina, 1977. Conferência proferida no I Seminário Municipal de Instituições de Saúde, Londrina, 12/12/77.
80. TORNERO, N.L. **O emprego de auxiliares de saúde em áreas em desenvolvimento**. 1977. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
81. _____ et al. Uma experiência de assistência sanitária primária. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 6, p. 21-6, 1978.
82. VASCO, U. A. Participación de la comunidad. In: COLOMBIA. Sistema Nacional de Salud. **Rediseño del Sistema Nacional de Salud de Colombia**: resultado de los estudios llevados a cabo por el Grupo de Estudio 11. [SL.: s.n., 19--].
83. VIANNA, S.M. Perspectivas da assistência odontológica no Brasil. In: ENCONTRO MUNICIPAL DE ODONTOLOGIA COMUNITÁRIA, 1., Campinas, 8-11 set. 1978. [Anais... Campinas, 1978].

ANEXOS

ANEXO I

OS PARECERES TÉCNICOS SOBRE O CONFLITO COM A UEL EM TORNO DA RENOVAÇÃO DO CONVÊNIO

Procurando respaldar nossa argumentação apresentada por ocasião do impasse criado no início do ano, e prevendo sua repetição por ocasião dos entendimentos para renovação do convênio para 1978, solicitamos a diversos órgãos públicos e entidades oficiais, pareceres técnicos a respeito de duas questões básicas.

1^a) A quem compete o atendimento médico assistencial e em particular o de nível hospitalar, das parcelas da população denominada de indigentes ou não contribuintes?

2^a) Em que medida os serviços de Pronto-Socorro são de atribuição e manutenção exclusivas das Prefeituras Municipais? Até que ponto a Lei nº 6.229 confere prioridade aos serviços de Pronto-Socorro, em detrimento dos serviços básicos de saúde, na medida em que insere no campo de atuação do município “os serviços de saúde e principalmente os de Pronto-Socorro”.

1. Parecer emitido pelo Professor FERNANDO BEVILÁQUA, Diretor Executivo da Associação Brasileira de Educação Médica¹¹.

Em relação ao seu ofício número 144/77 de 16 de maio de 1977, no qual solicita parecer sobre “... a quem está atribuída a responsabilidade pelo atendimento médico-hospitalar aos pacientes indigentes ou não-contribuintes...”, informo:

11. Ofício nº 405/77 de 07/06/77. Rio de Janeiro.

. Considerando que é obrigação da sociedade atender aos menos favorecidos, especialmente na época em que ações comunitárias são tão anunciadas,

. Considerando que a Universidade deve ser o centro de inspiração, exemplo e divulgação de ações comunitárias, como missão educacional nuclear,

. Considerando que o ensino médico deve propiciar ao estudante o mais variado contato com doentes e doenças,

. Considerando que a missão maior da Universidade é, entre outras, inspirar comportamento humanístico, acima da simples corrida a fontes de recursos e financiamento,

Estou certo de que o atendimento dos indigentes deve ser atribuição da sociedade onde se incluem os mesmos, entendendo-se sociedade obviamente, como a soma de todos os recursos disponíveis da comunidade (Universidade, Município, Estado, Federação, Particular, etc.).

Creio também que os esforços das lideranças executivas devem estar voltados mais para auxiliar na solução dos problemas de saúde coletiva e individual – esta sim cláusula fundamental em qualquer convênio – do que na apreciação fria do modelo mais lucrativo do ângulo financeiro.”

Este parecer do Diretor Executivo da ABEM foi reforçado pelo I Seminário Regional da ABEM, realizado em Curitiba em 26 e 27 de maio de 1977, que em suas conclusões inclui: “... É recomendado que se reserve 20 a 30% do total de leitos disponíveis, como participação do Hospital Universitário nesse problema social (o atendimento médico ao indigente)”.

2. Parecer emitido pelo Professor NELSON DE ARAÚJO MORAES, Diretor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro¹².

“Os princípios que deram origem ao Sistema Nacional de Saúde consagram a coordenação das instituições de saúde que atuam em uma determinada área ou região. O propósito fundamental é o de evitar a duplicação e desperdício de recursos.

Entretanto, inúmeras dificuldades se antepõem à realização efetiva destes propósitos. Sem dúvida, uma das mais importantes é a questão do financiamento das ações de saúde.

O Instituto de Medicina Social está de acordo que o sistema de pagamento por unidade de serviços não só gera condições que estimulam práticas extratécnicas, comprometedoras da qualidade da atenção à saúde, como eleva os custos da assistência médica que para o poder público representa um risco permanente à insolvência das fontes de financiamento. Exemplo recente é o da crise do INPS que em agosto de 1976 havia realizado despesas previstas para todo ano. O próprio presidente do INPS declarou que cerca de 600.000 (seiscentas mil) hospitalizações foram desnecessárias.

Desta forma, obedecendo à Lei n.º. 6.229, dever-se-ia buscar em níveis local e regional mecanismos de coordenação que fossem efetivos e que evitassem formas de competição entre os serviços de saúde para maiores rendimentos. Naturalmente, este não é o propósito da Fundação Universidade Estadual de Londrina. As motivações neste caso parecem ser de outra natureza. Os custos de formação de pessoal de saúde de nível profissional são elevados e requerem verbas generosas.

12. Documento datado de 20/06/77. Rio de Janeiro.

Entretanto, parece ao Instituto de Medicina Social que a implantação de um procedimento de elaboração de um orçamento – programa regional (ou municipal) de saúde, contemplando as instituições responsáveis por ações de saúde (docência e pesquisa) – permitiria que as decisões sobre alocação de recursos obedeceriam um plano regional (ou municipal) que articulassem sistematicamente a formação de recursos humanos, a prestação de ações de saúde, insumos materiais (equipamentos e medicamentos), instalações físicas, etc.

Até que se criem as condições institucionais para a regionalização dos serviços de saúde, se afigura ao Instituto de Medicina Social que os financiamentos deverão ser feitos através de subvenções globais, cujos montantes deverão ser decididos a partir do tamanho da população a ser coberta, volume estimado de ações de saúde e grau de complexidade da tecnologia empregada. A questão da responsabilidade aos pacientes indigentes ou não-contribuintes vê-se desta forma resolvida: é atribuição do programa regional ou municipal integrado pelas diversas instituições públicas ou privadas, coordenadas pela Secretaria de Saúde, de acordo com a Lei n.º. 6.229. Esta é a tendência que se depreende dos propósitos de universalização da Previdência Social e dos princípios igualitários do bem-estar social.

O problema do atendimento de emergência deve ser entendido à luz da política de regionalização. A atribuição do atendimento de “pronto-socorro” como exclusivo de serviços próprios da Prefeitura parece ser tecnicamente equivocada já que o atendimento de urgência também envolve graus diversos de complexidade, desde curativos e suturas até atendimento em unidades de tratamento intensivo. Implica, portanto, num atendimento por unidades tão simples como postos rurais, quanto por hospitais altamente especializados. Não se deve confundir um atendimento de pronto-socorro de casos urgentes e graves com o atendimento imediato de condições bastante simples, mas que causam dor e desconforto agudo para o paciente.

3. Parecer emitido pelo Professor MURILLO VILLELA BASTOS, Assessor da Secretaria de Estudos Especiais do Ministério da Previdência e Assistência Social¹³.

“O texto da Lei 6.229/75 saiu com a expressão Pronto-Socorro, porque o revisor do texto pensou que fosse a mesma que “pronto atendimento” ou “primeiro socorro” nas emergências médicas e cirúrgicas. Antonio Carlos Azevedo, do Ministério da Saúde, sabe disto e pretende corrigir a interpretação na formulação da Política Nacional de Saúde.

Penso que ORGANIZAR os recursos disponíveis, para que a população tenha socorro nas emergências, é obrigação de qualquer governo municipal e que este deve fazê-lo com a amplitude que seus recursos permitam. Os milagres continuam proibidos. Um Prefeito hábil e inteligente tentará mobilizar todos os recursos disponíveis, dentro e fora de seu município, para a realização dos programas de interesse da população dessa unidade política. Tais recursos poderão estar em órgão do governo estadual ou federal e em suas autarquias. (...) Um bom Prefeito será aquele que usar os recursos municipais para os programas necessários que não tenham possibilidades de custeio com recursos externos (limpeza urbana, saneamento, etc.) e que busque conjugar os recursos que podem ser obtidos do INPS, FUNRURAL, LBA, Previdência dos funcionários do Estado e/ou do Município, MEC, Secretaria Estadual de Educação (Saúde Escolar), Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e possivelmente de outras entidades para custear um programa de assistência médico-social, saúde pública, assistência médica e assistência complementar.

13. Comunicação pessoal de 19/07/77. Rio de Janeiro.

A Prefeitura Municipal deixou, há muito tempo, de ser uma réplica dos feudos medievais. O que uma boa administração pode fazer é COORDENAR – desde o planejamento até a avaliação de resultados, passando necessariamente pela execução das atividades.

Em lugar de tentar atingir objetivos padronizados e pré-definidos por modelos importados, seria melhor tentar obter o máximo possível com o que pode ser obtido sem elevados sacrifícios. É aí que entra o estudo da relação custo/benefício para a população.”

4. Parecer emitido pela Comissão Permanente de Consulta dos Ministérios da Previdência e da Saúde, por solicitação do Dr. José Carlos Seixas, Secretário Geral do Ministério da Saúde¹⁴.

“A CPC entende que no referente à 1ª indagação:

1. A população urbana contribuinte do INPS ou IPASE tem cobertura médico-hospitalar;

2. A população rural, gratuitamente ou mediante contribuição já regulamentada, também a tem;

3. Os serviços militares são do mesmo modo assistidos;

4. Quanto ao restante da população, o Decreto-Lei nº. 200, artigo 20, §§ 3, 4 e 5, determina a descentralização das ações, inclusive do município com cobertura financeira própria, subsidiada pelo Governo Estadual e Órgãos Federais;

5. Além disso, há instituições filantrópicas às quais deve ser cometida tal assistência, pois os órgãos reconhecidos como tais pelo Conselho Nacional de Serviço Social se comprometem a reservar para a clientela não-contribuinte até 30% do número total dos seus leitos. O que se vê, hoje, é que praticamente não há mais leitos reservados para este fim, diante do interesse em se obter a utilização, remunerada da maior parte deles pela Previdência Social. Convém que a autoridade local seja alertada para aquele dispositivo e cuide para que o mesmo seja cumprido, visto que a instituição, ao ser reconhecida como filantrópica, passa a gozar de inúmeros privilégios, aos quais deve retribuir com a prestação de serviços à comunidade;

14. Of. SG. Nº 1091/Bsb em 18/10/77. Brasília, DF.

6. Desta forma a CPC entende que não há instituição isolada encarregada de assumir o problema da população não coberta pelo sistema previdenciário.

A nova legislação da Previdência Social (Lei 6.439) aventa a possibilidade de, havendo disponibilidade de recursos, poder ser abrangida tal clientela, sempre envolvendo contrapartida comunitária. Parece-nos assim que a responsabilidade é primariamente comunitária, agregando-se em torno desta, recursos disponíveis em nível (sic) do Município, Estado e das diversas instituições federais. À Prefeitura, entende a CPC, reserva-se o papel de aglutinador de instituições e recursos visando à solução do problema.”

Quanto à 2ª indagação, no entendimento da CPC:

1. As Prefeituras Municipais não devem abandonar seus programas de alcance coletivo. Antes, devem estimular as ações básicas de Saúde Pública e, ao se dedicarem à assistência médica, devem garantir o acesso da grande maioria às medidas mais simples, evitando que recursos mais complexos, de alcance restrito, venham a ser utilizados em detrimento dos primeiros;

2. O artigo 1º. da Lei 6.229 efetivamente atribui aos Governos Municipais a responsabilidade de prestação dos serviços de Pronto-Socorro. A amplitude destes serviços, entretanto, varia desde as medidas de socorro imediato correspondente a um primeiro atendimento, nos termos em que ficou definida a “Unidade de Emergência” na Portaria 30/MS/Bsb de 11/12/77, até os cuidados de alta complexidade tecnológica, aspecto este que faz com que os serviços de

pronto-socorro frequentemente ultrapassem os limites da capacidade operacional das municipalidades.

A participação das Prefeituras, guardado o princípio maior da não duplicação de ações e recursos contidos na Lei 6.229, deve visar especificamente, no entendimento da CPC, a evitar a omissão de socorro aos munícipes, devendo ser mobilizada a participação financeira das agências cujos beneficiários sejam atendidos pela municipalidade em causa.

3. Na implantação de serviços de pronto-socorro, a complexidade dos serviços dependerá dos critérios de regionalização que venham a ser aprovados na forma de regulamentação da Lei do Sistema Nacional de Saúde.

5. Parecer emitido pelo Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM)¹⁵.

1. Os serviços de saúde em geral são de competência da União e do Estado, sendo que, neste campo, a ação do Município é complementar.

2. Recentemente a União criou programas integrados de saúde para todo o território nacional e vêm sendo publicadas nos Diários Oficiais da União as áreas da jurisdição da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública em diversos Estados. Contudo não encontramos, ainda, a jurisdição relativa ao Estado do Paraná.

3. Quanto à assistência a indigentes e/ou não contribuintes do INPS, a Prefeitura poderá firmar convênio com hospitais locais para que cedam certo número de leitos, com o respectivo atendimento.

14. Of. N.º. 1.905/77 de 21/06/77. Rio de Janeiro.

ANEXO 2

CONCLUSÕES FINAIS DO I ENCONTRO NACIONAL DE AUXILIARES DE SAÚDE.

Auxiliares de saúde representando sete Estados brasileiros reunidos em Londrina, PR, no período de 1 a 4 de novembro de 1978, discutindo assuntos que dizem respeito a sua classe, tiram as seguintes conclusões:

a) O auxiliar de saúde deve clinicar desde que tenha um treinamento adequado e com a cobertura da supervisão, o auxiliar deve clinicar só na atenção primária e os casos mais complexos e duvidosos devem ser encaminhados para o médico.

O auxiliar de saúde deve, na medida do possível, neutralizar a ação dos balconistas de farmácia. O auxiliar deve sempre se lembrar que clinicar não é só medicar, mas também orientar nas dietas alimentares e comportamento sanitário. Nesta atividade entra também não somente a capacidade como também a consciência.

b) Quanto ao aspecto salário, as opiniões foram unânimes em que o salário deve ser padronizado dentro de cada região, houve uma sugestão de que o salário fosse calculado na base de 40% do que percebem os médicos sanitaristas. Foi calculado que existe uma grande diferença salarial de um Estado para outro, havendo auxiliares trabalhando em condições ilegais, por não estarem registrados. Um dos grupos lembrou que o setor saúde é o que recebe menos no que diz respeito a salários.

Levando em conta a importância do trabalho do auxiliar de saúde, reivindica-se um salário que pelo menos se aproxime do justo. Houve a informação de uma auxiliar de saúde complementar que ela trabalha 4 horas (meio período) e ganha

menos da metade dos salários pagos aos auxiliares de saúde de tempo integral e isto acontece com um certo número de pessoas naquela região.

Um dos grupos colocou que, depois de criada a associação e regulamentada a função de auxiliar de saúde, teremos mais condições de exigir um salário mais justo, tendo em vista a realidade de cada região brasileira.

c) Quanto à associação, foi sugerido o nome de Associação Nacional dos Profissionais de Saúde de nível elementar e médio. A maioria dos auxiliares achou que primeiramente cada região deve discutir a idéia entre seus componentes para que ela amadureça e para que os motivos de sua formação e os seus objetivos fiquem bem claros. Em seguida os representantes de cada região se reunirão para tratar do assunto em nível nacional, isto também, baseado no fato de muitas pessoas não terem comparecido e, portanto, estarem desinformadas. A maioria achou que assim o alicerce ficará mais sólido. Ficou também bem claro que os representantes regionais devem ser realmente representativos.

Também foi unânime a opinião acerca da unificação do nome da profissão – (Auxiliar de Saúde).

Foi fechado o prazo de 6 meses para o Encontro dos representantes das regionais, que iria coincidir com o II Encontro Municipal de Saúde do Setor Sudeste (Niterói).

d) Ficou determinado que o próximo encontro será daqui a um ano em Niterói em data a ser estabelecida futuramente. Esta escolha foi baseada em votação geral, partindo das opções oferecidas.

O representante escolhido para cada região fará parte da comissão que tratará da criação da Associação e também da comissão que organizará o II Encontro de Auxiliares.

e) Cada região fará um boletim informativo e mandará para todas as regiões que participaram do I Encontro Nacional de Auxiliares de Saúde.

CONSIDERAÇÕES SOBRE PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA – Do assunto Participação Comunitária muito se escuta falar e muito se vê escrito.

Mas, apesar disto, pouco se sabe a respeito deste tema.

O fato é que ultimamente os trabalhadores de saúde “Auxiliar de saúde, Médicos, Enfermeiros, etc. ...”, utilizam cada vez mais esta expressão podendo ela significar muita coisa.

Este texto é uma tentativa de colocar de uma maneira simples esse tema para discussão, de modo a surgir perguntas e questões que levem a um entendimento melhor sobre “Participação Comunitária”.

Para isto falaremos antes sobre como nossa sociedade está organizada e em seguida sobre participação.

Hoje, a sociedade em que vivemos está tornando-se cada vez mais complicada. Assim, temos setores da população que são donos de indústrias, grandes proprietários de terra, além dos donos de indústrias que são estrangeiros. Ainda na nossa sociedade temos os pequenos proprietários de indústrias e terra, os operários, os trabalhadores rurais, para só ficar em alguns exemplos de setores desta sociedade. Assim não podemos entender a sociedade como uma coisa na qual todo mundo age e pensa para o benefício comum, mas sim dividida em partes, cada parte tentando impor a sua vontade.

Para a estruturação desta sociedade existe algo que chamamos de política e toda a população passa a agir em torno dela.

Então, em todas as áreas (Educação, Habitação) existe uma política para cada uma, e como não podia deixar de ser também, na área de nosso trabalho, a saúde, existe uma política determinada para ela.

Tomando como base os dias de hoje, podemos falar que nosso trabalhador na área de saúde se orienta pela política nacional de saúde.

Os programas de saúde acompanham o desenvolvimento econômico. Hoje, o interesse é voltado para aplicar o dinheiro nas grandes indústrias estrangeiras e também nacional, deixando menor quantidade de dinheiro para setores como educação, habitação, saúde, etc.

Por um lado a política é colocar pouco recurso nestas áreas e, por outro lado, existe uma grande quantidade de gente precisando e exigindo escolas, saneamento, atendimento de saúde, habitação, etc.

A saída do governo para atender a essa situação é “olhar para esse lado”. Mas continuando com a mesma restrição de recursos financeiros, porém buscando recursos da própria comunidade. Então surge o assunto “Participação Comunitária” que já se falava na América Latina nos anos 1960 e passa a tomar corpo nos anos 1970.

O que é participação comunitária? É lógico que não se tem uma resposta pronta para esta pergunta, mas o que podemos falar é de vários entendimentos a respeito do assunto, para, a partir daí, podermos entender melhor e esclarecer a possibilidade de trabalhar com esta proposta.

Baseando-se no texto “Nota a respeito da participação comunitária em programas de saúde” de Cornelis Johannes van Stralen, podem-se colocar algumas ideias básicas a respeito de participação comunitária que envolve também entendimentos diferentes sobre o que é saúde.

Alguns acham que a participação da população é um meio de se obter apoio do povo para programas oficiais na área de desenvolvimento social e a participação que consiste basicamente numa mobilização e amenização da população no sentido dela aderir aos objetivos propostos e se convencer da necessidade de mudanças.

Outros entendem participação como um meio de se aproveitar os próprios recursos da população (mão de obra), ficando a participação neste caso situada principalmente no nível de execução.

Estas duas formas são as mais usadas pelo Governo, mas existe ainda entendimento que busca uma atitude mais consciente e que por isso mesmo é a mais incômoda. Neste caso se pretende caminhar com o povo na descoberta de sua situação real e na organização e união para resolver seus problemas.

CONCLUSÃO DA DISCUSSÃO SOBRE PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA – no dia 3 de novembro de 1978, houve uma discussão a respeito de vários aspectos da participação comunitária nas Unidades de Saúde.

Houve muita divergência a respeito do conceito de participação comunitária, e cada grupo expôs suas idéias a respeito do assunto. Foram formados sete grupos, compostos de elementos representativos de cada cidade, para discussão do roteiro que abaixo apresentaremos. Embora havendo divergências, chegaram-se às seguintes conclusões:

1) O que o grupo entende por participação comunitária?

Resp.: É toda atividade que consegue envolver os moradores de uma comunidade em torno de objetivos comuns,

onde estes mesmos moradores decidem o que é e o que não é necessário.

2) É necessária esta participação? Por quê?

Resp.: Sim. Porque desta maneira os objetivos da comunidade são, democrática e conscientemente, resolvidos com mais facilidades.

3) Que tipos de atividade com participação comunitária são realizados pelos Postos de Saúde?

Resp.: a) reuniões com a comunidade; b) construções de fossas; c) desratização; d) campanha do filtro; e) campanha da extinção do moleque da bananeira (praga que ocorre nas raízes das plantas); f) comercialização de artesanatos produzidos pela comunidade.

4) Qual o papel do auxiliar de saúde nos trabalhos de participação comunitária?

Resp.: Além dos seus trabalhos específicos, deve estar integrado na comunidade.

5) Qual o papel dos demais elementos de saúde nos trabalhos de participação comunitária? (O trabalho deve ser feito somente pelo auxiliar ou por toda a equipe)?

Resp.: O trabalho de participação comunitária deve ser feito por toda a equipe, pelas atribuições de cada um no trabalho, complementado pela participação da equipe.

6) *A população participa dos problemas do Posto? De que forma?*

Resp.: Existe, ainda que pequena. Ainda não é o que se deseja. Direta ou indiretamente a população está começando a participar.

7) *O auxiliar deve morar no mesmo local de trabalho? Vantagens e desvantagens.*

Resp.: Houve unanimidade em achar que o auxiliar deve morar no bairro onde trabalha, pois se ele faz parte daquela comunidade, conhece melhor seus problemas e suas necessidades. A desvantagem é o surgimento de paternalismo e o fato do auxiliar de saúde estar sujeito a aumentar sempre o seu horário de trabalho por morar ali mesmo. A outra desvantagem é a de que, no início, os auxiliares de saúde não são aceitos como tais, pois a população os vê como companheiros de rua e não como profissionais.

Estas decisões foram tomadas conscientemente por auxiliares de saúde representantes de 7 Estados brasileiros.

Londrina, novembro, 1978.

SIGLAS UTILIZADAS

AI – 5	- Ato Institucional n.º. 5
AMB	- Associação Médica Brasileira
APM	- Associação Paulista de Medicina
APS	- Atenção Primária de Saúde
ASMPS	- Autarquia do Serviço Municipal de Pronto-Socorro
AT	- Vacina antitetânica
CDS	- Conselho de Desenvolvimento Social
CEME	- Central de Medicamentos
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
CPC	- Comissão Permanente de Consulta
CRUTAC	- Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária
DEOPS	- Departamento de Ordem Política e Social
DPT	- Vacina contra difteria, pertussis e tétano
FAS	- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FGTS	- Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FUEL	- Fundação Universidade Estadual de Londrina
FUNABEM	- Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor
FUNRURAL	- Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
FPM	- Fundo de Participação dos Municípios
FSESP	- Fundação Serviços de Saúde Pública
HURNP	- Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
IAPs	- Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPI	- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IBAM	- Instituto Brasileiro de Administração Municipal
ICM	- Imposto sobre Circulação de Mercadorias
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE	- Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado

IPE	- Instituto de Previdência do Estado
IPTU	- Imposto Predial e Territorial Urbano
ISSQN (ISS)	- Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza
LBA	- Legião Brasileira de Assistência
MPAS	- Ministério de Previdência e Assistência Social
MS	- Ministério de Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPS	- Organização Pan-americana de Saúde
PIASS	- Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PLAMA	- Plano de Modernização Administrativa
PLUS	- Plano de Localização das Unidades de Serviço
PML	- Prefeitura do Município de Londrina
PNB	- Produto Nacional Bruto
PND	- Plano Nacional de Desenvolvimento
PNS	- Plano Nacional de Saúde
PPA	- Plano de Pronta Ação
PPREPS	- Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PROCAF	- Programa Comunitário de Atenção Familiar
SASSE	- Serviço de Assistência e Seguro Social dos Economizários
SESB	- Secretaria de Estado da Saúde e Bem-Estar
SINPAS	- Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS	- Sistema Nacional de Saúde
SS	- Serviço de Saúde
SSPS	- Secretaria de Saúde e Promoção Social
SUCAM	- Superintendência das Campanhas de Saúde Pública
UEL	- Universidade Estadual de Londrina
UERJ	- Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	- Universidade de São Paulo

Fundado em 1987, portanto comemorando 25 anos de muito trabalho e excelentes frutos nas áreas de políticas de saúde e de educação, a entidade renovou recentemente seu estatuto e elegeu uma nova diretoria, novo conselho fiscal e iniciou a estruturação de um novo conselho técnico-administrativo e de um novo conselho editorial.

A antiga Associação de Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva, conhecida como NESCO, formada pelas Universidades Estaduais de Londrina, Maringá e Ponta Grossa, deu lugar a um Instituto com um quadro de associados individuais e institucionais. Mas a filosofia de trabalho, bem como o CNPJ, continuam os mesmos. Ou seja, continuidade e mudança para melhor apoiar as iniciativas e projetos do SUS no Paraná.

Em breve o iNESCO receberá os títulos de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal. Também está sendo encaminhado o processo de sua qualificação como Organização Social pelo Governo do Paraná (Lei Complementar 140/2011). Ou seja, trata-se de uma histórica entidade civil, de direito privado e legítimo componente do Terceiro Setor no Paraná. Sempre comprometido com a melhoria da saúde da população.

CONASEMS - 25 anos



O CONASEMS é uma entidade não governamental, sem fins lucrativos, criada com o objetivo de representar as secretarias municipais de saúde. Foi criado em 1988, durante o processo constituinte e teve sua legitimidade reconhecida pela Lei Federal 12.466 de 24 de agosto de 2011, que alterou a lei orgânica da saúde, a Lei 8080.

O CONASEMS nasceu dos movimentos municipalistas dos anos 70 hoje se consolida como entidade representativa dos entes municipais para tratar de matérias referentes à saúde e foi declarado de utilidade pública e de relevante função social. Esta Lei reconhece também os COSEMS, como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma que dispuserem seus estatutos.

A sua importância no cenário político brasileiro se deve à constatação de que cabe ao município a prestação de serviços de saúde, com a cooperação técnica e financeira dos estados e da união, uma vez que é no município onde as necessidades reais de saúde da população podem ser dimensionadas.

“O CONASEMS e o SUS completam 25 anos em 2013 e, desde 1988, nossa entidade, junto com os COSEMS, tem se constituído como ator técnico e político fundamental no processo de construção do Sistema Único de Saúde. Representamos e defendemos os interesses dos municípios nas pactuações e arenas políticas, atuando intensamente nessas duas décadas e meia de história, muitas vezes mudando o rumo dos acontecimentos no processo de descentralização das relações de poder entre as esferas de governo”, declara o presidente do Conselho, Antonio Carlos Figueiredo Nardi.



O Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, CEPESC, é uma entidade civil, sem fins lucrativos, criada em 9 de maio de 1986. Recebeu os títulos de Utilidade Pública Municipal pela Lei n.º 2.730 de 24 de Dezembro de 1998 e Utilidade Pública Estadual pela Lei nº 3377 de 04 de abril de 2000.

O CEPESC é um Centro de Estudos e Pesquisa vinculado ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro desde sua criação. Tem como objetivo principal a promoção e difusão da produção de conhecimento científico na área de Saúde Coletiva, além de incentivar e facilitar a cooperação entre os pesquisadores das diferentes instituições que integram essa área. Sua missão é apoiar a realização de projetos de pesquisa em saúde.

O CEPESC tem notória especialização na área de Saúde da Família, Gênero e Sexualidade, Integralidade em Saúde e Recursos Humanos em Saúde, acumulada ao longo de seus 23 anos de atividade, tendo como principais parceiros o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde – OPAS.

O CEPESC trabalha na captação de recursos e gestão de projetos em áreas de pesquisa, ensino e desenvolvimento científico e tecnológico. Os recursos são provenientes de acordos, contratos ou convênios realizados com organizações públicas e privadas, além de doações de pessoas físicas e jurídicas, nacionais e internacionais.



A evolução do sistema de saúde do Paraná

A construção do Sistema Único de Saúde tem diversos atores e ganhou, ao longo de seus mais de 20 anos, contribuições valiosas de profissionais que buscam continuamente sua evolução.

O resgate histórico do sistema de saúde brasileiro, relatado por Marcio Almeida em sua tese de mestrado, detalha a evolução da saúde pública antes mesmo do SUS.

Para continuar esse processo de evolução, o sistema de saúde do Paraná precisa fazer mudanças profundas, tanto na organização dos serviços como no modelo de atenção, para melhorar o acesso, a qualidade e os resultados para a sociedade.

Por isso, desde 2011, a Secretaria Estadual da Saúde vem implantando as Redes de Atenção à Saúde do Paraná, com foco em cinco redes prioritárias – Mãe Paranaense, Paraná Urgência, Saúde Mental, Saúde do Idoso e Saúde da Pessoa com Deficiência.

O foco principal é fortalecer todos os pontos de atenção, principalmente a atenção primária como porta de entrada no sistema de saúde. Esse foi também o foco do trabalho realizado em Londrina ainda nos anos 70 e o relato desse processo histórico acrescenta muito ao trabalho de construção permanente do SUS que queremos.

Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

Com base em experiências inovadoras, as primeiras unidades de saúde do município de Londrina foram disseminadas por iniciativa de Marcio Almeida. São ideias como as trazidas por ele que impulsionam mudanças importantes em nível municipal, estadual e federal.

O resgate de um período importante para a história da construção do Sistema de Saúde do Município de Londrina nos remete aos movimentos desencadeados por diferentes atores e instituições para a construção do SUS

Iniciativas como esta, permitem com que mais pessoas possam resgatar, estudar e refletir sobre os movimentos desencadeados na Saúde no nosso município. Hoje, continuamos lutando para que possamos efetivar os princípios e diretrizes do SUS que constam em nossa carta Magna e, para que possamos continuar a nossa história é preciso contar histórias e esta é mais uma iniciativa de um momento importante da Saúde para o município de Londrina.

Francisco Eugênio Alves de Souza
Autarquia Municipal de Saúde
Diretor Superintendente



Pequeno Príncipe é sinônimo de cuidado e assistência à saúde, ensino e pesquisa voltados a crianças e adolescentes

As sementes da história de amor e cuidado a crianças e adolescentes do Complexo Pequeno Príncipe foram plantadas em 1919, com um grupo de mulheres voluntárias. Regadas com muito profissionalismo resultaram em uma atuação na área de assistência em saúde, ensino, pesquisa e mobilização social.

O Hospital Pequeno Príncipe é o maior centro exclusivamente pediátrico do país. É referência em atendimentos de média e alta complexidade e oferece 32 especialidades. Viabiliza transplantes de coração, rim, fígado, medula óssea e tecido ósseo. Oferece tratamento oncológico, cardiológico e renal.

Por ano, realiza cerca de 341 mil atendimentos ambulatoriais, 18 mil cirurgias e 24 mil internamentos. Possui 390 leitos, sendo 62 de UTIs. Destina 70% dos seus leitos ao SUS. Também tem papel preponderante na formação de novos pediatras, mais de 2 mil especialistas completaram sua formação no hospital.

A Faculdade Pequeno Príncipe é voltada à área de saúde. Oferece quatro cursos de graduação: psicologia, enfermagem, biomedicina e farmácia, e sete de especialização. Também oferta desde 2008 o mestrado e o doutorado em Biotecnologia Aplicada à Saúde da Criança - Nota 5 da CAPES - e aguarda a aprovação do Ministério da Educação para oferta, a partir de 2014, de um novo programa de pós-graduação, com mestrado e doutorado, na área de Ensino das Ciências da Saúde.

No Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe, as pesquisas buscam novos métodos de diagnóstico e tratamento de doenças complexas contribuindo para a diminuição da mortalidade infantil.

O Pequeno Príncipe é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, que mantém grande parte das suas atividades a partir de doações. Para doar ligue (41) 3310-1446 ou acesse www.doepequenoprincipe.org.br. Para parcerias ligue (41) 3310-1080 ou novosprojetos@hpp.org.br.



www.pequenoprincipe.org.br

AEW-PR

ASSOCIAÇÃO EUNICE WEAVER DO PARANÁ

Desde sua fundação, em 1941, a Associação Eunice Weaver do Paraná presenciou e participou da evolução dos serviços de saúde. Inicialmente, a ênfase era para os filhos saudáveis de hansenianos, que eram segregados de seus pais doentes e enviados para educandários, como o mantido por mais de quarenta anos no Bacacheri.

O desenvolvimento científico do tratamento da doença e a evolução dos direitos da criança, especialmente desde a convenção do Unicef de 1989, impuseram novos desafios para a saúde e para o acolhimento de crianças. Desde então, a Associação mantém alianças com o Poder Público e outras organizações líderes para promover a pesquisa científica e o atendimento médico, educacional e social a crianças e adolescentes, mantendo a prioridade aos filhos saudáveis de hansenianos.

A Eunice Weaver busca organizar e articular iniciativas que visem a proteção, a formação e assistência especialmente aos doentes, pessoas em situação de risco ou com deficiência intelectual, por meio de atendimento médico, psicológico, assistencial, educacional, material e outras atividades.

Para entrar em contato com a Associação Eunice Weaver do Paraná: contato@aew.org.br ou pelo telefone (41) 3151-3916.

*Este livro, composto em Venetian, Adobe Caslon e News Gothic,
foi impresso com miolo em papel pólen 90 g/m²
na Midiograf Gráfica e Editora, em junho de 2013*

Capa em papel Duo Design, 300g/m² e laminação fosca

ISBN 9788567024004



9 788567 024004 >



FOTOS DA CAPA: CATEDRAL DE LONDRINA (FOTO ANTIGA): FOTOGRAFIA DE CARLOS STENDERS - ACERVO FOTO ESTRELA - CÂMARA CLARA - INSTITUTO DE MEMÓRIA E IMAGEM - | CATEDRAL DE LONDRINA (FOTO ATUAL): FOTOGRAFIA DE REI SANTOS | RODOVIA: SHUTTERSTOCK

Editora



25 anos
1988 | 2013



Co-editores

