

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CAMPUS II - CENTRO DE HUMANIDADES
CURSO DE MESTRADO EM ECONOMIA**

**EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL,
CONCEPÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO SUS E MODELOS
DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE (PB)**

EDMILSON GUIMARÃES DA SILVA

CAMPINA GRANDE

1998

EDMILSON GUIMARÃES DA SILVA

**EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL,
CONCEPÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO SUS E MODELOS
DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE (PB)**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Economia da Universidade Federal da Paraíba - Campus II. Em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Economia.

Área de Concentração: Economia Rural e Regional

Linha de Pesquisa: Economia da Saúde

ORIENTADOR: JOSÉ HELENO ROTTA

Universidade Federal da Paraíba
Campina Grande

1998



S586e Silva, Edmilson Guimaraes da
Evolucao das politicas de saude publica no Brasil,
concepcao e implantacao do SUS e modelos de assistencia a
saude em Campina Grande (PB) / Edmilson Guimaraes da Silva.
- Campina Grande, 1998.
123 f. : il.

Dissertacao (Mestrado em Economia) - Universidade
Federal da Paraiba, Centro de Humanidades.

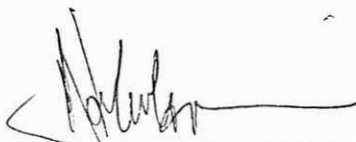
1. Saude Publica - 2. Economia Rural - 3. Politicas
Publicas - 4. Estado - 5. Sistema Unico de Saude (SUS) - 6.
Dissertacao I. Rotta, Jose Heleno II. Universidade Federal
da Paraiba - Campina Grande (PB) III. Titulo

CDU 614(813.3)(043)

**EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL,
CONCEPÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO SUS E MODELOS
DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE (PB)**

EDMILSON GUIMARÃES DA SILVA

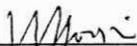
Dissertação defendida e aprovada em 30 de setembro de 1998, pela banca
examinadora constituída pelos professores:



**Prof. José Heleno Rotta
(Orientador/Examinador)**



**Prof. Renato Kilpp
(PhD/Examinador)**



**Prof. Glacy Gonzales Goski Garcia
(Doutora/Examinadora)**

Dedicamos este trabalho ao
Monsenhor **Juan Gerardi Canedera** (1923-1998)
bispo auxiliar da diocese da cidade da Guatemala,
assassinado em 26 de abril de 1998,
defensor e coordenador do escritório dos
Direitos Humanos do Arcebispado da Guatemala.

A injustiça passeia pelas ruas a passos largos.
Os dominadores fazem planos para dez mil anos.
Só a força os garante. Dizem que tudo ficará como está.
Nenhuma voz se levanta além da voz dos dominadores.
No mercado da exploração se diz em voz alta:
Este é apenas o começo!

Entre os oprimidos, muitos dizem:
Jamais se realizará o que queremos!
O que ainda vive nunca diga jamais!
O seguro não é seguro. Nada ficará como está.
Quando os dominadores falarem,
falarão também os dominados.
Quem se atreve a dizer jamais?
De quem depende a continuação desse domínio senão de nós.
De quem depende a sua destruição? Igualmente de nós.
Os caídos que se levantem!
Os que estão perdidos que lutem!
Como pode calar-se quem reconhece a situação?

Os vencidos de hoje serão os vencedores de amanhã.
E um novo "hoje" nascerá do "jamais".

BERTOLT BRECHT

AGRADECIMENTOS

Ao professor **José Heleno Rotta**, que além de orientador, soube conduzir-me nos momentos de dúvidas e que, com sua paciência e sabedoria, mostrou-me os caminhos lógicos para que eu chegasse à forma final desse trabalho.

À **CAPES** e **FAPESQ-PB**, pelo apoio e fomento à realização dessa pesquisa.

Aos professores **Damião de Lima**, **Leá Amorim**, **Marta Lúcia Ribeiro** e **Maria Santana dos Santos Silva** (*in memoriam*), todos da Universidade Estadual da Paraíba, agradeço pela confiança e incentivo. O ter chegado aqui teve muito de suas participações.

A **Nízia Martins Souza**, assessora de comunicação do Ministério da Saúde, que tão prontamente tornou possível o acesso a muitos dos materiais essenciais à execução deste trabalho.

A **Gentil e Irmã Mercês**, funcionárias do Programa de Saúde da Família junto à Secretaria de Saúde de Campina Grande, que tão gentilmente me receberam, fornecendo todo o material necessário às minhas pesquisas.

As professoras **Dra. Norma Montalvo Soler** e **Leiliam Dantas**, pelas sugestões, conselhos e incentivos que me alegraram o coração e me orientaram na feitura desse texto.

Aos amigos **Eunice**, **Felipe**, **Rejane** e **Rogaciano**, pessoas que estiveram sempre ao meu lado e que me deram força e estímulo no enfrentamento dos problemas que aconteceram no curso e também fora dele.

À **D. Terezinha**, minha mãe, pela dedicação diária e abnegação em prol de seus filhos. Ela mais que ninguém, preenche o nosso cotidiano e alegra a nossa vida.

À professora **Euda de Araújo Cordeiro** (Departamento de Letras/UFPB - Campus II), pela tradução para a língua francesa do resumo deste trabalho.

A todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização desse trabalho.

APRESENTAÇÃO

Não podemos negar que este trabalho sofreu fortes influências das diversas áreas que compõem a minha formação acadêmica: a de médico, psicólogo, historiador e agora economista. Trata-se, portanto, de uma síntese das várias experiências com as quais tenho me defrontado no dia a dia. Ele retrata assim a minha preocupação diante de questões pertinentes à saúde e em especial à gestão da saúde pública.

O trabalho a seguir surgiu da necessidade de uma compreensão da forma como vem se dando em Campina Grande a implantação do Sistema Único de Saúde. Para entendermos a atual conjuntura da assistência médica à população foi preciso buscarmos na história da saúde pública no Brasil a forte influência do Estado através de suas políticas públicas de saúde.

Depois dessa etapa, fez-se necessário a compreensão de como foram se gestando, nestas duas últimas décadas, as tentativas de mudança para um modelo mais abrangente e universalizante de assistência médica que, consubstanciado pelos movimentos sociais na saúde, permitiram avanços na assistência médica através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS se apresenta como o resultado das lutas e mobilizações da sociedade brasileira através das diversas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) - em especial a VIII CNS - que culminou com a instauração dos direitos constitucionais que permitiram a construção de um serviço de saúde mais racional, tornando-se a sua implantação um desafio e instrumento fundamental.

É sobre a forma como vem se dando a implantação do SUS em Campina Grande, que direcionamos a segunda parte de nosso estudo, tentando compreender as suas particularidades e especificidades locais, que se tornaram empecilhos para as mudanças esperadas na Constituição de 1988. Tentar explicar estas contradições locais resultaram em nossa pesquisa e transformaram o desafio em realidade.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

APRESENTAÇÃO

LISTA DE TABELAS, QUADROS, GRÁFICOS E ANEXOS

LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS

RESUMO

INTRODUÇÃO,¹

PRIMEIRA PARTE

DA EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL À IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Capítulo I - EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

- 1.1. Visão Histórica do Papel do Estado nas Políticas de Saúde Pública no Brasil, 7
- 1.2. Coexistência Histórica dos Sistemas de Assistência Médica Preventiva e Assistência Médica Curativa no Brasil, 10
- 1.3. As Principais Conferências Nacionais de Saúde como Formas Embrionárias de Democratização da Saúde Pública no Brasil, 14

Capítulo II - O PROCESSO SOCIAL DE CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO AVANÇADO DE SAÚDE NO BRASIL

- 2.1. A Proposta do SUS: Ponto de Culminância da Luta pela Saúde Pública no Brasil, 19
- 2.2. A Emergência dos Movimentos Sociais e o Papel da VIII Conferência Nacional de Saúde na Construção da Proposta do SUS, 21
- 2.3. A Constituição de 1988, a Lei Orgânica da Saúde e a Consolidação Formal do SUS: Conquistas da Bandeira de Luta pela Democracia e Saúde, 25

Capítulo III - O DURO CAMINHO DA TRANSFORMAÇÃO DO PROJETO DO SUS EM REALIDADE SOCIAL

- 3.1. Os Passos Iniciais de Construção do SUS e a Timidez da NOB/91, 27
- 3.2. A Problemática do Financiamento e dos Gastos de Saúde no SUS, 29
- 3.3. A IX Conferência Nacional de Saúde, a Bandeira da Municipalização e os Limites da NOB/93, 32
- 3.4. A X Conferência Nacional de Saúde, o Parto Prolongado da NOB/96 e a Necessária Consolidação da Gestão Plena Municipal, 35

SEGUNDA PARTE

O DESEQUILIBRIO DO SUS EM CAMPINA GRANDE E O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

Capítulo IV - A VOCAÇÃO REGIONAL DE CAMPINA GRANDE NO ATENDIMENTO À SAÚDE, OS RECURSOS DO SUS E SUA REPARTIÇÃO ENTRE OS SISTEMAS AMBULATORIAL E HOSPITALAR

- 4.1. A Capacidade Instalada de Atendimento à Saúde e a Vocação Regional de Campina Grande, 40
- 4.2. Evolução dos Recursos Aplicados pelo SUS em Campina Grande, 45
- 4.3. Especificidade do SUS em Campina Grande: Desequilíbrio entre as Redes Ambulatorial e Hospitalar, 48

Capítulo V - O SUS EM CAMPINA GRANDE E A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO CONCENTRADOR DE RECURSOS NA REDE HOSPITALAR

- 5.1. Características dos Serviços Prestados pela Rede Hospitalar Conveniada ao SUS em Campina Grande, 53
- 5.2. O Alto Custo das AIHs e o Processo Concentrador do Sistema de Saúde de Campina Grande, 58
- 5.3. Razões Históricas dos Desequilíbrios e Formas de Reprodução da Especificidade do Sistema de Saúde de Campina Grande, 61

Capítulo VI - SISTEMA AMBULATORIAL: A DUALIDADE DOS MODELOS DE ATENÇÃO À DOENÇA E DE ATENÇÃO À SAÚDE

- 6.1. O Limitado Fundo Municipal de Saúde e a Timidez do Atendimento da Rede Básica Tradicional: Atrofia do Sistema Ambulatorial de Campina Grande, 66
- 6.2. A Predominância da Rede Hospitalar também no Atendimento Ambulatorial: Porta Aberta para um Sistema de Atenção à Doença, 70
- 6.3. A Funcionalidade da Não Distinção entre o Modelo de Atenção à Doença e o Modelo de Atenção à Saúde, 77

Capítulo VII - A GESTÃO PLENA MUNICIPAL DO SUS E OS NOVOS MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

- 7.1. NOB/96, Gestão Plena Municipal e Ênfase na Atenção Básica à Saúde, 80
- 7.2. Da Lógica do Faturamento a Lógica Epidemiológica: Ações de Vigilância, Imunização e Atos Não Médicos, 82
- 7.3. A Riqueza da Experiência Acumulada pelo PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), 86
- 7.4. Programa de Saúde da Família (PSF): Caminho Incentivado de Transformação do Modelo Assistencial Tradicional, 89
- 7.5. Os Efeitos da Proibição das Consultas Médicas em Ambiente Hospitalar, 97
- 7.6. A Necessária Mudança de Filosofia no Atendimento Médico e a Avaliação de outras Experiências Locais, 99

CONSIDERAÇÕES FINAIS, 105

RESUMÉ, 107

BIBLIOGRAFIA, 108

ANEXOS, 117

LISTA DE TABELAS, QUADROS, GRÁFICOS E ANEXOS

TABELAS:

- 1 - GASTOS PÚBLICOS FEDERAIS EM SAÚDE. PERÍODO: 1980-96. (EM MIL DÓLARES), 31
- 2 - INFRAESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE, 43
- 3 - NÚMERO DE AIHs E VALORES PAGOS PELAS MESMAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS), 46
- 4 - VALORES RECEBIDOS PELOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS NA REDE HOSPITALAR E REDE BÁSICA EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS), 47
- 5 - DISPOSIÇÃO DOS VALORES RECEBIDOS PELOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS E INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE E SUA DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL. PERÍODO: 1994-97. (EM MIL REAIS), 48
- 6 - NÚMERO DE AIHs E SUA DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL ENTRE CAMPINA GRANDE E O ESTADO DA PARAÍBA. PERÍODO: 1992-97, 49
- 7 - NÚMERO TOTAL DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS POR TIPO DE PRESTADOR EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97, 50
- 8 - PERCENTUAL DO NÚMERO DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS TOTAIS REALIZADOS POR TIPO DE PRESTADOR EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97, 50
- 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS NOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS TOTAIS POR TIPO DE PRESTADOR EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS), 51
- 10 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RECURSOS PAGOS PELOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS POR TIPO DE PRESTADOR EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97, 52

11 - VALORES MÉDIOS DOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS POR TIPO DE PRESTADOR EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS),⁵²

12 - MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR/DIA EM CAMPINA GRANDE E OUTROS CENTROS. PERÍODO: 1992-97, ⁵⁶

13 - MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR/DIA POR TIPO DE PRESTADOR EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1992-97, ⁵⁶

14 - DISPONIBILIDADE DE AIHs POR PRESTADOR EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1997, ⁵⁸

15 - VALORES COMPARATIVOS (VALOR MÉDIO POR AIH) ENTRE O MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE E OUTROS CENTROS. PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS), ⁵⁹

16 - VALORES REPASSADOS SOBRE AIHs POR TIPO DE PRESTADOR EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS), ⁶⁰

17 - VALORES RECEBIDOS POR ATENDIMENTO AMBULATORIAL ENTRE AS REDES BÁSICA E HOSPITALAR EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS), ⁶⁰

18 - PROPORCIONALIDADE NA DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO SUS ENTRE INTERNAÇÕES HOSPITALARES E ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS EM CAMPINA GRANDE E OUTRAS CIDADES BRASILEIRAS. PERÍODO: 1994-97. (EM PORCENTAGEM), ⁶⁴

19 - VALORES RECEBIDOS PELA REDE BÁSICA E SERVIÇOS CONVENIADOS NO TOCANTE AOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS E INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS), ⁶⁷

20 - VALORES PERCENTUAIS DA DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS DO SUS ENTRE O ATENDIMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DAS REDES BÁSICA E CONVENIADA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97, ⁶⁷

21 - RECURSOS AMBULATORIAIS DO SUS EM CAMPINA GRANDE REPARTIDOS ENTRE OS ATENDIMENTOS BÁSICO E NÃO BÁSICO. PERÍODO: 1996-97. (EM REAIS), ⁶⁹

22 - RECURSOS AMBULATORIAIS DO SUS NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE E SUA REPARTIÇÃO ENTRE OS ATENDIMENTOS BÁSICO E NÃO BÁSICO. PERÍODO: 1996-97. (EM REAIS), 69

23 - DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS MÉDICAS ENTRE: REDE BÁSICA, REDE HOSPITALAR E OUTROS PRESTADORES EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97, 71

24 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS CONSULTAS MÉDICAS ENTRE: REDE BÁSICA, REDE HOSPITALAR E OUTROS PRESTADORES EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97, 72

25 - VALORES REPASSADOS POR CONSULTAS MÉDICAS (EM REAIS) E SUA DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL ENTRE: REDE BÁSICA, REDE HOSPITALAR E OUTROS PRESTADORES. PERÍODO: 1994-97, 72

26 - VALORES MÉDIOS POR CONSULTA MÉDICA ENTRE: REDE BÁSICA, REDE HOSPITALAR E OUTROS PRESTADORES EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97 (EM REAIS), 73

27 - TOTAL DE AVEIANMs REDE BÁSICA E MUNICÍPIO, TOTAL DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS DA REDE BÁSICA E PERCENTUAL DE AVEIANMs SOBRE ATENDIMENTO TOTAL DA REDE BÁSICA MUNICIPAL EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97, 84

28 - TOTAL DE RECURSOS REPASSADOS POR AVEIANMs NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS), 85

29 - ATIVIDADES EXERCIDAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PARAÍBA E MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97, 87

30 - MORTALIDADE EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1990-97, 88

31 - POPULAÇÃO DAS COMUNIDADES ASSISTIDAS PELO PSF EM CAMPINA GRANDE, 92

32 - NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS DO PSF, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIROS DO PSF, TOTAL DE ATENDIMENTOS DA REDE BÁSICA E PRODUÇÃO AMBULATORIAL TOTAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97, 94

33 - PERCENTUAL DO NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS ENTRE O PSF E A REDE BÁSICA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97, 95

QUADROS:

1 - RELAÇÃO ENTRE O MODELO DE ATENÇÃO À DOENÇA E O PSF, 91

GRÁFICOS:

1 - MORTALIDADE INFANTIL NO MUTIRÃO DO SERROTÃO, 93

ANEXOS:

1 - PROCEDIMENTOS E PATOLOGIAS MAIS COMUNS NA PRÁTICA DA CLÍNICA MÉDICA NA REDE HOSPITALAR DE CAMPINA GRANDE. (VALORES EM REAIS), 118

2 - MORTALIDADE POR GRUPO DO CID EM CAMPINA GRANDE PERÍODO: 1990-97, 119

3 - MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1990-97, 120

4 - COMPARAÇÃO DE VALORES DE ALGUNS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E OBSTÉTRICOS QUE COMPÕEM AS INTERNAÇÕES HOSPITALARES DA REDE HOSPITALAR DE CAMPINA GRANDE. (VALORES EM REAIS), 121

5 - NÚMERO DE LEITOS DE UTI EM HOSPITAIS CREDENCIADOS AO SUS EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: JUNHO 1997, 122

6 - VALORES COMPARATIVOS DE ALGUNS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, 123

LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS

| | |
|-----------------|---|
| ACS | - Agente Comunitário de Saúde |
| AIH | - Autorização de Internação Hospitalar |
| AIS | - Ações Integradas de Saúde |
| APH | - Associação Paraibana de Hospitais |
| AVC | - Acidente Vascular Cerebral |
| AVEIANM | - Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunização e Atos Não Médicos |
| BCP | - Broncopneumonia |
| CAP | - Caixa de Aposentadoria e Pensão |
| CES | - Conselho Estadual de Saúde |
| CFM | - Conselho Federal de Medicina |
| CID | - Classificação Internacional de Doenças |
| CLIPSI | - Clínica de Pediatria e Pronto Socorro Infantil |
| CMS | - Conselho Municipal de Saúde |
| CNBB | - Conselho Nacional dos Bispos do Brasil |
| CNS | - Conselho Nacional de Saúde |
| CONASEMS | - Confederação Nacional dos Secretários Municipais de Saúde |
| CONASP | - Conselho Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| CRM | - Conselho Regional de Medicina |
| DATASUS | - Departamento de Processamento de Dados do SUS |
| DNERU | - Departamento Nacional de Endemias Rurais |
| DPOC | - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica |
| DST | - Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| EAP | - Edema Agudo Pulmonar |
| FAO | - Fundo das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação |
| FAP | - Fundação Assistencial da Paraíba |

| | |
|------------------|--|
| FAT | - Fundo de Amparo ao Trabalhador |
| FINSOCIAL | - Fundo de Investimento Social |
| FMS | - Fundo Municipal de Saúde |
| FNS | - Fundação Nacional de Saúde |
| FPAS | - Fundo de Previdência e Assistência Social |
| GNDA | - Glômerulo Nefrite Difusa Aguda |
| HAS | - Hipertensão Arterial Sistêmica |
| HAT | - Hospital Antônio Targino |
| HDA | - Hemorragia Digestiva Alta |
| HPI | - Hospital Pedro I |
| HUAC | - Hospital Universitário Alcides Carneiro |
| IAM | - Infarto Agudo do Miocárdio |
| IAP | - Instituto de Aposentadoria e Pensão |
| IBGE | - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ICANERF | - Instituto Campinense de Neuro-Psiquiatria e Recuperação (Hospital Dr. João Ribeiro) |
| ICC | - Insuficiência Cardíaca Congestiva |
| INAMPS | - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social |
| INP | - Instituto de Neuro-Psiquiatria (Hospital Dr. Maia) |
| INPS | - Instituto Nacional de Previdência Social |
| IRA | - Insuficiência Respiratória Aguda |
| ISEA | - Instituto de Saúde Elpídio de Almeida |
| ITPP | - Instituto de Tisiologia e Pneumologia da Paraíba (Hospital Dr. Edgley Maciel) |
| LOS | - Lei Orgânica da Saúde |
| MPAS | - Ministério da Previdência e Assistência Social |
| MS | - Ministério da Saúde |
| NOB-SUS | - Norma Operacional Básica do SUS |
| NRS | - Núcleo Regional de Saúde |
| OMS | - Organização Mundial da Saúde |

| | |
|------------------|---|
| ONG | - Organização Não Governamental |
| PACS | - Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PAB | - Piso Assistencial Básico |
| PAM | - Pronto Atendimento Médico |
| PAS | - Programa de Assistência à Saúde |
| PIASS | - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste |
| PIB | - Produto Interno Bruto |
| PND | - Plano Nacional de Desenvolvimento |
| PNS | - Plano Nacional de Saúde |
| PMCG | - Prefeitura Municipal de Campina Grande |
| PPA | - Paciente de Pronto Atendimento |
| PREVSAÚDE | - Programa Nacional de Serviço de Saúde do INAMPS |
| PSF | - Programa de Saúde da Família |
| PU | - Posto de Urgência do INAMPS |
| SAB | - Sociedade de Amigos do Bairro |
| SADT | - Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (Tabela de Procedimentos do SUS) |
| SAMDU | - Serviço de Assistência a Medicina Domiciliar de Urgência |
| SAMIC | - Serviço de Assistência Materno-Infantil de Campina Grande |
| SAS | - Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde |
| SESP | - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública |
| SH | - Serviços Hospitalares (Tabela de Procedimentos do SUS) |
| SIA-SUS | - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS |
| SIH-SUS | - Sistema de Informação Hospitalar do SUS |
| SMCG | - Sociedade Médica de Campina Grande |
| SMSCG | - Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande |
| SNI | - Sistema Nacional de Informações |
| SNPS | - Sistema Nacional de Previdência Social |

| | |
|---------------|---|
| SOCESP | - Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo |
| SP | - Serviços Profissionais (Tabela Procedimentos do SUS) |
| SUCAM | - Superintendência de Campanhas Sanitárias |
| SUDS | - Sistema Único e Descentralizado de Saúde |
| SUS | - Sistema Único de Saúde |
| UBS | - Unidade Básica de Saúde (postos de saúde) |
| UBSF | - Unidade Básica de Saúde da Família |
| UCA | - Unidade de Cobertura Ambulatorial |
| UNICEF | - Programa das Nações Unidas para a Infância |
| UTI | - Unidade de Terapia Intensiva |

RESUMO

A passagem para modelos mais avançados de assistência médica no Brasil vem se constituindo durante este século, em um desafio para a sociedade, para os profissionais de saúde e, em especial, para as políticas públicas de saúde. O modelo tradicional e hegemônico de atenção à doença, tornou-se desde o período agro-exportador e mais ainda após a política centralizadora pós 30, em modelo ideal para a medicina de mercado, excluindo a grande maioria da população. A contestação a tal modelo representou em finais do regime militar e, com maior participação popular, no final da década de 70, bandeira de luta da sociedade através dos movimentos sociais dentro da saúde. Desse embate político, referendado pelas Conferências Nacionais de Saúde, surge o Sistema Único de Saúde, um avanço constitucional dos mais elevados, em termos de saúde. Enquanto projeto, todos são unânimes sobre o seu alcance social. No entanto, concordam também que a sua implantação tem sido difícil, senão impossível, de ser alcançada totalmente. De uma forma mais ampla, a implantação do Sistema Único de Saúde a nível nacional vem se dando de maneira gradual. Em Campina Grande, sua implantação ocorre de maneira muito lenta, cheia de contradições e impedimentos, o que faz com que o processo torne indiferenciável um e outro modelo de assistência. Em outras palavras, confunde o modelo tradicional e hegemônico de atenção à doença, centrado na medicina curativo-hospitalar, com o modelo de atenção à saúde, centrado na medicina preventiva, cujo alcance social amplo garante a melhoria da qualidade e expectativa de vida da população. Uma análise dos serviços prestados pela rede básica e rede hospitalar do município de Campina Grande demonstrou que o mesmo está ainda distante de atingir os padrões constitucionais e legais referendados na criação do Sistema Único de Saúde, colocando-o na contracorrente do modelo ideal de assistência à saúde da população.

INTRODUÇÃO

A atual crise na saúde brasileira, bem como a exclusão dos benefícios sociais que, ainda hoje, sofre a população, nos levaram a indagar de que forma o Sistema Único de Saúde (SUS) poderia representar um elemento que promovesse a melhoria da qualidade de vida da mesma. Sabemos que a conquista da saúde é uma preocupação perene na história humana, bem como a assistência aos menos favorecidos. Através da Constituição, a saúde passou a ser, no Brasil, a partir de 1988, um bem universal e estendido a todos sem distinção.

O projeto original da implantação do Sistema Único de Saúde representa um avanço em nossa democracia em termos de constituição, colocando o nosso país como pioneiro em termos de assistência à saúde. No entanto, enquanto ideal constitucional retratando o que de mais avançado a nível de democracia possa existir, a implantação efetiva do Sistema Único de Saúde vem ao longo desses últimos dez anos se processando a duras penas em todos os recantos do Brasil, inclusive no município de Campina Grande. Assim, procuramos mostrar em que nível Campina Grande está inserida na implantação do Sistema Único de Saúde e suas possibilidades em gerir os recursos para que isto ocorra, face a inserção atual do município na gestão plena do sistema de saúde.

Tentando entender os embates que se travam, a nível municipal, para a implementação total do Sistema Único de Saúde, um fato nos chamou de imediato a atenção: a grande desproporcionalidade na distribuição dos recursos do Sistema Único de Saúde entre as duas grandes redes de assistência médica, a rede hospitalar e a ambulatorial. A predominância histórica da primeira eleva a cidade de Campina Grande a detentora de uma situação *sui generis*, difícil de compreender diante da realidade de cidades de igual porte e mesmo de centros médicos mais avançados.

Tentando desvendar esta desproporcionalidade, adentramos nas especificidades para a ocorrência, utilizando para tanto o que nos pareceu o fio condutor para entender o processo: a forma como foram se estruturando os serviços médico-hospitalares e a rede básica municipal, bem como a oposição existente entre os dois modelos de assistência médica: o tradicional e hegemônico, de atenção à doença e o proposto pelos sanitaristas e reformistas, institucionalizado em 88, de atenção à saúde.

O primeiro se caracteriza pelo forte viés medicalizante, cujo contexto individual envolve apenas o médico e a doença, em uma relação limitada que não enxerga o paciente em sua totalidade, levando em consideração fatores como a sua inserção social. Neste modelo, o ambiente ideal e proposto para o tratamento é o espaço hospitalar.

O segundo modelo, ou aquele centrado na atenção à saúde, em que o mais importante é a melhoria da qualidade de vida, resgata a dimensão socio-biológico-cultural do indivíduo, passando este a ser visto de forma globalizante, em todas as suas relações consigo próprio e o ambiente físico e social onde vive. O modelo propõe, em primeiro lugar, promover e prevenir a saúde, e só por último a dimensão da cura. Tal modelo não exclui o modelo hegemônico, apenas o incorpora em última instância, quando todas as possibilidades tiverem se esgotado. É este modelo aprovado pelos constituintes, cujo respaldo popular lhe deu dimensões de resgate da cidadania, que vem com muita dificuldade tentando implantar-se a nível nacional e, de maneira ainda mais lenta, em Campina Grande.

Os procedimentos metodológicos por nós utilizados incluíram, em primeiro lugar, uma revisão da bibliografia disponível sobre o assunto, utilizando para tanto as publicações científicas, bem como vasto material obtido junto ao Ministério da Saúde. Um segundo momento foi o de coleta de dados, dos quais, parte foi obtida junto à Secretaria Municipal de Saúde, através do Conselho Municipal de Saúde e do Departamento de Vigilância Epidemiológica. No entanto, pela divergência e mesmo ausência de muitos deles, utilizamos amplamente o próprio Departamento de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), através da Internet. Por outro lado, algumas referências ao comportamento da clientela dos bairros assistidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF) para tratamento hospitalar, por exemplo, foram obtidas através de entrevista direta de profissionais médicos de hospitais próximos a estas áreas.

O período coberto por nosso estudo do Sistema de Saúde de Campina Grande compreende os anos de 1994 a 1997, embora em alguns levantamentos tenha sido necessário ir além do período proposto. A escolha do intervalo de 1994-1997 se deveu, entre outros fatores, à disponibilidade dos dados pelo DATASUS, através da rede de informações mundiais (Internet), à estabilidade da moeda à partir de julho de 94 e, por último, à inclusão do município nas etapas intermediárias de gestão dos serviços de saúde, primeiro a gestão incipiente e atualmente a gestão plena total.

Na primeira parte do nosso trabalho, procuramos mostrar sucintamente de que forma as políticas públicas de saúde influenciaram os diversos modelos de assistência médica no país. Para explicar tal processo, partimos das questões históricas mais gerais até chegarmos à construção do Sistema Único de Saúde, vista em dois momentos: primeiro como idéia, projeto, luta, desejo, sonho; depois como processo efetivo de construção, de materialização, de implementação, de generalização dos benefícios a uma parcela cada vez maior da população.

Após estabelecermos estas relações, partimos para as dificuldades enfrentadas pela sociedade em tornar realidade social as transformações propostas pelo Sistema Único de Saúde. Os mais progressistas, e mesmo os mais conservadores, falam que o atual Sistema de Saúde brasileiro representa um grande avanço democrático a nível da saúde. Entretanto todos concordam que o mesmo ainda não foi implantado como deveria. Os caminhos que vêm sendo trilhados, a nível institucional, para que essa implantação ocorra são por nós analisados através das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) e das Normas Operacionais Básicas (NOBs).

Na segunda parte, procuramos mostrar em que condições o município de Campina Grande encontra-se inserido no processo de implantação do Sistema Único de Saúde. Aqui procuramos trazer para mais perto de nós a análise dos embates, antes visto no campo geral e nacional, entre, por um lado, o sonho, a idéia, a proposta e a lei e, por outro lado, a resistência à sua efetivação, a inércia, a manutenção do modelo tradicional de assistência médica, centrado na doença e na medicina curativa, o conservadorismo e, enfim, a manutenção da exclusão da maioria e a apropriação do público pelo privado. Estes aspectos estão consubstanciados na divisão de recursos, primeiro entre o Sistema de Internação Hospitalar (SIH) e o Sistema de Atendimento Ambulatorial (SIA) e, depois, no interior do Sistema de Atendimento Ambulatorial, entre a rede básica e o hospital. Procuramos ainda nessa parte mostrar as tentativas de mudança de um para outro modelo, analisando o impacto dos programas alternativos nas comunidades onde os mesmos estão sendo implantados. Por último, enfocamos as experiências locais de renovação, desenvolvida pelas Secretarias Municipal de Saúde e de Educação.

Nas considerações finais, além da avaliação geral sobre a forma como o Sistema Único de Saúde vem se estruturando em nosso município, procuramos mostrar ainda algumas saídas que consideramos viáveis para se alcançar as mudanças propostas, as

quais pudemos compreender e absorver durante a realização do exaustivo estudo que agora submetemos à crítica acadêmica e da sociedade.

PRIMEIRA PARTE

**DA EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA
NO BRASIL À IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

As transformações ocorridas no mundo contemporâneo, ao longo dessas últimas décadas, têm se dado com tal velocidade que parecem colocar a humanidade no limiar de uma etapa singular de sua história. Tais transformações impactam, de maneira significativa, o campo da saúde, seja ao nível de seu objeto - o processo saúde-doença de indivíduos e coletividade - seja no nível do instrumental teórico-metodológico em que se apoiam o conhecer e o fazer sanitário. Especificamente, na área da saúde pública, são visíveis os sinais de uma crise em que o discurso do modelo curativista, centrado na atenção à doença, e as práticas a ele conexas parecem incapazes de enfrentar eficazmente a complexidade do quadro epidemiológico e sanitário emergente nesse final de século.

Assim, as políticas voltadas para a saúde, observadas durante este século no Brasil, tinham sua atenção direcionada ao modelo de saúde que privilegia a doença, pensando o indivíduo parcialmente e de forma isolada, em detrimento da coletividade ou de uma política mais abrangente e universalizante.

É clássica a dicotomia coletivo/indivíduo no campo intelectual e prático da saúde. A tradição da medicina científica - ou do modelo curativo - deixou o indivíduo à cargo da clínica e o coletivo à cargo da saúde pública. É notável também que os progressos sanitários da modernidade ocorreram, em grande parte, à favor e pela ação dos excluídos que, como sujeitos políticos, fizeram-se sujeitos de direitos sociais no processo de constituição e expansão da cidadania.

O esforço de renovação conceitual, metodológica e prática do campo da saúde pública vem já de algum tempo. Um de seus marcos institucionais foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que aprovou a necessidade de um novo modelo de assistência médica no país. Naquele momento, o conceito de promoção da saúde passou a ser a espinha dorsal da nova saúde pública no país e, pela primeira vez, foi definido como estratégia geral para a mudança no setor.

A Constituição de 1988 atendeu, assim, às manifestações da maioria dos segmentos da sociedade brasileira, estabelecendo o Sistema Único de Saúde como uma saída para a crise no modelo de assistência médica no país. Sua implantação, lamentavelmente vem se dando com grandes dificuldades, enfrentando resistências e obstáculos que desvirtuam os objetivos preconizados por seus legisladores, daí porque o mesmo não atingiu sua plenitude social.

São, assim, objetos dessa primeira parte do estudo: de um lado, o processo de construção de um projeto avançado de saúde para o país e, de outro, os obstáculos que este projeto tem encontrado pelo caminho para dar o salto decisivo da proposição à concretização ou da idéia à matéria.

Capítulo I

EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

No decorrer de várias décadas, o exercício da medicina liberal, consagrada na competência, no princípio da livre escolha e no respeito ao relacionamento médico-paciente, foi cedendo espaço ao processo de socialização da medicina em virtude das próprias exigências sociais e da instalação de novos modelos políticos e econômicos. Com a evolução política da democracia em nosso país, implantou-se o seguro social estatal e compulsório, cuja história ao longo do tempo mostra os inúmeros modelos de assistência médico-hospitalar manipulados pelo Estado que, ainda hoje, refletem os insucessos de uma política de saúde que não atingiu a sua plenitude.

1.1. Visão Histórica do Papel do Estado nas Políticas de Saúde Pública no Brasil

O Estado desempenhou papel decisivo na organização e na orientação do processo de organização dos serviços de saúde no Brasil.

Do final do século XIX ao início do século XX, o Estado usou de práticas sanitárias voltadas à expansão do hegemônico setor agroexportador da economia, atuando predominantemente no controle de endemias e epidemias, através do modelo sanitarista-campanhista, buscando sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis, garantindo-lhes o livre fluxo para os países centrais.

Na República Velha, um dos aspectos centrais da economia era a intermediação comercial e financeira da agroexportação. Nesse período, o avanço da divisão social do trabalho exigiria a simultaneidade da urbanização e de práticas sanitárias surgidas inicialmente no Estado de São Paulo, que visavam apenas a reprodução do espaço urbano e da população trabalhadora. A gestão de práticas sanitárias no decorrer deste período e até a década de 30 era descentralizada, de competência dos governos estaduais, através das inspetorias de higiene e dos conselhos de saúde pública. Assim a

estruturação dos serviços sanitários estaduais seguiu o processo político de consolidação do poder oligárquico.

A institucionalização das práticas sanitárias do começo do século alinhou-se em torno de um conjunto de ações que se pautavam nas atividades de saneamento do meio e na construção de uma infra-estrutura material e organizacional que possibilitava o combate daquilo que era identificado como a questão principal de saúde na sociedade da época - certas doenças que poderiam contaminar os produtos exportáveis.

A década de 20, marcada por crises políticas, levaria a mudanças que resultaram na ruptura do estado oligárquico e desembocaram na centralização das políticas públicas, principalmente as voltadas para o setor da saúde, antes, da competência dos estados. A condição sanitária de certa forma se encontrava sob controle, ou seja, sob o modo de ação das políticas campanhistas que eram suficientes para garantirem condições mínimas de sobrevivência da força de trabalho.

A Revolução de 30, por sua vez, marca o fim de um ciclo e começo de outro: o fim da hegemonia agroexportadora e o início da estrutura produtiva com base urbano-industrial. As políticas de assistência médica deste período estavam representadas pelos institutos de aposentadorias e pensões que, de forma corporativa, exerciam controle social assentado na política centralizadora de Vargas, em cujo programa as políticas de saúde pública ficaram em segundo plano, restritas às ações campanhistas.

A criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) em 1966, foi o momento institucional de consolidação do modelo de saúde médico-assistencialista, reunindo num só órgão todos os antigos institutos. O padrão de organização adotado pela nova política de saúde orientava-se para a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado de serviços médicos.

No período que precedeu e presidiu esse processo, as transformações dirigidas à capitalização da prática médica articulariam o conjunto de instituições prestadoras de assistência à saúde, de formação de recursos humanos e de produção de insumos materiais para a constituição do complexo médico-industrial.

Em 1975, com base nas diretrizes do II PND (Plano Nacional de Desenvolvimento) surgiu a Lei 6.229, que institucionalizou o modelo médico-assistencialista-privatista, ao separar as ações de saúde pública das ditas de atenção à

saúde das pessoas. Posteriormente com a criação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) em 1977, ficaria este com a responsabilidade da assistência médico-assistencialista de base curativa, enquanto as ações preventivas ficariam a cargo do Ministério da Saúde (MS), representado pelo seu órgão máximo, a SUCAM (Superintendência de Campanhas Sanitárias).

Ainda nos anos setenta, coincidindo com a emergência na cena internacional da proposta de atenção primária em saúde, decodificada em nossa prática social como atenção primária seletiva, surgiram os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária. Essas experiências desaguariam num programa de medicina simplificada, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), que iniciando-se pelo Nordeste alcançou abrangência nacional em 1979.¹

As mudanças econômicas e políticas que ocorreram a partir de 1980 determinaram o esgotamento do modelo médico-assistencialista-privatista e sua progressiva substituição por um outro modelo, o de atenção à saúde. Politicamente ocorreu a distensão lenta, gradual e segura que culminou no processo de transição democrática do regime autoritário para um pacto estruturado na definição de um novo padrão de desenvolvimento, que combinaria crescimento e distribuição e implicava na elaboração de um novo arcabouço jurídico - uma Nova Constituição. Esse pano de fundo político e econômico determinou os rumos das políticas de saúde pública e fez emergir na área sanitária novos sujeitos sociais portadores de interesses e conflitos que foram delineando o projeto sanitário brasileiro.

Os primeiros anos da década de 1980 foram marcados pela eclosão da crise da previdência social, que se refletia em três vertentes: a crise ideológica, o PREVSAÚDE (Programa Nacional de Serviços de Saúde do INAMPS); a crise financeira e por último a crise político-institucional e o CONASP (Conselho Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

O PREVSAÚDE previa entre outras coisas ampliar a assistência médica e melhorar as condições de higiene e saúde da população. A crise iniciada em 1981 sepultou-lhe as intenções.

¹ MEDICI, André César. *Economia e Financiamento do Setor Saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP. 1996. p.81-84.

O plano CONASP colocou como alvo a integração das ações de saúde, mas desdobrou-se, na prática, em vários projetos racionalizadores que levaram a proposição das Ações Integradas de Saúde (AIS) que, implantadas em 1983, posteriormente se transformariam no desenho estratégico de co-gestão, descentralização e universalização da atenção à saúde.

Na segunda metade da década de 1980, ocorreram dois processos que influenciariam sobremaneira as políticas de saúde pública e a reforma sanitária do Brasil: o primeiro no executivo com a implantação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), criado pelo Decreto-Lei 94.657/87 e o outro, no Congresso Nacional, com a elaboração da nova Constituição Federal que introduziu a saúde como direito universal de todos e dever do Estado.

1.2. Coexistência Histórica dos Sistemas de Assistência Médica Preventiva e Assistência Médica Curativa no Brasil

No início deste século, o conceito que se tinha de medicina preventiva era, como já foi dito, associado às ações que visavam predominantemente o controle de endemias e epidemias, através do modelo sanitarista-campanhista buscando sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis, garantindo o livre fluxo para os países centrais.

Desse modo, o conceito de medicina preventiva naquele período, utilizava-se do modelo francês ou da perspectiva bacteriológica, em que as ações sanitárias visavam controlar o meio ambiente em função dos produtos exportados, em detrimento da assistência ao trabalhador.

Assim, as ações desenvolvidas naquele período, descentralizadas e organizadas pelos governos locais, visavam combater as doenças transmissíveis, permitindo a exportação de produtos saudáveis e melhorando as relações de comércio exterior. Os Estados definiam as questões sanitárias e se estruturavam em função da necessidade de atuar no campo das práticas sanitárias a partir dos recursos específicos e de suas próprias problematizações.

A década de 1920, como vimos no item 1.1., marcada por um processo de mobilização no campo social, político e artístico, seria responsável por algumas transformações importantes, dentre as quais, destacamos uma maior centralização das ações estatais. É nesse contexto que irá se situar o novo processo de transformação das práticas sanitárias, no qual a questão estrutural assume papel mais fundamental do que as propriamente sanitárias.

As tentativas de mudança no conceito de assistência preventiva se faziam sentir durante o I e III Congresso Brasileiro de Higiene, ocorridos respectivamente em 1923 e 1927, quando os sanitaristas brasileiros, reunidos em São Paulo e apoiados pela Fundação Rockefeller, decidem pela adoção do modelo americano de assistência médica: uma medicina social de promoção e proteção à saúde cuja finalidade era disseminar a consciência sanitária nos indivíduos a partir dos centros e postos de saúde fundados nesta época.

À implementação do modelo americano somar-se-iam as práticas sanitárias vigentes, alicerçadas pelo modelo bacteriológico, não havendo uma ruptura do modelo anterior, mas uma junção onde coexistiriam as práticas campanhistas e as médico-sanitárias. Desse modo, a assistência médica, enquanto prevenção, assentava-se ainda no saneamento e proteção do ambiente, agora com uma extensão ao trabalhador, preservando-lhe a saúde enquanto agente contaminador das mercadorias produzidas internamente para o mercado mundial. Dessa maneira a assistência médica preventiva tinha ainda como vetor principal o ambiente em detrimento da coletividade e a proteção das populações dos centros econômicos do exterior.

Com a aceleração do processo de industrialização na década de 1930, emerge e toma forma uma política nacional de saúde, instalando-se os aparelhos necessários à sua efetivação. Com a centralização das ações de saúde pelo Governo Federal, os recursos que estavam em torno de 15%, caem para um intervalo entre 1 e 4%.² A partir daí, para alguns sanitaristas, a saúde pública entrou em seu “ocaso”,³ pois, mesmo elevada à condição de questão social, não esteve em nenhum momento entre as ações prioritárias do governo. Em primeiro lugar porque, nessa etapa da industrialização brasileira, o

² MERHY, Emerson Elias. *O Capitalismo e a Saúde Pública*. 2.ed. Campinas: Papirus. 1987. p.114.

³ MERHY. op.cit. p.111-127. e CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. 2.ed. São Paulo: Hucitec. 1994. p.37-53

Estado concentrou seus recursos relativamente escassos nos requisitos básicos para o próprio avanço do processo de industrialização. Em segundo lugar, esse fenômeno explica-se pela própria estreiteza da base financeira do Estado, reflexo da ausência de suporte e pressões sociais que o levassem a uma radical reforma tributária.

Assim, a saúde pública, de elemento essencial nas primeiras décadas do século XX, ficou relegada a segundo plano. Isto só foi possível porque passou a interessar à acumulação de capital uma limitação da capacidade de intervenção da saúde pública sobre a organização social e uma redução da função normativa sobre as condições de vida e trabalho das pessoas. As políticas de saúde pública deixaram de ser realizadas via ações coletivas que caracterizavam o modelo sanitário-campanhista e passaram a ser desempenhadas pela assistência médica individual.

O conceito de assistência médica, deste período e até a década de 60, se assentaria sobre a dicotomia que passou a existir entre a assistência médica preventiva, e a assistência médica individual de cunho eminentemente curativo. A primeira alicerçada nas ações campanhistas-sanitárias, desenvolvidas já naquele período pelo DNERU (Departamento Nacional de Endemias Rurais) e, mais tarde, pela fundação SESP (Fundação Serviço Especial de Saúde Pública) e SUCAM. A última levada a efeito pelas CAPs (Caixas de Aposentadoria e Pensão) e posteriormente pelos IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensão), em um modelo em que se privilegia a doença, representada por um diagnóstico.

O início de uma política nacional de saúde, aliada ao surgimento de legislações trabalhistas, realça a contradição mas não obscurece as intenções políticas. Com a aceleração capitalista e o deslocamento do pólo econômico para os centros urbanos, há uma clara predominância do modelo médico-assistencial-curativista, cujo maior interesse não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas restaurar a capacidade físico-produtiva do produtor das mercadorias.

A década de 50 é considerada como um período de consolidação da passagem de uma economia agro-exportadora assentada no campo, para uma economia de substituição de importações iniciada com Vargas desde 1930, com o incremento da industrialização de bens duráveis e de uma dinâmica mais urbana. Neste período, observa-se que as políticas de saúde pública não estiveram em nenhum momento entre as metas

prioritárias, ficando relegadas a segundo plano. Ao governo o que interessava era atrair os capitais externos, investindo mais em projetos de infra-estrutura, como estradas, água e energia e bem menos na área da saúde pública. O próprio processo de urbanização de grande parte da população era considerado como portador de melhorias sanitárias

Dessa maneira, a assistência médica individual, assentada na medicina curativa voltada para os trabalhadores urbanos, prevalecia sobre o modelo preventivo representado pelas campanhas sanitárias cujo alcance social se restringia ao combate às endemias e epidemias rurais, impedindo-lhes que alcançassem a cidade.

Dos anos 50 aos anos 70, com a predominância do modelo desenvolvimentista, aprofunda-se o conceito de assistência médica previdenciária, resultando, como já falamos no item 1.1., na criação do INPS. Esse fato é considerado paradigma do modelo médico-assistencial privatista, de cunho curativista. A previdência limitava-se apenas aos trabalhadores formais cuja meta maior era reduzir o tempo de afastamento do trabalho.

Nesse período, consolida-se a hegemonia da atenção médica individual e da assistência hospitalar em detrimento das ações coletivas de promoção e proteção à saúde, esboçando uma dicotomia entre os serviços de assistência médica. A convivência entre os dois modelos de assistência, o preventivo e o curativo, levou a uma interpretação errônea, pelos desenvolvimentistas da época, para quem o desenvolvimento econômico traria conseqüentemente e automaticamente melhores níveis de saúde para a população.⁴ Há um reforço na atenção médica curativa para manter e reproduzir a força de trabalho, ao mesmo tempo em que se centralizam e fortalecem os aparelhos de Estado.

Nos anos 70, altera-se a tendência dominante do processo desenvolvimentista capitalista em manter a saúde pública afastada das relações entre capital e trabalho, doença e meio ambiente, saúde e organização social. Há o ressurgimento de um movimento sanitário que, ao invés de dar atenção à doença, fundamenta-se em ações que promovam uma maior atenção à saúde, ou seja, visam incrementar o modelo de medicina preventiva. O padrão de organização dos serviços médicos, predominantemente privados e obedecendo a uma dinâmica de mercado, impôs uma separação entre as práticas

⁴ MERHY. *op.cit.* p.127.

voltadas para o atendimento médico individual, representado pelo INAMPS, e para a saúde coletiva, a cargo do Ministério da Saúde.

As crises econômicas observadas entre o final da década de 70 e o início dos anos 80, em razão de condicionantes políticos, proporcionou uma série de avanços democráticos, dentre os quais, destacamos as mudanças na área da saúde. As Conferências Nacionais de Saúde (CNS), os movimentos pela reforma sanitária e o crescimento das organizações sindicais e populares no setor de saúde são núcleos de resistência e pontas de lança na luta por mudanças nas políticas de saúde.⁵

As políticas de saúde no Brasil, principalmente aquelas ligadas à saúde pública, estiveram ao longo desse século, como vimos, sempre relegadas a segundo plano. As explicações históricas apontam como principal responsável o desenvolvimento das práticas médico-hospitalares, enquanto atividades ligadas ao mercado. O saber e a assistência médica obedeciam, não só no Brasil mas em todo o mundo, a lógica das disciplinas determinadas pela dinâmica do desenvolvimento capitalista. Assim, o surgimento posterior dos serviços públicos, apenas transferiram técnicas administrativas procedentes do setor privado.

1.3. As Principais Conferências Nacionais de Saúde como Formas Embrionárias de Democratização da Saúde Pública no Brasil

As Conferências Nacionais de Saúde surgiram na década de 1940 e passaram a ser palco das discussões que envolviam os assuntos de saúde no país. Mesmo que o discurso que a permeava partisse de cima, ainda assim essa tendência prosseguiria até o início da década de 1980, quando então as mudanças políticas que se instalaram mudariam também o sentido das conferências que envolviam todos os segmentos da sociedade, principalmente os movimentos sociais que surgiam dentro do setor da saúde, alavancados pelos partidos políticos e associações de classes. Assim, as conferências de

⁵ FEGHALLI, Jandira. "Saúde: Uma Prioridade Estratégica". In *Revista Princípios*. Suplemento Especial. São Paulo: Ed. Princípios. 1997. Não paginado.

saúde, por não se tratarem de órgãos deliberativos, passaram a ter como principal objetivo a situação da saúde no país e a proposição de diretrizes para a política nacional de saúde.

A I CNS aconteceu em 1941, no governo de Getúlio Vargas, um período de mudanças no Estado Novo que se refletiram numa redemocratização, fruto da política com os aliados norte-americanos.⁶ A II CNS aconteceria em 1950, no governo de Dutra. Essas duas primeiras conferências serviram mais para delimitar o espaço institucional da saúde, bem como a importância dos profissionais da área da saúde, através da criação de órgãos reguladores, os conselhos profissionais.

As mudanças no rumo das conferências de saúde tiveram como marco a III CNS, em 1963, sob o governo de João Goulart. Essa conferência se tornou histórica por sediar importantes discussões das políticas de saúde, envolvendo setores da sociedade que, convocados pelo Estado, estabeleceram já nesse momento um diálogo que antecipava decisões políticas e leis concernentes à saúde. Daí por diante, participariam das conferências os profissionais da área da saúde, principalmente os médicos e, dentre eles, os mais ligados à saúde pública. Só na década de 1980, passaram as CNS a contar com representantes de grupos comunitários e sindicatos.

A IV CNS aconteceu no período de agosto a setembro de 1967, no governo de Costa e Silva, ficando restrita ao poder militar, sem participação da sociedade e relevando os aspectos e recursos humanos da saúde.

Em 1975, doze anos depois, sob o governo de Ernesto Geisel ocorreria a V CNS. O tema central foi o aspecto doutrinário ligado à questão da saúde, sendo lançado naquele momento o plano nacional de saúde. Pela primeira vez o país tentava inserir na lei um dispositivo que não fazia mais que colocar em termos legais uma situação já existente que era, de um lado, a assistência previdenciária a cargo do INAMPS/MPAS/MT (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social/Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério do Trabalho) e, de outro, o Ministério da Saúde com as funções de promover a medicina preventiva, de cunho ainda eminentemente campanhista.

⁶ SOLLA, Maria de Lourdes. "O Golpe de 37 e o Estado Novo". In MOTTA, Guilherme. *Brasil em Perspectiva*. Rio de Janeiro: Bertrand. 1987. p.274.

Agosto de 1977 marca a realização da VI CNS, ainda no governo de Geisel. Ela refletiu a perplexidade da sociedade através de uma visão mais crítica e já com mais liberdade de divulgação de trabalhos e pesquisas médico-sociais que vinham ocorrendo em vários municípios brasileiros cujos dirigentes mais progressistas, utilizaram de práticas sanitárias de maior alcance social na saúde, no intuito de diminuir os problemas de saúde de seus municípios.

Na presidência de João Batista Figueiredo, em 1980, ocorre a VII CNS sendo ministro da saúde Waldir Arcoverde. Ela sofreria influências dos movimentos internacionais pela democratização dos serviços de saúde, como também da necessidade da legitimidade do governo. Fato marcante foi a criação, nessa oportunidade, do Plano Nacional de Saúde (PNS) já que o país até aquele momento não contava com nenhum projeto desse tipo.

As principais mudanças dentro das conferências nacionais de saúde se iniciariam na década de 1980, momento de mudanças políticas e de discussões dentro da sociedade cujo conteúdo permeou o discurso da saúde como direito de todos. Em termos políticos, os anos oitenta representaram o esforço da sociedade para a criação de um Estado verdadeiramente democrático. Entretanto, a reorganização do país em direção a um Estado de direito desenvolveu-se lentamente e de maneira conflituosa e, só depois das eleições de 1982, as negociações foram se gestando entre as forças mais conservadoras e moderadas na busca da ampliação de uma abertura democrática.

No Brasil, os interesses contraditórios imbutidos no plano político se manifestaram muito mais intensamente nas políticas de saúde, na medida em que estas consolidavam a ordem. Assim as proposições de mudanças numa estrutura da saúde consubstanciada pela reforma sanitária, desde os anos sessenta, têm sido interdidas por boicotes e distorções que refletem interesses internos e externos às instituições de saúde. Dentre elas destacaram-se os confrontos dos interesses econômicos e políticos no interior do campo da saúde e a luta pela ocupação de espaços institucionais. Esse confronto se desenvolveu tanto no campo institucional, a nível dos Ministérios e Congresso Nacional, como no campo microanalítico, nos hospitais, ambulatórios e postos de saúde. Nas palavras de Madel Luz:

“... o debate havido nos anos oitenta entre profissionais da área da saúde, e entre estes e a clientela das políticas médicas (principalmente a população urbana de baixa renda), representada por exemplo, por organizações comunitárias, refletia a organização geral dos movimentos sociais na sociedade brasileira da década passada”.⁷

Essa política pela reforma das instituições de saúde manifestou-se nos impasses das estratégias políticas observados naquele período, uma característica predominante naquela época nos países do terceiro mundo. No Brasil, este processo se revestiu de importância proporcional devido ao seu papel dentro da América Latina e do conjunto das nações, apesar dos reveses políticos e históricos em nosso país à construção de uma ordem democrática no Estado e nas instituições em geral.

Com relação às posições sociais no que diz respeito à base da organização do setor saúde é interessante observar o empenho de uma oligarquia da saúde, oposta aos proveitos da sociedade. Esta oligarquia da saúde se caracteriza em sua composição pela presença de proprietários de grandes e médias empresas médicas, hospitais, clínicas, grupos financeiros ligados à saúde, indústrias de equipamentos, empresas de produtos farmacêuticos e médicos liberais mais bem situados na escala profissional, defensores de uma ideologia privatista da saúde. Enquanto isso, a maioria dos trabalhadores, impossibilitados de pagarem honorários médicos, recorriam à rede pública.

Os movimentos sociais desse período expressam a tomada de consciência da população civil com relação ao papel da saúde e das instituições médicas na vida da coletividade. Dessa maneira, a compreensão desse papel foi importante por tornar claro que são os próprios trabalhadores que financiam com seus impostos os serviços médicos, que até aquele período estavam atrelados à Previdência Social. Foi essa tomada de consciência que permeou as discussões e posições ideológicas suscitadas em debates nas conferências de saúde da década de 80, posições que fazem parte da própria história social e política do país.

Entretanto, para alguns setores da sociedade, como os empresariais e sindicais, a saúde ainda era vista como um direito que se adquire através do trabalho. Essa era uma

⁷ LUZ, Madel Terezinha. “As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde na Década de 80”. IN GUIMARÃES, Reinaldo. *Saúde e Sociedade no Brasil nos Anos 80*. Rio de Janeiro: Abrasco. 1994. p.134.

visão já tradicional nas políticas de saúde pública no Brasil, relacionando a atenção à saúde sobretudo aos trabalhadores urbanos, ficando excluídos dessa atenção aqueles que estivessem fora do processo produtivo formal.

Assim, a percepção da saúde enquanto direito universal é fruto dos movimentos sociais na saúde datadas desde o final da década de 1970. Além disso, a reforma sanitária passa a ser vista como um elemento novo no cenário político, revestindo-se de uma visão desmedicalizada da saúde, na medida em que sustenta uma visão diferente da tradicional - a saúde como a ausência de doença.

Dessa maneira a saúde passou a ser socialmente percebida como resultado de um conjunto de condições que expressam a participação e o exercício da cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo e ao planejamento participativo em todos os setores da administração pública, entre outros.

Resultante das lutas sociais e da democratização iniciadas já desde a década anterior, o papel da reforma sanitária para o estabelecimento de uma ordem social democrática transformou a política de saúde em elemento fundamental na conjuntura de estabilização da nova ordem política, representando mais que uma mudança, uma exigência social, passando a ser tema prioritário nas discussões do Congresso Nacional e em todos os setores da sociedade. Dessa maneira, as conferências que se sucederam tiveram papel importante na medida em que se tornaram *forum* das discussões da sociedade em busca de um novo modelo de assistência à saúde.

Dentre as posteriores e mais recentes conferências, a VIII CNS, da qual falaremos no capítulo II, tornou-se a mais importante pela influência que teve na formulação da Constituição de 1988. As demais CNS, que serão tratadas no capítulo III, representam a continuidade das discussões para a consolidação das deliberações alicerçadas na VIII CNS, bem como da consolidação do direito universal à saúde referendado na Constituição de 88.

Capítulo II

O PROCESSO SOCIAL DE CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO AVANÇADO DE SAÚDE NO BRASIL

A década de 1980 foi marcada por diversas tentativas de mudanças sociais e, entre elas, uma nova perspectiva na assistência médica até então assentada, exclusivamente, num modelo excludente no qual ficava de fora a maioria da população. Os movimentos sociais da época influenciariam os profissionais da área da saúde que, imbuídos da ideologia reformista sanitária, desencadearam a luta em prol da universalidade na assistência médica, alicerçada num modelo cuja promoção e proteção à saúde seriam os pilares das mudanças que se fariam sentir na Constituição de 1988 e na consolidação formal do SUS.

2.1. A Proposta do SUS: Ponto de Culminância da Luta pela Saúde Pública no Brasil

As crises econômicas observadas nos anos finais da década de 1970 e no início da década de 1980 realçaram ainda mais outros condicionantes políticos como a crise do regime militar, o crescimento dos movimentos populares e a eclosão dos setores democrático-populares da sociedade brasileira. Tal clima, em alguns pontos discrepantes da realidade histórica internacional, proporcionou avanços democráticos, dentre os quais as tentativas de mudança na área da saúde no Brasil.

O quadro da saúde no Brasil, neste período, demonstrava uma íntima relação com o grau de desenvolvimento econômico e social observado no país, que se manifestava no aumento de doenças endêmicas, característica de países subdesenvolvidos. Da forma como vinha se estruturando, o serviço de saúde não encontrava condições de realizar qualquer tipo de intervenção adequada.

A excessiva centralização das decisões, distante dos locais onde ocorriam os problemas, tornava-se por vezes um entrave à resolutibilidade, já que nem sempre eram

consideradas as especificidades locais. Aliada a tal questão, a desintegração das unidades de saúde, com sobre-ofertas de serviços em alguns lugares e escassez em outros, levava ao desperdício de recursos alocados para a saúde. Some-se a tudo isso a baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente aqueles mais pobres e habitando nas regiões mais carentes.

O desempenho descoordenado dos órgãos públicos e privados, conveniados e contratados, acarretava conflito entre os setores público e privado, com superposição de ações, desperdício de recursos e mau atendimento à população. A insatisfação dos profissionais da área de saúde se tornava ainda mais premente em virtude da ausência de uma política de recursos humanos mais justa e coerente. Esse quadro leva à baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais e se reflete diretamente na insatisfação da população com o atendimento à saúde.

Diante dessa realidade, foi-se gestando, dentro da sociedade, a possibilidade de um serviço de saúde voltado para as reais necessidades da população. Um primeiro passo, conforme vimos no item 1.1., constituiu-se na criação do CONASP - composto por médicos, representantes dos ministérios, trabalhadores e prestadores de serviços privados - cujo objetivo era reorganizar a assistência médica no país reduzindo-lhe os custos e controlando os gastos. Dentro dessa política, surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS), fruto da articulação entre o Ministério da Saúde, o INAMPS e as Secretarias Estaduais de Saúde, através de convênios tripartite de prestação de serviços ou co-gestão, como estratégia na direção de uma rede pública unificada.

Com a redemocratização e a implantação da Nova República, um conjunto de profissionais oriundos do movimento sanitário assume postos políticos no Ministério da Saúde e INAMPS, representando certa institucionalização do projeto de reforma sanitária do país. A estratégia foi agilizar o processo de descentralização das ações de saúde, desestabilizando o INAMPS, rompendo, assim, os anéis burocráticos previdenciários. Aprofundam-se as estratégias das Ações Integradas de Saúde que mais tarde se transformariam no Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Mesmo com tais avanços, os resultados foram insatisfatórios, tanto na reorganização como na descentralização, ocorrendo um reforço na assistência médica

individual de cunho eminentemente curativo, enquanto as ações coletivas de forma residual sobreviviam através de programas pioneiros voltados para a saúde pública.

A partir desse contexto e de experiências sociais isoladas, relacionadas com ações para a atenção à saúde que vinham sendo executadas em alguns municípios do país, pensou-se num novo modelo de assistência médica, não aquele tradicional representado pela medicina curativa, mas um novo modelo que incorporasse um conceito mais abrangente de saúde cujos determinantes incluíssem as condições geográficas, o meio sócio-econômico-cultural, os fatores biológicos e por último a oportunidade de acesso aos serviços que visasse a promoção, proteção e recuperação da saúde. Isto implicava em que, para se ter saúde seriam necessárias ações em vários setores, o que só uma política governamental integrada poderia assegurar.

A idéia de um sistema de saúde único voltado para a atenção à saúde em primeiro lugar, com atendimento universal e gratuito para toda a população se desenhava no seio da sociedade. Um sistema com controle social e participação das três esferas do governo, federal, estadual e municipal, cujos objetivos seriam melhorar a qualidade da atenção à saúde no país, rompendo com um passado de descompromisso social e irracionalidade técnico-administrativa. Essa era a lógica do Sistema Único de Saúde, que se tornaria legítimo com a Constituição de 1988 e que asseguraria a todos, indiscriminadamente, serviços e ações de saúde de forma equânime e progressiva.

2.2. A Emergência dos Movimentos Sociais e o Papel da VIII Conferência Nacional de Saúde na Construção da Proposta do SUS

O período de redemocratização iniciado no governo Geisel tornaria mais evidente, na década de 1980, as contradições dentro da sociedade que se refletiriam nos movimentos sociais. Em 1979, após ampla campanha pública foi decretada a anistia política. O governo forçou uma reforma partidária com a criação de vários partidos.

Em 1981, a CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil) lança o documento "Reflexão Cristã sobre a Conjuntura Política" que reiterava maior espaço

para os trabalhadores e a necessidade de eleições livres para a manutenção da democracia, sendo necessário dar condições para que o povo se organizasse. Para que isto acontecesse, era necessária a representação político-partidária, expressão direta de seus anseios, pela criação de organismos comunitários e associações de bairros.

A partir de 1983, articulou-se um movimento pelas eleições presidenciais diretas que só receberia adesão popular no ano seguinte, ano da escolha do sucessor do presidente Figueiredo. Esta possibilidade provocou as maiores concentrações populares em toda nossa história. As agitações iam surgindo em todas as esferas sociais. Entre esses surgiram as reivindicações por mudança na assistência médica em curso no país.

A possibilidade dessas transformações dentro da saúde surgiam nos sindicatos e associações da classe médica e paramédica, contando com a participação de sindicatos de trabalhadores e de partidos políticos, permitindo com que a saúde fosse socialmente percebida como resultado de um conjunto de condições que expressavam a participação e o exercício da cidadania, o que nas palavras de Madel Luz representava: *“Uma chance da sociedade superar-se e superar a compreensão até então vigente da saúde como um estado biológico abstrato de normalidade ou ausência de patologias”*.⁸

Em face das históricas políticas sociais no Brasil, o papel da reforma sanitária para o estabelecimento de uma ordem social democrática transformou a política de saúde em elemento fundamental na conjuntura de estabilização da nova ordem política. Mais do que uma mudança esta reforma representou uma exigência social, passando a ser tema prioritário nas discussões políticas da Nova República. Daí porque opor-se à reforma sanitária era negar a necessidade de implementá-la e de permitir a transição política, já que um regime democrático estável não se implantaria sem políticas sociais que permitissem o exercício da cidadania. No entanto, as tentativas de diluição estiveram sempre presentes no discurso dos conservadores que de alguma maneira negavam estas mudanças.

Um fato relevante para a criação de um sistema único de saúde foi sem dúvida, como já dissemos, a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujos objetivos eram elaborar um novo modelo de atenção à saúde, a ser incorporado na nova constituição.

⁸ LUZ. op.cit. p.137.

A VIII CNS teve início já nas conferências municipais e estaduais, que contaram com mais de cinquenta mil pessoas e desembocou na plenária nacional, onde foram reunidos cerca de cinco mil pessoas, entre delegados, representantes de classes, sindicatos, partidos e entidades internacionais.⁹

Na VIII CNS, sob o tema “Democracia e Saúde”, foram estabelecidos dois níveis de discussão: um subsidiado pelas mesas redondas e outro na assembléia final, havendo um alto grau de consenso que permeou todo o processo participativo, mesmo com a diversidade de propostas quanto à sua implementação.

Alguns pontos se destacaram nas conclusões: em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se na reforma sanitária. Segundo, a questão que talvez tenha mobilizado mais os participantes e delegados foi a natureza do novo sistema nacional da saúde, se deveria ser estatizado ou não e de forma imediata ou progressiva. A proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público. Em qualquer situação, porém, ficou claro que a participação do setor privado deveria se dar sob o caráter de serviço público concedido, cujo contrato seria regido pelas normas do Direito Público. Por último, a questão da separação entre a previdência e a saúde, ficando a primeira restrita às questões de seguridade tais como pensões e aposentadorias.

A elaboração de uma proposta de construção de um sistema único de saúde foi uma das proposições mais importantes adotadas na VIII CNS, na qual a saúde foi tratada como um direito inerente à cidadania e a personalidade. Em seu sentido mais amplo, a saúde seria a resultante das condições de alimentação, acesso ao trabalho, atendimento médico adequado, habitação, entre outros. Sendo, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, podendo gerar grandes desigualdades nos padrões de vida.

⁹ BUSS, P. M. e LABRA, M. E. *Sistemas de Saúde: Continuidades e Mudanças*. São Paulo: Hucitec. 1996. p.81.

O direito à saúde significa a garantia pelo Estado de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, em todos os níveis e a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. Esse direito não se materializa simplesmente pela formalização no texto constitucional. Existe simultaneamente necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetiva-las, isso seria garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

Dessa maneira, para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira a VIII CNS deliberou que é imprescindível:

“Garantir uma Assembléia Nacional Constituinte livre que assegure na Constituição, à todas as pessoas, as condições fundamentais para o acesso à saúde.

A criação de um Sistema Único de Saúde que represente um novo paradigma institucional através de uma reforma sanitária ampla.

A gestão dos serviços de saúde de forma descentralizada, nas três esferas do governo com atribuições distintas.

Integralizar as ações de saúde superando a dicotomia entre o curativo e o preventivo.

Incluir práticas alternativas dando o direito de escolha ao usuário do sistema de saúde.

Universalização da cobertura assistencial à toda a população.

Aproveitar as experiências alternativas ora em desenvolvimento na região Nordeste com os agentes comunitários.

Constituir financiamento para a saúde sob a responsabilidade do Estado, a quem cabe uma política de descentralização com participação dos estados e municípios”.¹⁰

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília. 1986. p.45-145.

Consolidado na Constituição de 1988, restava implementar o SUS, o que vem se dando de forma progressiva. Para regulamentá-lo, foi criado, em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) de números 8.080 e 8.142, cujo teor expressam as conquistas institucionais, reiterando operativamente os princípios da reforma sanitária incorporados na Carta Magna.

A finalidade principal da LOS 8.080 era regular a nível nacional as ações públicas e privadas dos serviços de saúde, além de especificar os objetivos, atribuições e atuações do SUS, bem como traçar os passos para a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, que é considerada a sua espinha dorsal. Finalmente, coube-lhe ainda definir o total de recursos transferidos para as respectivas esferas de governo.

A LOS 8.142 veio complementar o artigo 35º da LOS 8.080 no referente ao repasse financeiro para as três instâncias do governo, em cujos critérios estão assentados a participação de toda a sociedade, através dos Conselhos de Saúde, além dos Fundos, Planos e Conferências de Saúde em todos os níveis de governo.

Essas importantes conquistas formais e legais não ocorreram, todavia, sem que se manifestassem enormes resistências, as quais passaram a atuar, a partir de então, na direção do retardamento ou mesmo do boicote completo da implantação das medidas decorrentes desses avanços. Este aspecto será objeto de nosso próximo capítulo.

Capítulo III

O DURO CAMINHO DA TRANSFORMAÇÃO DO PROJETO DO SUS EM REALIDADE SOCIAL

A construção do SUS vem se dando de forma muito lenta, se consideramos o alcance social de sua proposta. As Normas Operacionais Básicas (NOBs) se constituem no instrumento para que ocorra a sua plena implantação. No entanto, as mesmas têm avançado de forma lenta, encontrando resistências à descentralização e municipalização dos serviços de saúde.

Assim, a fragilidade e as indecisões na implantação do SUS vêm facilitando o avanço daqueles que dominam o capital e que vislumbram única e exclusivamente o lucro sem compromisso social, aumentando suas riquezas pela exploração do usuário e do trabalho médico.

Dessa forma, mesmo considerado como grande avanço democrático e defendido por todos os segmentos da sociedade como sistema ideal de assistência à saúde, o SUS não é aplicado de forma universal, estando ainda distante de consagrar seus objetivos constitucionais.

3.1. Os Passos Iniciais de Construção do SUS e a Timidez da NOB/91

A Constituição de 1988 criou o arcabouço legal até então inexistente para a criação do SUS que se complementaria por decretos, portarias e normas emanados das três esferas do governo, voltados para a implementação da descentralização dos sistema de saúde, de maneira a imprimir maior racionalidade aos serviços públicos de saúde. Estas foram consubstanciadas pelas LOSs. Era o momento de implantar o SUS, o que exigiria etapas intermediárias, a começar pela esfera federal, até chegar de forma progressiva aos municípios.

No entanto, muitas dificuldades se interpuseram à implantação do SUS. A cada passo para consolidá-lo, correspondiam empecilhos e entraves originários do chamado complexo médico-industrial que inclui a indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares e os grupos privados prestadores de serviços médicos de assistência hospitalar, diagnóstica ou terapêutica, os quais sempre se nutriram do dinheiro público através dos convênios firmados em governos anteriores.

Paralelamente às dificuldades político-econômicas, somaram-se os obstáculos para vencer a inércia burocrática da máquina pública, as diferentes concepções de modelo assistencial no plano teórico, a falta de garantia do financiamento e o refluxo do movimento sanitário e popular. As dificuldades se concretizavam na necessidade de legislação complementar à regulamentação do SUS. A Constituição, como também a LOS, não conseguiram incluir dispositivos reguladores do setor privado, seja na vertente dos produtores de insumos, seja no subsistema de assistência médica supletiva. Desta maneira, o arcabouço jurídico limitava-se ao sistema público de saúde, sendo este mesmo cheio de ambigüidades.

As NOBs, surgiram assim como instrumento de regulação do SUS, possibilitando o fortalecimento e viabilidade de sua execução. Sua função primordial foi determinar o tipo de administração financeira dos recursos alocados junto ao Ministério da Saúde.

A estratégia operacional das NOBs concebia o desenvolvimento da descentralização através de um modelo de transição, composto por etapas progressivas, partindo da de menor para a de maior complexidade, a serem percorridas pelos estados e municípios, não necessariamente na ordem da seqüência prevista. A delimitação entre as etapas seria dada pelo grau de capacitação técnica e gerencial de cada município ou Estado que assim assume no âmbito de atuação as atribuições relativas ao financiamento, administração e gerenciamento do sistema de saúde, promovendo a reorganização do modelo assistencial.

A NOB/91 regulava a gestão incipiente e parcial para os municípios, ou seja, a Secretaria Municipal de Saúde não passaria de um simples prestador de serviços ao Estado que assim lhes repassava os dividendos dos serviços prestados pela rede básica de assistência à saúde. Ela representou mais uma repetição da LOS, ficando restrita a regulamentação dos serviços prestados pelos Estados e Municípios.

Assim, mesmo diante das dificuldades iniciais para a implementação do SUS, alguns avanços foram significativos: os setores municipais se organizaram politicamente através do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e dos seus correspondentes nos Estados, os Conselhos Estaduais dos Secretários de Saúde.¹²

Outro fato marcante deste período foi a constituição e funcionamento dos Conselhos de Saúde nas três esferas do governo (federal, estadual e municipal) responsáveis pelo controle social na aplicação dos recursos em saúde.

À NOB/91, pelo seu limitado alcance, somaram-se as dificuldades financeiras que o sistema de saúde vivia naquele período. Os problemas financeiros e a instabilidade do governo Collor de Melo foram fatores decisivos de interferência nos fluxos, agravando a crise da saúde num momento importante da implantação do SUS.

3.2. A Problemática do Financiamento e dos Gastos de Saúde no SUS

A denominada crise do financiamento da saúde, cuja face mais visível está no comportamento dos gastos públicos federais, apresenta determinantes externos e internos. Externamente decorre da crise orgânica do Estado brasileiro, especialmente na sua vertente fiscal, expressa na incapacidade deste em equilibrar as contas públicas. Internamente, o fato mais relevante é a forma como se desenvolveu, nos anos recentes, o sistema público de saúde, o qual apresentou crescentes e graduais tendências universalizadoras até atingir sua plenitude na Constituição de 1988.

Antes da universalização plena, a questão do financiamento ficava esmaecida, já que os recursos estavam divididos desigualmente entre os integrados e os não-integrados economicamente. Os primeiros recebiam assistência através da Previdência Social; os segundos, enquanto indigentes, tinham direito apenas a uma medicina simplificada das secretárias de saúde ou de entidades filantrópicas.

¹² FEGHALLI. op.cit.

A nova Constituição integrou milhões de brasileiros como cidadãos da saúde, portadores de acesso universal, num momento de crise orgânica do Estado. Esta incorporação, acoplada à crise fiscal, veio acompanhada, nos anos subsequentes, período crítico da implantação do SUS, pelo aumento da oferta de serviços e, de outro, por uma redução dos gastos públicos em saúde, especialmente na esfera federal. A crise fiscal pressionou o orçamento da seguridade social de tal forma que foi criada, internamente, forte disputa pelos recursos escassos e, mais especificamente, pela forte contribuição sobre a folha de salário, tradicional financiadora de gastos com saúde.

Como resultado das decisões políticas que privilegiavam a Previdência Social, as transferências dessa fonte para o Ministério da Saúde caíram de 55,95% em 1992, para 17,40% em 1993, até chegar a zero em 1994. A partir daí o orçamento do Ministério da Saúde tornou-se totalmente dependente do Tesouro Nacional, cujos repasses nem sempre obedeceram a um fluxo regular, refletindo as disponibilidades de caixa da União.

Assim, a questão fundamental da política de financiamento à saúde passou, naquele momento, por uma discussão nacional sobre o quanto as diferentes instâncias públicas e a sociedade estariam dispostas a gastar em saúde.

No primeiro ano de implantação do SUS, em 1989, o gasto público federal em saúde foi da ordem de US\$ 11,3 bilhões de dólares, o que representou um gasto per capita federal de US\$ 80,37. A partir daí os gastos foram caindo até atingirem US\$ 7,5 bilhões de dólares em 1993.

O gasto per capita total, que inclui as três esferas do governo, caiu de US\$ 96,26 em 1989 para US\$ 65,11 em 1993.¹³ Essa queda veio acompanhada da instabilidade de fontes e fluxos de financiamento, agravando ainda mais um quadro já dramático da saúde, sem falar na inclusão no SUS de milhões de brasileiros, resultado da universalização do sistema como previsto na Constituição de 1988.

¹³ MEDICI. *op.cit.* p.150-153.

Uma análise dos gastos com saúde, conforme dados constantes na Tabela 1,¹⁴ no período de 1980-1996 mostram cinco momentos distintos:

TABELA 1

GASTOS PÚBLICOS FEDERAIS EM SAÚDE
PERÍODO: 1980-96. (EM MIL DÓLARES)

| ANO | GASTO TOTAL | GASTO PERCAPITA |
|------------|------------------------|----------------------------|
| 1980 | 7.356,3 | 61,82 |
| 1981 | 6.846,3 | 56,46 |
| 1982 | 7.148,3 | 57,41 |
| 1983 | 5.715,6 | 45,41 |
| 1984 | 5.956,6 | 46,44 |
| 1985 | 6.857,3 | 52,47 |
| 1986 | 7.340,9 | 55,13 |
| 1987 | 10.624,4 | 78,31 |
| 1988 | 10.030,2 | 72,56 |
| 1989 | 11.320,3 | 80,37 |
| 1990 | 11.320,3 | 80,37 |
| 1991 | 7.847,0 | 53,67 |
| 1992 | 6.571,2 | 44,11 |
| 1993 | 7.500,0 | 49,46 |
| 1994 | 10.400,0 | 67,97 |
| 1995 | 14.891,8 | 92,04 |
| 1996 | 16.000,0 | 96,00 |

FONTE: MS/IPEA/IBGE. In MEDICI, 1996.

¹⁴ MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec. 1996. p.158. e MEDICI. op.cit. p.150-153.

O primeiro momento corresponde ao final do modelo centralizado que vai de 1974-1982; o segundo, correspondente ao modelo de transição, caracterizado pelos programas AIS e SUDS, vai de 1983-1986; o terceiro, entre 1987-1990, é o momento de consolidação do SUS, baseado no repasse a Estados e municípios; o quarto, entre 1991-1993 - no governo Collor de Melo - em que os recursos foram drasticamente reduzidos voltando a ser repassados de forma negociada; e finalmente, depois de 1994, um momento de descentralização vigorosa, iniciada no governo Itamar Franco mediante a instituição das gestões incipiente, parcial ou semiplena, previstas na NOB/93, que vem acompanhada no governo de Fernando Henrique Cardoso de incrementação do processo de descentralização com a publicação da NOB/96, bem como do aumento dos gastos federais em saúde.

3.3. A IX Conferência Nacional de Saúde, a Bandeira da Municipalização e os Limites da NOB/93

A IX CNS representou a consolidação e legalização da conferência anterior, diferindo da mesma pelo maior número de participantes, incluindo os mais de cinco mil municípios brasileiros, além de mais de 1500 observadores nacionais e internacionais.

Prevista para 1990, só foi realizada em 1992, conseqüência dos sucessivos adiamentos, fruto da instabilidade do governo Collor de Melo. Resultou do processo de participação de toda a população, indicando o caminho escolhido pela sociedade brasileira na saúde e em outros setores da vida nacional, apontando metas e estratégias. Assim, as posições assumidas quanto ao rumo do SUS foram frutos do amadurecimento na luta incessante em busca de melhores condições de vida, fundamentados na Constituição de 1988, na LOS e nas NOBs.

Às posições assumidas quanto à crise na saúde durante todo o período da conferência somou-se a indignação diante das sucessivas decisões de adiamento da IX CNS. Isso trouxe repercussões nas decisões unânimes assumidas pelos conferencistas desde as etapas municipais e estaduais da mesma, o que se refletiu na efetiva implantação do SUS.

A riqueza de debates travados por mais de uma centena de grupos foi sendo consolidada numa grande temática cuja bandeira se assentava no princípio de “Saúde, Municipalização é o Caminho” que se desdobrou em quatro submetas: Sociedade, Governo e Saúde; Seguridade Social; Implementação do SUS e Controle Social.

Os aspectos relativos à implementação do SUS evidenciaram a grande distância interposta entre as diretrizes constitucionais para a sua efetivação e a forma como até então vinha sendo implantado no país, consubstanciado pela dura realidade vivida pela população.

A extinção do INAMPS foi proposta aprovada que incluiu repasse imediato das unidades de serviços, constituída de rede física, equipamentos, serviços e recursos humanos, para os municípios e Estados, implantando-se assim a estrutura organizacional descentralizada do SUS. No entanto, até que a extinção desse sistema fosse completada, o que ocorreria em 1994, as ações do mesmo se limitaram a administração dos recursos humanos que ficaram à disposição dos Estados e municípios, conservando os direitos adquiridos de seus funcionários.

Com relação à descentralização e à municipalização, foi reiterado que os dois são ainda processos em andamento e se não se conseguiu ainda tal intento isto não se deve às leis que criaram o SUS e sim à postura do governo, em suas três instâncias, que desrespeita a Constituição, não viabilizando os mecanismos de implementação ou assumindo as responsabilidades com relação ao SUS. A municipalização não é apenas a transferência de responsabilidades para os municípios, mas um instrumento de democratização cujo funcionamento depende do controle social.

O instrumento fundamental para operacionalizar o processo de municipalização foi a NOB/93, aprovada pela Portaria Nº 545 do Ministério da Saúde. A NOB/93 veio para

“Regulamentar o processo de descentralização da gestão de serviços e ações no âmbito do SUS e estabelecer os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial, e as diretrizes para os investimentos no setor”¹⁵

15 BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*. Brasília. 1993. p.48.

A proposta de descentralização referendada pela NOB/93 busca dar conta de inúmeros aspectos que incluem: a redefinição de competência das esferas do governo, a questão dos recursos humanos e, principalmente, o detalhamento operativo do financiamento das ações de saúde e do controle social, já que a constituição e o funcionamento dos Conselhos de Saúde são primordiais para que Estados e municípios se habilitem à descentralização.

A operacionalidade gerida pela NOB/93 prevê a descentralização através de etapas progressivas, partindo da menor para a maior complexidade. As etapas previstas incluíram as formas de gestão em cada esfera, quais sejam: a) incipiente, que previa a autorização do credenciamento, desc credenciamento e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares do município, distribuição da cota de AIH (Autorização de Internamento Hospitalar) e reorganização do modelo de assistência, incorporando as ações de vigilância epidemiológica e sanitária à rede de serviços com capacitação para programar, avaliar e controlar suas ações de saúde; b) parcial, além das situações citadas acima, representam o recebimento dos recursos financeiros referentes à diferença entre o teto fixado pela Comissão Bipartite e o efetivamente gasto na assistência ambulatorial e hospitalar, aprofundando as responsabilidades em relação à vigilância epidemiológica e sanitária; c) semiplena, execução total no gerenciamento e reordenamento do modelo assistencial.

Essas etapas se dariam numa situação desejada, segundo a qual Estados e municípios assumiriam de forma plena a gestão do SUS onde os repasses seriam automáticos conforme previsto na LOS 8.142. No entanto, a implantação do SUS vem se dando numa jornada cheia de descontinuidades e desafios, mas apresentando algumas experiências relevantes a nível dos municípios, em termos de tentativas de melhoria da saúde e da qualidade de vida da população.

Neste período, dentre os 5.500 municípios brasileiros, menos de 3.500 tinham conselhos de saúde e um número ainda mais reduzido havia constituído fundos de saúde. Dentre eles, apenas duas centenas estavam habilitados à gestão semiplena.

3.4. A X Conferência Nacional de Saúde, o Parto Prolongado da NOB/96 e a Necessária Consolidação da Gestão Plena Municipal

As discussões da X CNS, em 1996, foram marcadas principalmente pela questão do papel do Estado em suas políticas públicas no que concerne às demandas sociais, que apontam para uma redução em seus investimentos. Dessa forma, os participantes propuseram a retirada de todas as propostas neoliberais constantes dos projetos de Reforma Administrativa no que se refere as alterações na seguridade social em trânsito no Congresso Nacional, além de defenderem um Estado público e solidário com mais transparência e controle em todas as instituições, em suas três esferas de atuação, com a criação de conselhos em todos os níveis de atuação do governo, cujas decisões seriam tomadas em conjunto por toda a sociedade, obedecendo as particularidades de cada região.

Hoje, é bem clara a posição assumida por todos os setores da sociedade, desde os mais conservadores até os mais progressistas, com relação à saúde pública. Há unanimidade quanto às políticas de saúde e a implementação do SUS, já que este tem se mostrado um instrumento indispensável na garantia da cidadania e da qualidade de vida, apresentando-se como única opção para se alcançar a atenção integral à saúde para a maioria dos brasileiros. Daí porque os conferencistas se posicionaram contra a submissão da saúde às leis de mercado capitalista, sendo necessário recuperar a dimensão ética das políticas públicas.

Os gestores do SUS devem desenvolver ações estratégicas que impeçam a privatização das ações de saúde e conseqüente destruição dos serviços públicos, de forma que a atenção integral à saúde seja universalizante. Cabe ao governo garantir por meios jurídicos, administrativos e financeiros o cumprimento da legislação do SUS, ficando a cargo dos conselhos de saúde a aprovação e organização de projetos de serviços de saúde, homologado pelo chefe do poder executivo em seus respectivos níveis de governo. Para tanto, segundo as deliberações da X CNS, torna-se necessário

“Aprofundar o processo de descentralização e municipalização respeitando a autonomia local; enquadramento dos municípios na gestão plena, conforme NOB/96, agilizando os repasses financeiros

ao Fundo de Saúde local; descentralização da Atenção Integral à Saúde para distritos, unidades e serviços de saúde nas grandes cidades, a fim de reforçar a vigilância e assistência à saúde mais particularizada, facilitando o controle social; integrar e aprofundar as parcerias entre as instituições componentes do SUS".¹⁶

A necessária descentralização de recursos e gestão até o nível municipal, cujos avanços seguem as diretrizes da NOB/93, vem tendo avanços significativos, principalmente após a regulamentação da NOB/96.

A NOB/96 assegura o financiamento das ações básicas de saúde em função do valor *per capita*. O valor nacional estabelecido por ela, o Piso Assistencial Básico (PAB),¹⁷ situa-se numa faixa mínima de R\$ 10,00/ano por habitante, reajustado conforme mecanismos estabelecidos pela Comissão Intergestora Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde. Através da norma ficou assegurado o repasse financeiro sob a forma de financiamento de ações de saúde, considerando o valor orçamentado *per capita* e não por procedimento, valorizando dessa forma a saúde e não a doença.

O cumprimento de metas de cobertura e qualidade dos serviços deve ser considerado, levando-se em conta para o repasse de recursos: a situação geográfica, demográfica e sócio-econômica; o recenseamento; a dispersão populacional; a população flutuante; os assentamentos existentes; o perfil epidemiológico; o fluxo de usuários de outros Estados ou municípios; os serviços referenciais de saúde e por último o cumprimento das metas dos Planos de Saúde, que levam entre outras coisas, a que os municípios tenham uma tabela de procedimentos própria, obedecendo a sua realidade quanto ao preço, procedimentos e permanência do paciente nas unidades hospitalares.¹⁸

Pelos parâmetros estabelecidos em acordo internacional, do qual o Brasil é signatário, o avanço lento na descentralização que vem se observando, impede os investimentos e a capacitação dos recursos humanos. Um aspecto importante demonstra retrocesso: o freqüente desrespeito às decisões do Conselho Nacional de Saúde que nos faz acreditar numa convivência anti-democrática com o Ministério da Saúde. Assim em

¹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da X CNS*. Brasília. 1996.

¹⁷ BRASIL. Portaria do Ministério da Saúde Nº. 1.882 de 18 de dezembro de 1997.

¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da X CNS*. op.cit.

nome do SUS há um retardamento à sua total implantação, mantendo-se prioridades e ações que vão de encontro aos seus princípios, privilegiando-se a doença e não a saúde.

Para que muitas das metas das ações de atenção à saúde sejam efetivamente realizadas fazem-se necessários programas isolados quanto aos grupos a serem atingidos, mas que em suas bases se articulem no intuito de promover a saúde. O projeto do governo focaliza sua atenção na chamada “cesta básica” do Banco Mundial que se assenta na

*“(...) prevenção e ênfase no atendimento básico, que são: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Gestão de Atendimento Básico, Farmácias Básicas, Vacinação, Combate às Endemias, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e Diabetes”.*¹⁹

O PAB se apresenta, nas palavras do ex-ministro Carlos Albuquerque, como “um instrumento revolucionário”²⁰ no sistema de saúde brasileiro, ao permitir uma mudança radical na lógica de financiamento do SUS: os recursos passam a ser estabelecidos segundo a base populacional de cada município e não mais sobre o número de pessoas atendidas. Trata-se de uma revolução no sentido em que, a ênfase ao modelo de atenção à saúde reverterá o quadro da assistência médica na grande maioria dos municípios brasileiros que não têm um mínimo de estrutura para atender às necessidades de saúde de sua população. Até janeiro de 1998, apenas 1.372 municípios, que reúnem 37,3 milhões de brasileiros, estavam habilitados a receber o PAB.²¹

A NOB/96 tem se mostrado instrumento eficaz no processo de descentralização e municipalização da saúde. As medidas tomadas através das portarias ministeriais, a exemplo da implantação do PAB e incentivo ao PACS (Programa de Agentes

¹⁹BANCO MUNDIAL. “Relatório sobre Desenvolvimento Mundial: Investindo em Saúde”. In FEGHALLI. op.cit.

²⁰ Discurso proferido por Carlos Albuquerque, ex-ministro da saúde, quando da assinatura da portaria que regulou o PAB em 18 de dezembro de 1997.

²¹ Notícia publicada em *Atualidades do Ministério da Saúde* em 28 de janeiro de 1998. Internet/Endereço eletrônico: www.ms.gov.br

Comunitários de Saúde) e PSF (Programa de Saúde da Família),²² tem demonstrado que tais medidas se coadunam com as proposições instituídas na criação do SUS pela Constituição de 1988. No entanto, a predominância por muitas décadas, do modelo assistencial de cunho curativo, fez sedimentar no seio dos serviços médicos públicos e privados, um reforço ao modelo que privilegia à doença em detrimento da saúde.

A maior resistência às mudanças no setor da saúde, no entanto, vem se dando justamente a nível local, consequência de anos de primazia do modelo curativista com ênfase na doença, representado pela assistência hospitalar. Assim, o fator que mais dificulta a descentralização é a resistência política local às estratégias adotadas pelo governo central para implementar mudanças na saúde. Tidas como progressistas, elas têm encontrado no poder local seus maiores opositores, um verdadeiro entrave à sua consolidação. O SUS se mostra assim, no papel, como um modelo ideal e avançado na assistência médica. Entretanto, as resistências à sua total implantação têm retardado os efeitos mais esperados: a promoção e a prevenção à saúde, antes que seja necessário recuperá-la.

Na segunda parte do trabalho, que vem a seguir, nós nos debruçaremos sobre essas dificuldades locais à absorção do SUS na sua plenitude, estudando mais de perto a problemática do sistema de saúde em Campina Grande.

²² BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Ministro da Saúde, Nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que reconhece o PACS e o PSF, como importantes estratégias para contribuir no aprimoramento e na consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar.

SEGUNDA PARTE

O DESEQUILIBRIO DO SUS EM CAMPINA GRANDE E O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

Para entendermos como foi se dando, ao longo dessas últimas décadas, em Campina Grande, a consolidação do modelo de assistência médica centrado na doença é necessário, em primeiro lugar, analisar como vêm sendo repartidos os recursos do SUS entre os sistemas ambulatorial e hospitalar. As especificidades do sistema local serão por nós analisadas no capítulo IV.

No capítulo V, analisaremos a forma como esta repartição vem sendo feita, com características peculiares que tornam o município de Campina Grande um grande concentrador de recursos na rede hospitalar, quer através das internações e elevados custos médios por AIHs, quer nos atendimentos ambulatoriais.

A dualidade e mesmo a não distinção no sistema ambulatorial dos modelos de atenção à doença e de atenção à saúde, com predominância da rede hospitalar também no atendimento ambulatorial, transformam este último numa porta aberta para a priorização do sistema de atenção à doença. Esse assunto será por nós analisado no capítulo VI.

Finalmente, no capítulo VII, avaliaremos as repercussões da implantação da gestão plena municipal, em 1998, bem como o alcance das experiências dos programas incentivados, como o PACS e PSF, para em seguida analisarmos os efeitos da proibição das consultas simples na rede hospitalar e a necessidade de reformulação da rede ambulatorial básica, com incremento dos programas alternativos e outras experiências locais de renovação.

Capítulo IV

A VOCAÇÃO REGIONAL DE CAMPINA GRANDE NO ATENDIMENTO À SAÚDE, OS RECURSOS DO SUS E SUA REPARTIÇÃO ENTRE OS SISTEMAS AMBULATORIAL E HOSPITALAR

A forma como os recursos do SUS vêm sendo repartidos no sistema de assistência médica de Campina Grande será por nós analisada a partir da forma histórica como foram se gestando os serviços de saúde, com predominância da rede hospitalar privada e filantrópica sobre a rede municipal e, conseqüentemente, com uma prevalência do modelo de assistência médica tradicional, que passou a influenciar também a rede ambulatorial básica municipal.

4.1. A Capacidade Instalada de Atendimento à Saúde e a Vocação Regional de Campina Grande*

Campina Grande está localizada na região central do agreste da Serra da Borborema, distante 121 quilômetros da capital do Estado, João Pessoa. O município tem uma área de 970 km², estando a 500 metros de altitude. Até 1997 a população era de 344.850 habitantes, atualmente está estimada em 348.670.²³

No cenário estadual, a cidade desponta como a segunda maior arrecadação de ICMS (Imposto Sobre Circulação de Mercadorias), com mais de 25% do total arrecadado no Estado.

²³ IBGE. 1998. Internet/Endereço eletrônico: <http://www.ibge.gov.br> e/ou <http://www.datasus.gov.br>

* O conjunto de informações sobre a história do município de Campina Grande foram retiradas dos seguintes textos e documentos: ALMEIDA, Josué Elpidio. *História de Campina Grande*. Edição Comemorativa do Centenário de Nascimento de Josué Elpidio de Almeida. Campina Grande: Epigraf. 1993; CAMPINA GRANDE. *Plano de Saúde do Município de Campina Grande*. Secretária Municipal de Saúde de Campina Grande. 1997 e *UNIMED-Campina Grande 20 Anos: Edição Histórica*. São Paulo: Cartaz Editorial. 1992.

A cidade de Campina Grande vem desempenhando um importante papel como polo de desenvolvimento em vários setores, inclusive na área da saúde, com a capitalização da rede hospitalar e dos serviços médicos oferecidos.

A economia da cidade teve um grande impulso no início desse século com a chegada do trem em 1907 e posteriormente com a luz elétrica e abastecimento de água, servindo de entreposto comercial dos produtos vindos do interior do Estado com destino à zona portuária de onde são exportados.²⁴

À chegada de grandes contingentes populacionais somava-se a dos especuladores que para aqui vieram em busca de melhores condições de ganhos. O crescimento urbano exigia uma infra-estrutura que se estendia desde o saneamento básico, água para uso doméstico e industrial, urbanização e assistência médica que, na primeira metade desse século, era prestada predominantemente pelas entidades filantrópicas. Data desse período a construção dos primeiros hospitais: o Hospital Pedro I, a Casa de Saúde Dr. Francisco Brasileiro, o Hospital Alcides Carneiro e o Hospital de Pronto Socorro Municipal. Mais tarde, na década de 1950, viria a Maternidade Municipal Elpídio de Almeida.

Com o surto industrial²⁵ do período desenvolvimentista, a cidade se urbaniza e os incentivos oferecidos a nível federal e local se tornam forte contribuição para o crescimento da cidade. Nesse período, instala-se o distrito industrial da cidade. As questões de infra-estrutura se agudizam para atender o contingente populacional crescente, bem como tornaram-se necessárias uma maior complexidade dos serviços de assistência médica para a crescente demanda e para patologias decorrentes do desenvolvimento urbano. A assistência médica passa a ser exercida, além dos hospitais, também pelos escassos postos de saúde criados naquele período.

Na década de 1970, sob os auspícios do modelo Brasil-Potência, a saúde sofre a cisão em sua política de investimento, com incremento do modelo privatista, voltado para a medicina medicalizante, em detrimento da medicina preventiva. Os incentivos

²⁴ ARAÚJO, Marta Lúcia Ribeiro. "A Formação dos Bairros de Campina Grande". In *Jornal da Paraíba*, Campina Grande, 11 de outubro de 1997. Caderno Especial. p.4.

²⁵ Sobre o assunto leia-se: LIMA, Damião de. *O Processo de Industrialização via Incentivos Fiscais: Expansão e Crise em Campina Grande*. Campina Grande: Curso de Mestrado em Economia/UFPB. 1996. 112p. (Dissertação, Mestrado em Economia Rural)

dados à medicina curativa, refletiram-se em Campina Grande na proliferação de clínicas e hospitais privados e conveniados ao INAMPS, cuja assistência em sua essência voltava-se aos trabalhadores da economia formal. A assistência ao restante da população ficou à cargo dos postos de saúde e dos hospitais públicos e filantrópicos.

Na década de 1980, marcada pela crise econômica, a cidade assistiu ao fechamento de inúmeras indústrias. Foi a chamada década perdida. A cidade precisava redescobrir-se, pois sua vocação industrial estava estagnada. O poder público começou a buscar saídas, embora estas parecessem cada vez mais difíceis.

Se a economia em geral estava em crise, o mesmo não acontecia com o setor hospitalar. O crescimento hospitalar observado demonstra que este foi um dos setores que mais cresceu naquela época. Com a demanda por serviços médicos e com a falta de leitos hospitalares pela rede pública, observa-se um aumento de investimentos nos hospitais privados prestadores de serviços médicos.

Por esse período, a cidade contava com duas universidades formadoras de mão-de-obra qualificada, cuja importância se refletiria na transformação da mesma como referência cultural e científica, bem como na absorção de grande parte dos profissionais da área da saúde nela formados.

Atualmente, as duas universidades oferecem cerca de 3.700 vagas nos seus mais diversos cursos. Mais da metade destas vagas são ocupadas por estudantes de Campina Grande e cidades do interior do Estado da Paraíba.²⁶ O restante das vagas é preenchido pela clientela de outros estados, notadamente os do Nordeste, com predominância dos Estados do Ceará, Maranhão e Piauí.

A criação de um curso de medicina, na década de 1970,²⁷ resulta, dentre outros fatores da importância que tem a cidade para a região, bem como no atendimento a demanda por profissionais de saúde, quer a nível local e/ou regional. O impulso que o ensino superior tomou na década de 1980, transformou a cidade em importante pólo

²⁶ Informações obtidas junto a Comissão de Vestibular das Universidades Federal e Estadual da Paraíba. Dados sujeitos a correção.

²⁷ A Faculdade de Medicina de Campina Grande foi criada em fins de 1969. A primeira turma prestou vestibular em início de 1970.

universitário e num centro de tecnologia de ponta. O desenvolvimento do ensino superior ajudou a cidade a conquistar uma nova identidade.

No setor de assistência médica, de cunho curativo, o município conta hoje com um considerável número de clínicas e hospitais, conforme os dados constantes da Tabela 2, prestando serviços de alta complexidade, comparáveis aos grandes centros médicos do país. A cidade conta ainda com os mais modernos equipamentos de tomografia computadorizada, radioterapia e quimioterapia, sem falar nos modernos laboratórios para dosagens bioquímicas e hormonais.

Residiam na cidade, até 1996, cerca de 724 médicos,²⁸ 80% dos quais têm algum vínculo com o setor de saúde local e dentre eles cerca de 261 com o setor público municipal.²⁹

O município está dividido em seis distritos sanitários que abrangem as 27 unidades básicas e os centros de saúde. Esta divisão permite ao município lançar mão de estratégias específicas para cada região da cidade, dentro de seus limites orçamentários.

TABELA 2

| INFRAESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE | |
|--|--------------|
| ESTABELECIMENTOS | TOTAL |
| UNIDADES BÁSICAS E CENTROS DE SAÚDE | 27 |
| LABORATÓRIOS PÚBLICOS | 12 |
| LABORATÓRIOS PRIVADOS | 13 |
| LABORATÓRIOS FILANTRÓPICOS | 6 |
| SERVIÇO MUNICIPAL DE ODONTOLOGIA | 43 |
| SERVIÇO ESTADUAL DE ODONTOLOGIA | 2 |
| SERVIÇO FEDERAL DE ODONTOLOGIA | 1 |
| SERVIÇO SINDICAL DE ODONTOLOGIA | 5 |
| CLÍNICAS PRIVADAS CONVENIADAS | 10 |
| CLÍNICAS PRIVADAS NÃO CONVENIADAS | 1 |
| HOSPITAIS MUNICIPAIS | 2 |
| HOSPITAIS PRIVADOS | 13 |
| HOSPITAIS FILANTRÓPICOS | 2 |
| HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL | 1 |
| LEITOS HOSPITAIS PÚBLICOS | 331 |
| LEITOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS | 448 |
| LEITOS HOSPITAIS PRIVADOS | 2487 |
| TOTAL DE LEITOS | 3266 |

FONTE: SMSCG (Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande). 1997.

²⁸ JORNAL DO CRM-PB. *Perfil dos Médicos da Paraíba*. João Pessoa, 1996. n.16. p.8. Para o ano de 1997, os números não sofreram grandes variações. No Plano Municipal de Saúde constam um total de 1200 médicos. Este número inclui o número de médicos por função (ou vínculos), o que leva a contagem do mesmo profissional nos diversos tipos de prestadores, daí porque preferimos trabalhar com os números do CRM-PB. Dados sujeitos a correção.

²⁹ In *Plano Municipal de Saúde*. Campina Grande: SMSCG. 1997.

No município, o número de leitos se encontra numa média de 9,4 para cada mil habitantes, número bem superior aos padrões da OMS (Organização Mundial de Saúde) que são de 4/1.000. O número de médicos por habitantes, no município, apresenta uma média de 20 para cada dez mil habitantes. Isto nos referenda com níveis satisfatórios, bem acima dos preconizados pela OMS que são de pelo menos um médico para cada mil habitantes. Assim, o município apresenta, com relação ao número de médicos, médias bem superiores à do Brasil que se encontra hoje numa faixa de 13,04/10.000, e do Nordeste que está num patamar de 7,80/10.000.³⁰

A importância de Campina Grande na região, além dos aspectos culturais, comerciais e industriais, estende-se também à oferta dos serviços de saúde, quer pela capacidade tecnológica instalada, quer pelos recursos humanos. Um documento³¹ elaborado pela Associação Paraibana de Hospitais (APH), Regional de Campina Grande, demonstra de forma percentual o comportamento da demanda por tais serviços entre os municípios paraibanos, bem como de municípios dos Estados vizinhos do Rio Grande do Norte e Pernambuco.

Segundo o referido documento, dentre os atendimentos realizados pela rede hospitalar de Campina Grande, cerca de 59,40% são preenchidos pelos habitantes da cidade, ficando os restantes 40,60% divididos entre a população residente no interior do Estado e dos Estados vizinhos do Rio Grande do Norte e Pernambuco. Estes números colocam a cidade como referencial para uma população que extrapola um milhão de habitantes, dando-lhe o parâmetro de cidade pólo da assistência médico-científica.

³⁰ ALMANAQUE ABRIL. 1998. p.178.

³¹ Documento enviado em agosto de 1997 à Curadoria do Consumidor e apresentado em sessão especial da Câmara Municipal de Campina Grande sobre a situação da saúde no município. O referido documento resulta de um levantamento realizado pela APH sobre os internamentos hospitalares com base nos anos de 1996-97.

4.2. Evolução dos Recursos Aplicados pelo SUS em Campina Grande

Os recursos do SUS se dividem em: internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais. Os procedimentos que requerem internação hospitalar incluem: tratamento clínico, intervenções cirúrgicas, atos anestésicos, alguns exames complementares, colocação de próteses e órteses, uso de medicamentos quimioterápicos, assistência psiquiátrica, tratamento em unidade de terapia intensiva, assistência ao trabalho de parto, assistência neonatal, entre outros. As internações hospitalares são também conhecidas por AIH (Autorização para Internação Hospitalar) e as informações sobre as mesmas junto ao DATASUS são acessadas pela sigla de SIH (Sistema de Informação Hospitalar).

A assistência ambulatorial inclui aqueles atendimentos prestados aos pacientes que não requerem internação hospitalar.³² Os atendimentos ambulatoriais incluem: consulta médica simples (sem uso de drogas, medicamentos ou outros procedimentos), consultas com procedimentos (medicação e/ou observação), consultas especializadas, exames laboratoriais, exames radiográficos, diagnose em cardiologia e outras clínicas, pequenas cirurgias, exames tomográficos, exames ultrassonográficos, exames de ressonância magnética, cateterismo cardíaco, hemodiálise, consultas odontológicas, aplicação de flúor, curativos, colocação de aparelhos gessados, aplicação de vacinas, consultas e acompanhamento domiciliar, entre outros, todos realizados sem necessidade de internação hospitalar. Alguns desses procedimentos podem ser avaliados, quanto ao seu valor, no Anexo 6.

O atendimento ambulatorial é identificado pela sigla SIA (Sistema de Informação Ambulatorial). Dentre os atendimentos ambulatoriais, são considerados atendimentos básicos procedimentos como: consultas simples³³ (clínica médica, ginecologia e

³² O que caracteriza a internação hospitalar é a permanência do paciente no ambiente hospitalar por mais de 24 horas. As consultas com procedimentos prevêem as observações médicas em ambiente hospitalar por um período de no máximo 24 horas, que podem ser cobradas sob a forma de consulta com procedimento (COD: 041.8 e 042.0) ou sob a forma de primeiro atendimento, neste último caso com o uso da AIH.

³³ A consulta simples de um único paciente pode envolver diversos procedimentos, a maioria deles representados por exames complementares. Assim a simples consulta de um paciente que vai se submeter a uma cirurgia pode envolver de 10 a 15 procedimentos.

pediatria), atendimento odontológico, vacinação, curativos, aplicação de injeção, aplicação de flúor, visitas domiciliares, entre outros.

O número de autorizações para internamento hospitalar utilizado pelos hospitais e clínicas conveniados ao SUS, em Campina Grande, é bastante elevado. Isso se deve, em parte, à importância da cidade como centro médico referencial para a região. Dessa maneira, em busca de terapêuticas específicas e exames especializados, acorrem à cidade, centenas de milhares de pessoas, o que contribui para a grande utilização de AIHs pelos setores de internamentos hospitalares, bem como pelos de atendimentos ambulatoriais.

O número de AIHs, durante os últimos anos, tem diminuído, consequência das políticas de descentralização da assistência médica extensiva às cidades de menor porte, bem como da implantação, mesmo que lenta, de um modelo mais abrangente de proteção e promoção da saúde alicerçado no SUS.

De 1994 a 1997, o número de AIHs, segundo os dados da Tabela 3, vem decrescendo, somando nesse período uma perda em torno de 22 mil AIHs, o que se traduz em algo próximo a 25%. Isso representa uma perda no número de AIHs, não uma perda de valores repassados aos prestadores de serviços de saúde. Ao contrário, os valores vem crescendo às custas de AIHs mais onerosas.

TABELA 3

NÚMERO DE AIHs E VALORES PAGOS PELAS
MESMAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE
PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS)

| ANO | TOTAL AIHs | TOTAL RECEBIDO |
|---------|---------------|-------------------|
| 1994(1) | 86.849 | 12.308.016,39 |
| 1995 | 75.678 | 22.296.942,76 |
| 1996(2) | 71.716 | 21.748.958,53 |
| 1997(2) | 64.523 | 20.327.589,40 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998.

(1) Valores referentes ao período de jul. a dez. de 1994.

(2) Não inclui os reajustes de 25% concedidos a partir de março de 1996, conforme explicação abaixo.

Com relação aos valores repassados pelo SUS para o período de 1996-1997, não incluímos os reajustes de 25% concedidos a partir de março de 1996, pelo motivo de que os mesmos só começaram a serem pagos em 1997, juntamente com os 25% do ano de 1997. Outro motivo que nos levou a não inclusão dos referidos valores foi que, até a presente data, os valores acessados no DATASUS, via Internet, não incluem os reajustes concedidos.

Os gastos com a assistência médica, nestas últimas décadas, em Campina Grande têm se concentrado no atendimento médico assistencial eminentemente curativo. Dessa maneira, os hospitais se constituem no maior captador dos recursos públicos investidos na área da saúde quer através das internações hospitalares, como também nos atendimentos ambulatoriais, já que é igualmente nestes estabelecimentos que se concentram o maior número de atendimentos desse setor, como podemos observar na Tabela 4.

TABELA 4

VALORES RECEBIDOS PELOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS
NA REDE HOSPITALAR E REDE BÁSICA EM CAMPINA GRANDE.
PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS)

| ANO | ATENDIMENTO AMBULATORIAL NA REDE HOSPITALAR | ATENDIMENTO AMBULATORIAL NA REDE BÁSICA | TOTAL |
|---------|---|---|--------------|
| 1994(1) | 2.807.253,50 | 659.799,28 | 3.467.052,78 |
| 1995 | 5.916.666,96 | 1.654.089,89 | 7.570.756,85 |
| 1996(2) | 6.331.684,05 | 1.959.508,25 | 8.291.192,30 |
| 1997(2) | 6.414.572,57 | 1.972.705,69 | 8.387.278,26 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998.

(1) Dados referentes ao período de jul. a dez. de 1994.

(2) Conforme citado anteriormente, não incluímos os reajustes de 25% concedidos a partir de março de 1996 e pagos no ano de 1997.

Com o aumento de 25% concedido pelo Ministério da Saúde sobre a tabela de procedimentos do SUS em março de 1996, os valores citados nas Tabelas 3 e 4 tiveram considerável acréscimo e movimentaram uma respeitável quantia de dinheiro durante o

ano de 1997, já que estes foram sendo repassados durante o referido ano, mês a mês, conjuntamente com os repasses referentes ao próprio ano de 1996.

4.3. Especificidade do SUS em Campina Grande: Desequilíbrio entre as Redes Ambulatorial e Hospitalar.

Os recursos do SUS em Campina Grande apresentam uma grande desproporcionalidade com relação às suas repartições entre as redes hospitalar e ambulatorial.³⁴ A absorção desses recursos pelo sistema hospitalar o torna prevalente, reforçando a supremacia do modelo vigente no país, constituindo-se em forte entrave às esperadas mudanças na assistência médica propostas pelo SUS na Constituição de 1988. É também nos hospitais que está concentrada a grande maioria dos atendimentos ambulatoriais realizados no município.

Uma análise feita entre os anos de 1994-97, conforme os dados da Tabela 5, demonstra a superioridade dos hospitais na recepção de recursos do SUS. Historicamente, os valores concentrados nos hospitais através das AIHs representam algo superior a um percentual de 70%.

TABELA 5

DISPOSIÇÃO DOS VALORES RECEBIDOS PELOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS E INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE E SUA DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL. PERÍODO: 1994-97. (EM MIL REAIS)

| ANO | ASSIST. HOSPITALAR (R\$) | ASSIST. AMBULATORIAL (R\$) | TOTAL (R\$) | ATENDIMENTO AMBULATORIAL (%) | ATENDIMENTO HOSPITALAR (%) |
|---------|--------------------------|----------------------------|-------------|------------------------------|----------------------------|
| 1994(1) | 12,3 | 3,5 | 15,8 | 22,2 | 77,8 |
| 1995 | 22,3 | 7,6 | 29,9 | 25,5 | 74,5 |
| 1996 | 21,8 | 8,3 | 30,1 | 27,6 | 72,4 |
| 1997 | 20,3 | 8,4 | 28,7 | 29,0 | 71,0 |
| TOTAL | 76,7 | 27,8 | 104,5(2) | 26,7 | 73,3 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998.

(1) Dados referentes ao período de jul. a dez. de 1994.

(2) Valores acumulados entre jul. de 1994 a dez. de 1997.

³⁴ ROTTA, José Heleno. "As Relações Quantitativas do SUS em Campina Grande e o Processo de Municipalização da Saúde". In *Cadernos de Economia*. Campina Grande: Curso de Mestrado em Economia/UFPB. 1997. n.68. p.12.

A rede hospitalar de Campina Grande vem, há várias décadas, concentrando recursos em forma de serviços prestados, mesmo antes ao INAMPS e atualmente com o SUS. Esta concentração se dá, num primeiro plano, em relação ao número e valores das autorizações hospitalares (AIHs), bem como na concentração dos atendimentos ambulatoriais pelos mesmos.

Se observarmos a distribuição de AIHs no município e na Paraíba, nos últimos seis anos, conforme dados da Tabela 6, veremos que Campina Grande vem detendo de forma constante, cerca de 25% de todas as AIHs do Estado, o que representa uma média de 187 AIHs para cada mil habitantes/ano.

TABELA 6

NÚMERO DE AIHs E SUA DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL
ENTRE CAMPINA GRANDE E O ESTADO DA PARAÍBA
PERÍODO: 1992-97.

| ANO | PARAÍBA | CAMPINA GRANDE | PERCENTUAL SOBRE O TOTAL DO ESTADO |
|------------|----------------|-----------------------|---|
| 1992 | 366.012 | 99.592 | 27,2% |
| 1993 | 371.595 | 96.465 | 25,9% |
| 1994 | 345.842 | 86.849 | 25,1% |
| 1995 | 310.311 | 75.678 | 24,4% |
| 1996 | 289.261 | 71.716 | 24,8% |
| 1997 | 259.924 | 64.523 | 24,8% |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998.

Dessa forma, a diminuição no número de AIHs em Campina Grande é proporcional a perda das mesmas a nível do Estado da Paraíba, o que é natural pois, na qualidade de centro regional, deve ir perdendo uma parte desses serviços à medida que os municípios menos dotados vão implantando alguma infra-estrutura hospitalar. Essa perda numérica, praticamente deixa de existir quando a comparamos aos índices percentuais verificados.

No entanto, ao número de autorizações para internações hospitalares (AIHs), mesmo com a redução observada nestes últimos anos, somou-se um aumento em seus

valores, tornando-as mais caras e concentrando de outra forma recursos na rede hospitalar.

Por outro lado, os atendimentos ambulatoriais mais onerosos em Campina Grande são predominantemente realizados pela rede hospitalar. As redes privada e universitária são as que concentram o maior número de atendimentos nesse setor. Sobre tal característica trataremos com mais profundidade no item 6.2.. Entretanto, pelos dados contidos nas Tabelas 7 e 8, é possível observar que a rede básica de saúde é a primeira em número de atendimentos na prestação de serviços ambulatoriais, embora não o seja em arrecadação de recursos.

TABELA 7

NÚMERO TOTAL DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS POR TIPO DE PRESTADOR EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97.

| ANO | REDE BÁSICA | UNIVERSITÁRIO | PRIVADO | FILANTRÓPICO | OUTROS(1) | TOTAL |
|---------|-------------|---------------|---------|--------------|-----------|-----------|
| 1994(2) | 420.512 | 240.871 | 325.193 | 27.656 | 35.197 | 1.049.429 |
| 1995 | 1.040.928 | 502.322 | 632.010 | 70.079 | 72.310 | 2.317.649 |
| 1996 | 1.188.350 | 440.686 | 600.333 | 81.770 | 59.814 | 2.370.953 |
| 1997 | 1.180.471 | 445.261 | 539.008 | 102.168 | 32.237 | 2.299.145 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET/SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE. JUL./1998.

(1) Classificamos em outros os atendimentos realizados pelos sindicatos, 3º NRS e, a partir de 1997, o ambulatório da FNS.

(2) Dados referentes ao período de jul. a dez. de 1994.

Para termos uma melhor idéia de como estes atendimentos se distribuem entre os diversos tipos de prestadores vamos converter os números de atendimentos da tabela acima em valores percentuais. O resultado pode ser visto na Tabela 8.

TABELA 8

PERCENTUAL DO NÚMERO DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS TOTAIS REALIZADOS POR TIPO DE PRESTADOR EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97.

| ANO | REDE BÁSICA | UNIVERSITÁRIO | PRIVADO | FILANTRÓPICO | OUTROS | TOTAL |
|------|-------------|---------------|---------|--------------|--------|-------|
| 1994 | 40,0 | 22,9 | 30,9 | 2,6 | 0,6 | 100,0 |
| 1995 | 44,9 | 21,6 | 27,2 | 3,0 | 1,3 | 100,0 |
| 1996 | 50,1 | 18,5 | 25,3 | 3,4 | 0,3 | 100,0 |
| 1997 | 51,3 | 19,3 | 23,1 | 4,4 | 1,7 | 100,0 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998. Cálculos do autor.



Todavia, a distribuição dos recursos entre os vários tipos de prestadores é muito diferente das indicadas nestes percentuais, pois o valor médio do procedimento em cada um desses segmentos é significativamente diferente, conforme veremos adiante. Assim, quando tomamos essa mesma realidade, vista pelo ângulo dos valores recebidos e não apenas pela quantidade de procedimentos realizados, chegamos a resultados significativamente distintos, senão vejamos os dados da Tabela 9.

TABELA 9

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS NOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS TOTAIS
POR TIPO DE PRESTADOR EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS)

| ANO | REDE BÁSICA | UNIVERSIT. | PRIVADOS | FILANTRÓP. | OUTROS (1) | TOTAL |
|---------|--------------|--------------|--------------|------------|------------|--------------|
| 1994(2) | 631.009,71 | 934.552,17 | 1.681.302,78 | 178.301,68 | 41.886,44 | 3.467.052,78 |
| 1995 | 1.586.772,87 | 2.031.903,06 | 3.483.409,17 | 383.127,71 | 85.544,04 | 7.570.756,85 |
| 1996 | 1.905.448,51 | 2.196.996,77 | 3.480.518,04 | 633.530,38 | 74.698,60 | 8.291.192,30 |
| 1997 | 1.947.007,93 | 2.115.899,41 | 3.355.667,24 | 923.419,59 | 45.304,09 | 8.387.278,26 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998.

(1) Inclui os atendimentos realizados pelos sindicatos, 3ºNRS e, a partir de 1997, o ambulatório da FNS.

(2) Dados referentes ao período de jul. a dez. de 1994.

Transformados em percentuais, estes valores apresentam também comportamentos bem diversos, evidenciando melhor a concentração pelos hospitais privados de grande parte dos recursos do setor, conforme dados da Tabela 10. Comparada à Tabela 8, percebemos que esse segmento da prestação de serviços ambulatoriais executa pouco mais de 20% desses serviços e se apropria, no entanto, de bem mais de 40% dos recursos envolvidos no financiamento dos mesmos.

TABELA 10

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RECURSOS PAGOS PELOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS POR TIPO DE PRESTADOR EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97.

| ANO | REDE BÁSICA | UNIVERSITÁRIO | PRIVADO | FILANTRÓPICO | OUTROS (1) | TOTAL |
|---------|-------------|---------------|---------|--------------|------------|-------|
| 1994(2) | 18,2 | 26,9 | 48,4 | 5,1 | 0,4 | 100,0 |
| 1995 | 20,9 | 26,8 | 46,0 | 5,0 | 1,3 | 100,0 |
| 1996 | 22,9 | 26,4 | 41,9 | 7,6 | 1,2 | 100,0 |
| 1997 | 23,2 | 25,2 | 40,0 | 11,0 | 0,6 | 100,0 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998. Cálculos do autor

(1) Inclui os atendimentos realizados pelos sindicatos, 3º NRS e, a partir de 1997, o ambulatório da FNS.

(2) Dados referentes ao período de jul. a dez. de 1994.

Como se pode perceber ainda pelas Tabelas 9 e 10, a concentração da assistência médica ambulatorial pelos hospitais é muito mais nítida quando são considerados os valores envolvidos. Somados os vários tipos de prestadores hospitalares, o percentual de recursos ambulatoriais por eles captados alcança o expressivo patamar de 80%, apesar desse tipo de prestador não ser o mais tipicamente indicado para o atendimento ambulatorial. Entretanto, quando analisamos os valores médios recebidos por tipo de prestador, é possível constatar as diferenças entre os mesmos, resultante entre outras coisas do tipo de serviço oferecido e do grau de tecnificação, conforme dados da Tabela 11.

TABELA 11

VALORES MÉDIOS DOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS POR TIPO DE PRESTADOR EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS)

| ANO | REDE BÁSICA | UNIVERSITÁRIO | PRIVADO | FILANTRÓPICO | OUTROS | MÉDIA GERAL |
|----------|-------------|---------------|---------|--------------|--------|-------------|
| 1994 (1) | 1,41 | 3,87 | 5,17 | 6,44 | 1,19 | 3,30 |
| 1995 | 1,52 | 4,04 | 5,51 | 5,46 | 1,18 | 3,26 |
| 1996 | 1,60 | 4,98 | 5,79 | 7,74 | 1,24 | 3,49 |
| 1997 | 1,64 | 4,75 | 6,22 | 9,03 | 1,40 | 3,64 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998. Cálculos do autor.

(1) Dados referentes ao período de jul. a dez. de 1994.

CAPÍTULO V

O SUS EM CAMPINA GRANDE E A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO CONCENTRADOR DE RECURSOS NA REDE HOSPITALAR

Neste capítulo procuraremos demonstrar, através de comparações com outros centros médicos do país, o alto custo das AIHs em Campina Grande, bem como as razões históricas que explicam a predominância de um modelo de assistência médica cuja concentração na rede hospitalar reforça ainda mais o modelo tradicional, representado pelas internações e atendimentos ambulatoriais, realizados predominantemente pelos hospitais.

5.1. Características dos Serviços Prestados pela Rede Hospitalar Conveniada ao SUS em Campina Grande

A rede hospitalar do município de Campina Grande se apresenta com um alto grau de tecnologia, compatível com os grandes centros médicos do país, a exemplo de São Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro, só para citar alguns. Toda a rede conta com serviços de urgência, emergência médica especializada e centros de terapia intensiva.

Nos serviços de urgência, algumas unidades se especializaram no atendimento a orto-trauma, neuro-cirurgia e cirurgia geral, a exemplo do Hospital Antônio Targino, Hospital Pedro I e Hospital da CLIPSI (Clínica Pediátrica e Pronto Socorro Infantil). Alguns oferecendo o que há de mais moderno para o diagnóstico dos politraumatizados, como os serviços de angiografia e tomografia computadorizada. Assim, munida de tais serviços, a cidade se coloca nos parâmetros de modernidade dos serviços de urgência mais avançados do país.

O setor de emergência é um serviço oferecido por todos os hospitais conveniados, alguns colocando à disposição da comunidade, serviços especializados, a exemplo do Hospital João XXIII com seu serviço referencial em urgências cardio-respiratórias e endocrinológicas, bem como o serviço de oftalmologia e

otorrinolaringologia oferecidos pelo Hospital Antônio Targino e Hospital da CLIPSI, só para citar alguns.

Outros hospitais se especializaram no atendimento de emergência às crianças, caso do Hospital da CLIPSI e SAMIC (Serviço de Assistência Materno-Infantil de Campina Grande) que oferecem serviços de pediatria extensivo a todas as especialidades, incluindo: atendimento clínico, terapia intensiva e cirurgias pediátricas de urgência.

A capacidade tecnológica instalada nos hospitais da rede conveniada ao SUS, além do seu pessoal técnico especializado, também se reflete no alto poder de resolubilidade de cada um dos serviços oferecidos. É possível realizar desde uma intervenção cirúrgica das mais simples, a intervenções mais complexas como: cirurgia cardíaca para implante de válvulas ou revascularização de coronarianas,³⁵ cirurgia de cabeça (neuro-cirurgia), todas exigindo um alto grau de especialização de seu quadro de profissionais, bem como o uso de equipamentos de última geração, como os usados em qualquer centro de referência médica nas grandes capitais do país.

Também a nível dos atendimentos ambulatoriais, os hospitais oferecem um grande número de serviços exclusivos, bem como um grande contingente de profissionais no atendimento especializado. Dentre eles o HU (Hospital Universitário) se destaca pela inclusão em seu serviço de todas as clínicas e sub-especialidades oferecendo, inclusive, atendimento psicológico. A grande maioria dos hospitais conveniados contam ainda com recursos terapêuticos que incluem: radiodiagnóstico, laboratório moderno para patologia clínica, gasometria, diagnóstico por imagem (ultra-sonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética), dosagens imunológicas, banco de sangue, colocação de órteses e próteses, entre outros.

Campina Grande se coloca num patamar superior aos das cidades de porte semelhante, a exemplo de Caruaru, no vizinho estado de Pernambuco, e Feira de Santana, na Bahia, cidades que não oferecem serviços mais complexos como o de cirurgia cardíaca e neuro-cirurgia. Os serviços ofertados na área da saúde tornam a cidade de Campina Grande competitiva com capitais nordestinas como João Pessoa e

³⁵ Cirurgias conhecidas como implante de mamária e ponte de safena, utilizadas para aqueles pacientes pós-infartados ou com graves problemas obstrutivos de coronárias.

Natal, o que a faz referencial em toda a região Nordeste pelos serviços médicos oferecidos.

Por outro lado, no entanto, as patologias mais freqüentemente tratadas se assemelham também às dos centros urbanos mais evoluídos, a exemplo das capitais acima citadas, centros urbanos industrializados, onde a falta de infra-estrutura adequada e universal, aliada ao favelamento e à pobreza tornam a periferia desses centros um verdadeiro meio de disseminação de doenças infecciosas e parasitárias, sem falar nas doenças crônico-degenerativas que atingem a população de média idade.

Nesse sentido, a mortalidade por faixa etária e por grupo de patologias em Campina Grande, a exemplo de outros centros de igual ou superior porte, demonstram a grande incidência de *causa mortis* por sintomas e afecções mal definidas,³⁶ bem como das patologias crônico-degenerativas, conforme podemos ver nos dados do Anexo 2.

A mortalidade por faixa etária, a exemplo de outras cidades semelhantes, denuncia ainda um triste quadro: os índices ainda elevados de mortalidade em crianças menores de um ano. Significativo também são os indicadores da mortalidade na população de faixa etária compreendida entre 50 e 80 anos, predominantemente uma faixa de idade propensa às doenças crônico-degenerativas como afecções cardiovasculares, afecções respiratórias, diabetes, neoplasias etc (Anexo 3).

Por outro lado, a média de permanência/dia dos pacientes que procuram a rede hospitalar conveniada do município de Campina Grande apresenta características bem distintas entre os prestadores, no entanto, assemelham-se à média de outros centros médicos, a exemplo de capitais como Natal, João Pessoa e São Paulo, conforme podemos observar nos dados da Tabela 12.

³⁶ Inclui as mortes por violência de todas as espécies, o que coloca tal grupo como campeão de *causa mortis*.

TABELA 12

MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR/DIA
EM CAMPINA GRANDE E OUTROS CENTROS. PERÍODO: 1992-97.

| ANO | C.GRANDE | J.PESSOA | NATAL | S.PAULO |
|------|----------|----------|-------|---------|
| 1992 | 8,2 | - | - | - |
| 1993 | 7,6 | 7,7 | 7,7 | 7,7 |
| 1994 | 7,2 | 7,8 | 7,7 | 7,4 |
| 1995 | 7,5 | 8,1 | 8,3 | 7,7 |
| 1996 | 7,2 | 8,7 | 8,9 | 7,7 |
| 1997 | 7,0 | 9,1 | 9,2 | 7,7 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998 .

(-) Dados não disponíveis

Pelos dados da Tabela 13, constatamos que, dentre os hospitais de Campina Grande, aqueles que concentram um índice maior de permanência hospitalar/dia são os hospitais privado e universitário, por serem os que oferecem maior poder de resolução.

TABELA 13

MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR/DIA POR TIPO DE PRESTADOR
EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1992-97.

| ANO | PRIVADO | MUNICIPAL | FILANTRÓPICO | UNIVERSITÁRIO |
|------|---------|-----------|--------------|---------------|
| 1992 | 8,3 | 4,4 | 5,7 | 5,3 |
| 1993 | 7,9 | 3,1 | 5,1 | 5,2 |
| 1994 | 7,5 | 2,0 | 5,1 | 6,5 |
| 1995 | 7,7 | 2,0 | 4,9 | 8,5 |
| 1996 | 7,4 | 2,0 | 4,5 | 8,6 |
| 1997 | 7,2 | 2,2 | 3,9 | 8,7 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998.

Outra característica por nós observada na rede hospitalar conveniada, além do alto custo e concentração de AIIIs, são as diferentes médias de permanência por paciente leito/dia. Pelos dados da Tabela 13, é possível observar que são os hospitais filantrópicos e municipais que detêm a menor média de permanência por paciente leito/dia, em decorrência, entre outros fatores, da limitação tecnológica e do tipo de procedimentos por eles realizados. No ISEA (Instituto de Saúde Elpídio de Almeida), por exemplo, o atendimento hospitalar se restringe predominantemente à assistência obstétrica e ginecológica.

Os procedimentos ambulatoriais executados pela rede hospitalar de custo médio mais alto, se concentram, como vimos na Tabela 11, na rede privada e universitária. Estes procedimentos, em sua maioria, são de alto custo e complexidade, a exemplo de cirurgias cardiovasculares e neurológicas, conforme os valores constantes do Anexo 4, sem falar na colocação de próteses e outros aparelhos corretivos.

De uma forma geral, as patologias mais complexas em centros urbanos com referencial médico-hospitalar, como é o caso Campina Grande, são aquelas que exigem uma maior atenção e suporte tecnológico (terapia intensiva), além de diagnose³⁷ e um corpo clínico especializado. Em hospitais de pequeno porte, estas patologias, comumente por falta de recursos, podem levar ao insucesso no tratamento. Nos Anexos 1 e 4, algumas dessas patologias podem ser avaliadas quanto aos seus custos para o SUS.

Quando consideramos a cidade como centro de alta resolubilidade, aliados a sua complexidade cosmopolita e urbana, observar-se-á, a exemplo de centros semelhantes, a grande incidência da mortalidade por sintomas e afecções mal definidas que inclui os acidentes de maneira geral e os atos de violência, bem como as doenças crônico-degenerativas, a exemplo das afecções cardio-vasculares e diabetes, entre outras. (Ver Anexo 2)

³⁷ Refere-se aos exames complementares para esclarecimento diagnóstico.

5.2. O Alto Custo das AIHs e o Processo Concentrador do Sistema de Saúde de Campina Grande

A quantidade de AIHs em Campina Grande, como vimos no item 4.3. (Tabela 6), representa cerca de 25% da quantidade total de AIHs do Estado da Paraíba, excetuando-se a capital João Pessoa e os outros 221 municípios.

A rede hospitalar conveniada ao SUS em Campina Grande movimenta uma média de 5376 AIHs/mês, distribuídas entre os 13 hospitais contratados, conforme pode ser visto na Tabela 14, além da tercerização pelas clínicas prestadoras de serviços médicos, vinculada ao SUS. Isso representa uma movimentação de mais de 1,66 milhões de reais ao mês, o que eleva sobremaneira os valores de cada AIH para o SUS.

TABELA 14

DISPONIBILIDADE DE AIHs POR PRESTADOR EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1997.

| HOSPITAL | NÚMERO DE AIHs(1) |
|---------------------------------|-------------------|
| CLIPSI | 1000 |
| H. FAP | 580 |
| H. ANTONIO TARGINO | 1000 |
| H. UNIVERSITÁRIO | 400 |
| H. JOÃO XXIII | 380 |
| H. MARIANA | 75 |
| H. PEDRO I | 560 |
| ICANERF (H. J. RIBEIRO) | 150 |
| INSTITUTO NEURO-PSIQUIATRICO | 80 |
| H. DR. EDGLEY | 480 |
| ISEA | 340 |
| MATER-DEI | 194 |
| SAMIC | 204 |
| TOTAL | 5443 |

FONTE: PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO. SMSCG. 1997.

(1) N°. de AIHs obtidos em Janeiro 97. Estes mesmos valores se mantiveram em níveis bem próximos aos acima citados durante todo o ano de 1997.

NOTA: Dados sujeitos a correção.

Por outro lado, o valor médio das AIHs, em Campina Grande tem se elevado bastante, estando entre os anos de 1996-97, num patamar superior a R\$ 300,00 (trezentos reais), bem acima da média do Estado da Paraíba, da região Nordeste, do Brasil e de outras cidades de igual porte,³⁸ segundo os dados da Tabela 15. Estes elevados valores têm chamado a atenção da Secretaria de Saúde do Estado e Ministério da Saúde que freqüentemente têm enviado auditores técnicos para avaliação dos altos custos e possibilidades de fraudes no sistema local.

TABELA 15

VALORES COMPARATIVOS (VALOR MÉDIO POR AIH)
ENTRE O MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE E OUTROS CENTROS
PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS)

| LOCAL | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
|-------------|--------|--------|--------|--------|
| BRASIL | 230,97 | 246,68 | 257,00 | 263,39 |
| NORDESTE | 193,95 | 200,61 | 208,76 | 213,31 |
| PARAÍBA | 234,47 | 236,76 | 241,31 | 247,63 |
| NATAL | 260,75 | 269,44 | 296,96 | 306,14 |
| JOÃO PESSOA | 284,07 | 282,10 | 291,03 | 301,67 |
| C. GRANDE | 284,78 | 295,72 | 303,25 | 315,04 |
| F. SANTANA | 208,17 | 213,28 | 233,89 | 237,80 |
| CARUARU | - | - | 187,99 | 237,80 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998.

(-) Dados não disponíveis.

Entre os prestadores, a distribuição é feita de forma diversificada, privilegiando a rede privada, que assim concentra uma maior quantidade de recursos provenientes das internações hospitalares e, de acordo com as Tabelas 14 e 16, é nesse tipo de prestador que se concentra a maior parte das AIHs, além do maior número de serviços

³⁸ ROTTA, 1997. op.cit. p.16.

especializados de alta resolubilidade e complexidade. Predominam também o maior número de leitos de terapia intensiva³⁹ e ocorrência de cirurgias de alto custo.

TABELA 16

VALORES REPASSADOS SOBRE AIHs POR TIPO DE PRESTADOR
EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS)

| ANO | PRIVADO | UNIVERSITÁRIO | FILANTRÓPICO | MUNICIPAL | TOTAL |
|---------|---------------|---------------|--------------|------------|---------------|
| 1994(1) | 9.067.826,17 | 945.519,45 | 2.155.291,21 | 199.379,56 | 12.308.016,39 |
| 1995 | 16.219.691,72 | 1.796.945,08 | 3.906.106,14 | 374.199,82 | 22.296.942,76 |
| 1996 | 15.316.603,08 | 2.339.033,78 | 3.697.692,67 | 395.629,00 | 21.748.958,53 |
| 1997 | 14.917.739,36 | 2.057.876,79 | 2.807.454,13 | 544.519,12 | 20.327.589,40 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998.

(1) Dados referentes ao período de jul. a dez. de 1994.

Além dos recursos provenientes das AIHs, a rede hospitalar também concentra o maior número de procedimentos ambulatoriais realizados na cidade, tornando-se absoluta concentradora dos recursos do SUS, conforme dados da Tabela 17.

TABELA 17

VALORES RECEBIDOS POR ATENDIMENTO AMBULATORIAL ENTRE
AS REDES BÁSICA E HOSPITALAR EM CAMPINA GRANDE.
PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS)

| PRESTADOR | 1994(1) | 1995 | 1996 | 1997 |
|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| REDE BÁSICA | 1.236.102,72 | 2.748.418,84 | 3.141.304,26 | 1.947.007,93 |
| HOSPITAIS | 2.230.950,06 | 4.822.338,01 | 5.149.888,04 | 6.440.270,33 |
| TOTAL | 3.467.052,78 | 7.570.756,85 | 8.291.192,30 | 8.387.278,26 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998.

(1) Dados referentes ao período de jul. a dez. de 1994.

³⁹ Os centros de terapia intensiva, criados no Brasil na década de 1950, funcionam nos hospitais como local de intensa vigilância, uma espécie de pronto socorro dentro do próprio hospital. Existem na cidade 160 leitos de UTIs, divididos entre os hospitais conveniados ao SUS. (Ver Anexo 5)

Para maiores esclarecimentos, com relação a criação das UTIs no Brasil, leia-se o editorial da revista da SOCESP (Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo), vol. 8, Nº 3, maio/jun. 1998.

NOTA: Atualmente uma diária de UTI representa R\$ 137,04 até o terceiro dia de internação e R\$ 70,05 após o quarto dia. Estes numerários são acrescidos às AIHs além do valor do procedimento que deu origem ao internamento hospitalar.

Pela análise das tabelas anteriormente citadas é possível destacar a fraca participação da rede básica do município no que se refere a absorção de recursos tanto das internações hospitalares quanto dos atendimentos ambulatoriais. Dessa forma os serviços são repassados à rede conveniada que, apesar de segundo a Lei Orgânica da Saúde, dever entrar no sistema apenas como complemento, torna-se soberana em todos os setores da assistência médica, apropriando-se cada vez mais dos créditos do SUS.

5.3. Razões Históricas dos Desequilíbrios e Formas de Reprodução da Especificidade do Sistema de Saúde de Campina Grande.

A forma como vem se dando, em Campina Grande, a concentração de recursos na rede hospitalar se reporta a décadas anteriores. Nas décadas de 50-70, a cidade cresce e se urbaniza para atender ao contingente populacional que para ela acorria em busca de melhores condições de vida. Naquele momento, a rede básica, somada à rede hospitalar municipal, não conseguia atender a demanda sempre crescente pelos serviços médicos. Some-se a tais fatos, o fechamento do Pronto Socorro Municipal de Campina Grande e do SAMDU (Serviço de Assistência a Medicina Domiciliar de Urgência, criado pelo INAMPS)⁴⁰ ainda na década de 60, que passou a ser substituído pelo PAM (Pronto Atendimento Médico), antigo Barracão.

O PAM se complementava com os atendimentos realizados nas dependências do hospital dos servidores federais - Hospital Alcides Carneiro (atual Hospital Universitário), onde funcionavam os serviços de atendimentos ambulatoriais do antigo INAMPS, extensivo a todas as clínicas. Naquele período, este serviço estava predominantemente voltado para os trabalhadores formais à cargo do MPAS. O atendimento ambulatorial ao restante da população ficava circunscrito ao Centro de Saúde Dr. Francisco Pinto, ao Ambulatório da Faculdade de Medicina de Campina

⁴⁰ O SAMDU representou uma espécie de central de atendimentos no setor de emergência ambulatorial e funcionou ao lado do Pronto Socorro Municipal de Campina Grande, onde hoje funciona a atual Central de Polícia de Campina Grande.

Grande (anexo ao Hospital da FAP), a Liga Campinense de Combate a Tuberculose e aos hospitais filantrópicos.

Ainda na década de 70, pensando em agilizar os atendimentos de emergência, o INAMPS cria o PU (Posto de Urgência), uma espécie de central de atendimentos e de internações cuja função era transferir os pacientes mais graves, inclusive os indigentes ou PPA (Paciente de Pronto Atendimento) à rede hospitalar conveniada. Os proprietários dos hospitais, para receberem maior número de internações, procuravam manter médicos daquele serviço em seu quadro de plantonistas. No período, não existia nenhum hospital da rede pública que atendesse às urgências ou realizasse internações para tratamento clínico e cirúrgico, salvo a Maternidade Elpidio de Almeida (atual ISEA) que atendia aos casos na área de ginecologia e obstetrícia e o Hospital Alcides Carneiro, que passou a atender dentro de sua disponibilidade de leitos indigenciais.

Dessa forma, a necessidade de hospitais que atendessem ao contingente de pacientes procedentes do município e de cidades vizinhas, fez com que a rede hospitalar privada entrasse no sistema como complementar a falta de leitos públicos. Por esse período e início da década de 80, são construídos os principais hospitais da cidade, que se modernizaram para oferecer um atendimento mais competitivo, visto que os casos mais graves naquele período eram transferidos para a cidade do Recife.

Ainda na década de 80, como complemento ao sistema de assistência médica aos segurados, cresce o número de clínicas e laboratórios especializados, em sua maioria credenciados ao INAMPS. Os hospitais passam a investir maciçamente em tecnologia e recursos humanos que atendam à demanda. Tem início nesse período a realização de cirurgias mais complexas, como as neurológicas e cardíacas, além das subespecializações médicas e paramédicas. O contingente de médicos e profissionais da área da saúde procedentes das universidades locais e regionais, com posterior pós-graduação nos centros maiores, retornam e investem maciçamente nas áreas das sub-especialidades.

A competitividade dos hospitais privados, aliada à ausência de uma rede pública que atendesse a demanda por serviços médicos em Campina Grande, fez com que o modelo de assistência médica se concentrasse nos hospitais, historicamente os detentores de uma estrutura tecnológica que exige investimentos de monta, cujos procedimentos se colocam entre os mais onerosos por privilegiarem a doença e não a saúde, em uma lógica

centrada em certos aspectos do indivíduo e não em sua totalidade. Essa mesma lógica é incorporada, de forma natural, ao atendimento ambulatorial individualizado realizado pelos hospitais que privilegia a medicina curativa, relegando a segundo plano a medicina preventiva voltada para a atenção à saúde.

A atenção à doença, realizada pela rede hospitalar, aliada à falta de uma rede básica que atendesse a demanda, fez com que a classe médica empresarial perpassasse para a população a eficácia de um modelo de atenção hegemônico: tratar a doença sem considerar a medicina coletiva. Em artigo recente, uma profissional da área médica de nossa cidade comenta: *“Há um grupo bem maior de pessoas para quem a cura, mesmo de um resfriado, só se torna possível num hospital. É a cultura da internação”*.⁴¹ Dessa forma, o modelo aparentemente coletivo desenvolvido pela rede básica, encontra-se imbuído dos ideais do modelo individual cujo alcance social o torna limitado à medida que não atinge a maioria da população e nem consegue mudar a estrutura do modelo tradicional. No entanto, o modelo centrado na doença, realizado pela rede hospitalar naquele momento deveria apenas complementar a assistência médica à população.

As desproporcionalidades entre o atendimento hospitalar e ambulatorial em Campina Grande são, para nós, provas irrefutáveis da concentração dos recursos pela rede hospitalar, bem como da predominância do modelo curativo, que acumula os valores das internações hospitalares e dos atendimentos ambulatoriais. Observando a forma como essa distribuição é realizada noutras cidades de porte médio ou superior, percebemos que o município de Campina Grande se torna *sui generis*, um desvio dentro da atual conjuntura de mudar a assistência à saúde da população. Pelos dados da Tabela 18 é possível analisar como é feita a distribuição dos créditos do SUS entre a rede hospitalar e ambulatorial em Campina Grande e em alguns centros médicos do país.

⁴¹ GALDINO, Flávia Serra. “Internação e a Cultura da Fraude”. In *Jornal da Paraíba*, Campina Grande, 15 de março de 1998. Caderno 1. p.8.

TABELA 18

PROPORCIONALIDADE NA DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO SUS ENTRE INTERNAÇÕES HOSPITALARES E ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS EM CAMPINA GRANDE E OUTRAS CIDADES BRASILEIRAS. PERÍODO: 1994-97. (EM PORCENTAGEM)

| CIDADE | 1994 | | 1995 | | 1996 | | 1997 | |
|-----------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|
| | AIH | SIA | AIH | SIA | AIH | SIA | AIH | SIA |
| S. PAULO | 42 | 58 | 39 | 61 | 43 | 57 | 40 | 60 |
| J. PESSOA | 38 | 62 | 48 | 52 | 45 | 55 | 39 | 61 |
| NATAL | 44 | 56 | 42 | 58 | 40 | 60 | 38 | 62 |
| CARUARU | 41 | 59 | 43 | 57 | 55 | 45 | 62 | 38 |
| F.SANTANA | 53 | 47 | 52 | 48 | 51 | 49 | 47 | 53 |
| C. GRANDE | 78 | 22 | 74 | 26 | 72 | 28 | 71 | 29 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998.

Através dos dados acima referidos, é possível constatar que em Campina Grande esta divisão vem se dando de uma forma que privilegia as internações hospitalares, colocando-a na contracorrente dos preceitos constitucionais da criação do SUS. Enquanto em outras cidades, como as acima citadas, o processo transformador de um para outro modelo vem se processando de forma mais dinâmica, a nível local estamos muito aquém de atingirmos tal intento. Além do que, os hospitais, através dos seus serviços de emergência, orientam os médicos plantonistas para internação daqueles procedimentos mais rentáveis, que incluem terapia intensiva e/ou outras intervenções tidas como complexas e mais lucrativas.

Aos portadores de doenças crônicas e/ou pacientes terminais, cuja permanência por um tempo maior trará prejuízos ao hospital, a orientação é que procurem os hospitais públicos ou hospitais-escolas. Gastão Wagner Campos estima que:

“Na verdade, apenas 20 a 30% dos casos atendidos nas emergências deveriam, de fato, ser considerado de urgência. O restante é constituído por problemas que exigiriam intervenções de baixa complexidade da área pública, mas que, devido à pleora (sic) e a baixa produtividade da área pública, acabam desaguando nos serviços de pronto-socorro públicos e principalmente privados”.⁴²

⁴² CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec. 1997. p.91.

Dessa maneira, as emergências dos hospitais da cidade funcionam como centros de triagem, um espécie de garimpo daquilo que é mais lucrativo à rede hospitalar, constituindo-se numa verdadeira alquimia para produzir lucros. Some-se à este processo a manipulação diagnóstico-terapêutica de produzir procedimentos incompatíveis com a realidade do doente, bem como o grande número de internações em unidades de terapia intensiva, consequência de diagnósticos manipulados que se materializam numa verdadeira cultura de fraudes. Sobre esse aspecto vejamos o que pensa uma profissional da área:

“O que acontece hoje na maioria dos hospitais? Se a criança chegar com um quadro clínico de gripe, é imediatamente internada com um diagnóstico de pneumonia. Uma crise de amigdalite vira, por exemplo, febre reumática. E assim, na ausência de uma fiscalização mais rigorosa, a troca intencional de procedimentos, acaba sendo a galinha dos ovos de ouro para muitos empresários da saúde.”⁴³

Os dados da Tabela 18 evidenciam ainda a característica predominante dos serviços de assistência médica do município de Campina Grande, com forte teor medicalizante. E como vêm sendo constituídos estes serviços, prestados quase que exclusivamente pela rede hospitalar nos vem colocando cada vez mais distantes do preterido modelo de atenção à saúde, centrado na coletividade.

Quando a comparamos com outras cidades, a desproporção, em Campina Grande, da divisão de recursos do SUS entre as internações hospitalares e os atendimentos ambulatoriais, revelam o quão distante estamos de atingir um padrão ideal de assistência médica assentado na prevenção e promoção da saúde. O Sistema de Saúde da cidade se coloca, nesses termos, como uma anomalia dentro do modelo proposto na Constituição de 1988 e posteriormente regulamentado pelas LOSs. Dessa forma, a resistência à implantação de um novo modelo de assistência à saúde e a forma como o mesmo vem se gestando em nosso município resultam, entre outras coisas, de barreiras ligadas à forma como os serviços privados (eminentemente hospitalares) e públicos (rede básica) foram historicamente sendo constituídos e administrados na cidade.

⁴³ GALDINO. op.cit.

Capítulo VI

SISTEMA AMBULATORIAL: A DUALIDADE DOS MODELOS DE ATENÇÃO À DOENÇA E DE ATENÇÃO À SAÚDE

Neste capítulo procuraremos demonstrar a predominância, também na rede hospitalar, dos atendimentos ambulatoriais, o que se constitui numa porta aberta para a prevalência do modelo de atenção à doença. Os hospitais passam a funcionar como um instrumento transferidor de pacientes de um para outro sistema, ou seja, do sistema ambulatorial para o hospitalar, reforçando assim a não distinção entre os dois modelos de assistência médica e potencializando a concentração de recursos na rede hospitalar.

6.1. O Limitado Fundo Municipal de Saúde e a Timidez do Atendimento da Rede Básica Tradicional: Atrofia do Sistema Ambulatorial de Campina Grande

Em nossa análise, o Fundo Municipal de Saúde (FMS), administrado pela Secretaria Municipal de Saúde, que engloba a rede básica ambulatorial (centros e postos de saúde), o ISEA e mais recentemente o Hospital de Galante, tem se mostrado, até o momento, bastante pequeno na absorção de recursos do SUS para o município. Pouco menos que 9% dos mesmos é que chegam hoje ao FMS já que os hospitais ficam com mais de 91% dos recursos utilizados, conforme dados das Tabelas 19 e 20. A rede básica que deveria ser a maior prestadora dos serviços de atendimento básico fica restrita aos serviços ditos profiláticos, enquanto as consultas médicas simples, consultas com procedimentos e exames de diagnose (patologia clínica, radiodiagnóstico e diagnose em cardiologia), em sua grande maioria, ficam concentradas na rede hospitalar e clínicas privadas, uma terceirização daqueles procedimentos que a rede municipal básica não consegue oferecer aos usuários do SUS.

TABELA 19

VALORES RECEBIDOS PELA REDE BÁSICA E SERVIÇOS CONVENIADOS
NO TOCANTE AOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS E INTERNAÇÕES HOSPITALARES
NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS)

| PERÍODO | ATENDIMENTO AMBULATORIAL | | ATENDIMENTO HOSPITALAR | | TOTAL | |
|---------|--------------------------|-------------------|------------------------|---------------|--------------|---------------|
| | FMS | SERV.CONV. (1) | FMS | SERV.CONV. | FMS | SERV.CONV. |
| 1994(2) | 631.009,71 | 2.836.043,07 | 199.379,56 | 12.108.636,83 | 830.389,27 | 14.944.679,90 |
| 1995 | 1.586.772,87 | 5.983.983,98 | 374.199,82 | 21.922.742,94 | 1.960.972,69 | 28.904.508,49 |
| 1996 | 1.905.448,51 | 6.385.743,79 | 395.629,00 | 21.353.329,53 | 2.301.077,51 | 28.817.568,42 |
| 1997 | 1.947.007,93 | 6.440.270,33 | 544.519,12 | 19.783.070,28 | 2.491.527,05 | 27.333.699,73 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998.

(1) Nos serviços conveniados estão incluídos todos os hospitais, exceto os municipais.

(2) Dados referentes ao período de jul. a dez. de 1994.

FMS - Fundo Municipal de Saúde (receptor dos recursos da rede básica)

Ainda com relação aos dados acima citados, é possível analisar melhor a distribuição do recursos entre os serviços municipais e conveniados, quando os comparamos por meio de seus percentuais, conforme podemos ver na Tabela 20

TABELA 20

VALORES PERCENTUAIS DA DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO SUS ENTRE O
ATENDIMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DAS REDES BÁSICA E CONVENIADA
DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97.

| ANO | AT. AMBULATORIAL | | INT. HOSPITALAR | | TOTAL | |
|------|------------------|------------|-----------------|------------|-------|------------|
| | FMS | S. CONVEN. | FMS | S. CONVEN. | FMS | S. CONVEN. |
| 1994 | 19,1 | 80,9 | 1,7 | 98,3 | 5,6 | 94,4 |
| 1995 | 21,9 | 78,1 | 1,7 | 98,3 | 6,6 | 93,4 |
| 1996 | 23,7 | 76,3 | 1,9 | 98,1 | 7,6 | 92,4 |
| 1997 | 23,6 | 76,4 | 2,8 | 97,3 | 8,5 | 91,5 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998. Cálculos do autor.

Em pesquisa realizada entre 1994-95, Heleno Rotta e Lúcia Queiroz⁴⁴ constataram que a programação físico-orçamentária da SMSCG, que naquele período, previa a utilização de 3,6 milhões de reais, utilizou apenas 1,2 milhões de reais, o que significou uma renúncia de 2,4 milhões de reais de recursos programados. Dessa forma, não sendo utilizado pela rede básica, o montante foi sendo repassado aos demais prestadores de serviços de saúde. Este redirecionamento de recursos, reincidente também nos anos posteriores, explica em parte a desproporção na dotação de recursos entre o Fundo Municipal de Saúde e os demais prestadores.

A rede básica do município de Campina Grande não tem, ao longo destes anos, conseguido atender à demanda, como conseqüência, dentre outros fatores da falta de investimentos no setor, bem como de uma política local cujos incentivos privilegiaram nestas últimas décadas o atendimento na rede hospitalar. Aos pacientes que procuram atendimento no setor de consulta médica é bem mais cômodo ir à rede hospitalar que oferece serviços médicos de forma diuturna e ininterrupta.

Heleno Rotta,⁴⁵ em artigo do dia 1 de março de 1998, demonstrou como vem se dando a distribuição dos recursos do SUS no que se refere aos atendimentos básicos e não básicos em Campina Grande. O esperado crescimento dos recursos destinados aos atendimentos básicos da rede municipal de saúde, analisando-se os anos de 1996-97, não ocorreram como era de se esperar. Houve um declínio de 5,5% nos atendimentos ditos básicos em oposição aos recursos nos atendimentos não básicos que apresentaram um crescimento da ordem de 4,3%, conforme pode ser visto nas Tabelas 21 e 22. Os atendimentos básicos, conforme citamos no item 4.2., representam uma parte dos atendimentos ambulatoriais e englobam as consultas médicas simples, vacinação, curativos, aplicação de injeção, visitas domiciliares, visitas sanitárias, etc.

⁴⁴ ROTTA, José Heleno e QUEIROZ, Lúcia de Fátima N. "Sistema de Saúde de Campina Grande: Desempenho e Perspectivas de Geração de Recursos na Rede Ambulatorial Pública Municipal". In *Cadernos de Economia*. Campina Grande: Mestrado em Economia/UFPB, 1995. p.137.

⁴⁵ ROTTA, José Heleno. "Campina Grande e a Municipalização da Saúde (II)". In *Jornal da Paraíba*. Campina Grande. 1 de março de 1998. Caderno 2. p.7.

TABELA 21

RECURSOS AMBULATORIAIS DO SUS EM CAMPINA GRANDE
REPARTIDOS ENTRE OS ATENDIMENTOS BÁSICO E NÃO BÁSICO.
PERÍODO: 1996-97. (EM REAIS)

| TIPO DE SERVIÇO | 1996 | 1997 | VARIAÇÃO |
|--------------------|--------------|--------------|----------|
| Atend. Básico | 2.650.047,00 | 2.503.429,12 | -5,5% |
| Atend. Não Básico | 5.641.145,30 | 5.883.849,14 | +4,3% |
| Total Ambulatorial | 8.291.192,30 | 8.387.278,26 | +1,25% |

FONTE: ROTTA (1998). In *Jornal da Paraíba*, 1 de março de 1998.

NOTA: Não incluído o repasse dos 25% concedidos em março de 1996.

TABELA 22

RECURSOS AMBULATORIAIS DO SUS NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE
DE CAMPINA GRANDE E SUA REPARTIÇÃO ENTRE OS ATENDIMENTOS
BÁSICO E NÃO BÁSICO. PERÍODO: 1996-97. (EM REAIS)

| TIPO DE SERVIÇO | 1996 | 1997 | VARIAÇÃO |
|-------------------|--------------|--------------|----------|
| Atend. Básico | 1.454.290,38 | 1.431.135,56 | -1,5% |
| Atend. Não Básico | 451.158,13 | 515.872,37 | +14,3% |
| Total Atendimento | 1.905.544,51 | 1.947.007,93 | +2,2% |

FONTE: ROTTA (1998). In *Jornal da Paraíba*, 1 de março de 1998.

NOTA: Não incluído o repasse dos 25% concedidos em março de 1996.

As tabelas acima citadas comprovam a supremacia dos recursos, dentro da rede ambulatorial, dos atendimentos ditos não básicos, majoritariamente prestados pela rede hospitalar, que representou respectivamente 68,05% e 70,1% dos atendimentos ambulatoriais do período citado. Nesse intervalo houve também uma diminuição do número de atendimentos básicos como um todo.

Quando partimos para a rede básica municipal o fato se repete. A rede municipal que tem seus atendimentos assentados nos atendimentos básicos, demonstrou uma queda nestes atendimentos da ordem de 0,99%, havendo uma diminuição de 3.541 atendimentos no período.

Assentado na estratégia do PAB, conforme NOB/96 cujo estímulo se dá a nível local com incentivo aos atendimentos ambulatoriais ditos básicos, prestado preferencialmente na rede básica municipal, o que observamos é que o número de

atendimentos e de créditos alocados pelo FMS ainda são poucos se consideramos os repasses e número total de atendimentos do município.

Como já citamos, Heleno Rotta e Lúcia Queiroz⁴⁶ demonstraram que a rede básica de Campina Grande vinha perdendo recursos no faturamento da rede ambulatorial. Acharmos que isso se deve ainda hoje, à inadequação e rigidez da programação física e orçamentária que concentra recursos em algumas unidades de saúde do município, especialmente os centros de saúde, impedindo que unidades menores como os postos e unidades de saúde do PSF, realizem os procedimentos superestimados no primeiro caso. Assim, alguns procedimentos deixam de ser reclassificados para outras unidades, havendo uma concentração dos mesmos em alguns serviços que, tão logo atinjam níveis de saturação, deixam de oferecê-los.

Até 1997, mesmo com alguns avanços, a situação de desproporcionalidade entre a rede pública municipal e os outros prestadores vem perdurando, o que escasseia ainda mais os créditos do FMS, bem como dificulta o controle social sobre recursos e ações na área da saúde coletiva. Com a implantação da gestão plena total pelo município sobre as internações hospitalares e atendimentos básicos em 1998, o FMS passou a gerir os valores destinados aos atendimentos ambulatoriais efetuados tanto pela rede básica, como hospitalar. Dessa forma a Secretaria Municipal de Saúde deixou de ser apenas mais uma das unidades prestadoras de serviços de saúde para o SUS e passou, a nível local, a deter a gestão do sistema.

6.2. A Predominância da Rede Hospitalar também no Atendimento Ambulatorial: Porta Aberta para um Sistema de Atenção à Doença.

A rede ambulatorial encontra-se dividida entre dois tipos de prestadores de serviços: de um lado a rede básica de saúde, representada pelos centros, postos de saúde, unidades escolares do município, ISEA e Unidade Mista de Galante, de outro pela rede hospitalar conveniada que funciona como complementar, já que a rede pública não

⁴⁶ ROTTA e QUEIROZ, 1995. op.cit. p.137.

consegue atender à demanda. Assim, a rede hospitalar apresenta-se como o maior prestador de serviço, quer a nível de absorção das internações hospitalares, bem como no atendimento ambulatorial, notadamente das consultas médicas (simples e com procedimentos) conforme dados constantes da Tabela 23, historicamente um serviço a ser prestado pela rede básica de saúde.

As consultas médicas representam o momento concreto da passagem do paciente de um para outro sistema, ou seja; do ambulatorial para o hospitalar, já que é através do ato da consulta, salvo aqueles que ingressam pelas urgências (acidentes, traumatismos etc), que na maioria das vezes o indivíduo tem acesso ao tratamento adequado a sua patologia, bem como ao internamento hospitalar. Devido a sua importância é que buscamos analisar a sua distribuição na rede de assistência médica local.

TABELA 23

DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS MÉDICAS⁽¹⁾
ENTRE: REDE BÁSICA, REDE HOSPITALAR E OUTROS PRESTADORES
EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97.

| ANO | REDE BÁSICA | REDE HOSPITALAR | OUTROS⁽²⁾ | TOTAL |
|---------------------|--------------------|------------------------|-----------------------------|--------------|
| 1994 ⁽³⁾ | 114.136 | 269.264 | 5.560 | 388.960 |
| 1995 | 219.173 | 532.293 | 13.958 | 765.424 |
| 1996 | 210.477 | 483.971 | 11.066 | 705.414 |
| 1997 | 209.533 | 439.246 | 7.425 | 656.204 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998.

(1) Inclui consultas simples e consultas com procedimentos.

(2) Inclui os atendimentos realizados nos sindicatos, órgãos estaduais (3ºNRS) e, a partir de 1997, na FNS.

(3) Dados referentes aos meses de jul. a dez. de 1994.

Quando analisamos a distribuição percentual das consultas médicas realizadas no município, durante o período de 1994-97, podemos constatar, pelos dados da Tabela 24, a sua concentração na rede hospitalar que, como frisamos anteriormente, não é a mais indicada para a prestação desse tipo de serviço.

TABELA 24

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS CONSULTAS MÉDICAS⁽¹⁾
ENTRE: REDE BÁSICA, REDE HOSPITALAR E OUTROS PRESTADORES
EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97.

| ANO | REDE BÁSICA | REDE HOSPITALAR | OUTROS | TOTAL |
|---------------------|----------------|--------------------|--------|-------|
| 1994 ⁽²⁾ | 29,3 | 69,2 | 1,5 | 100,0 |
| 1995 | 28,6 | 69,5 | 1,1 | 100,0 |
| 1996 | 29,8 | 68,6 | 0,6 | 100,0 |
| 1997 | 31,9 | 66,9 | 0,2 | 100,0 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998. Cálculos do autor.

(1) Inclui consultas simples e consultas com procedimentos.

(2) Dados referentes ao período de jul. a dez. de 1994.

Os dados acima são referentes ao número de atendimentos por consultas médicas. A distribuição dos recursos, no entanto, é muito diferente da indicada nesses percentuais e, apesar de um ligeiro crescimento dos repasses destinados a rede básica, ainda assim a concentração desses valores com relação ao pagamento das consultas médicas, bem como em relação ao atendimento ambulatorial como um todo - conforme demonstramos no item 4.3. - se dá na rede hospitalar, senão vejamos os dados da Tabela 25.

TABELA 25

VALORES REPASSADOS POR CONSULTAS MÉDICAS⁽¹⁾ (EM REAIS) E SUA DISTRIBUIÇÃO
PERCENTUAL ENTRE: REDE BÁSICA, REDE HOSPITALAR E OUTROS PRESTADORES.
PERÍODO: 1994-97.

| ANO | REDE BÁSICA (RS) | REDE BÁSICA (%) | REDE HOSPITALAR (RS) | REDE HOSP. (%) | OUTROS (RS) | OUTROS (%) | TOTAL (RS) | TOT. (%) |
|-------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------|----------------|---------------|---------------|-------------|
| 1994 (2) | 264.271,56 | 19,7 | 1.062.864,36 | 79,4 | 11.342,40 | 0,9 | 1.338.478,32 | 100,0 |
| 1995 | 529.087,50 | 20,0 | 2.082.925,65 | 78,8 | 28.474,32 | 0,2 | 2.640.487,47 | 100,0 |
| 1996 | 502.320,14 | 19,4 | 2.053.953,85 | 79,6 | 22.576,00 | 0,1 | 2.578.850,59 | 100,0 |
| 1997 | 511.552,37 | 20,4 | 1.974.610,73 | 78,9 | 15.745,95 | 0,7 | 2.501.909,05 | 100,0 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998.

(1) Inclui consultas simples e consultas com procedimentos.

(2) Dados referentes ao período de jul. a dez. de 1994.

Quando transformamos os valores acima em percentuais é possível avaliar a parcialidade entre os vários tipos de prestadores. Assim o comportamento entre a quantidade de serviços executados por cada tipo de prestador, com relação as consultas médicas, não se traduz necessariamente na distribuição dos recursos entre eles. A

magnitude desses valores pode ser analisada através dos seus valores médios, conforme os dados da Tabela 26.

TABELA 26

VALORES MÉDIOS POR CONSULTA MÉDICA⁽¹⁾ ENTRE:
REDE BÁSICA, REDE HOSPITALAR E OUTROS PRESTADORES
EM CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS)

| ANO | REDE BÁSICA | REDE HOSPITALAR | OUTROS | MÉDIA GERAL |
|---------------------|-------------|-----------------|--------|-------------|
| 1994 ⁽²⁾ | 2,31 | 3,93 | 2,04 | 3,44 |
| 1995 | 2,41 | 3,91 | 2,04 | 3,44 |
| 1996 | 2,38 | 4,24 | 2,04 | 3,65 |
| 1997 | 2,44 | 4,49 | 2,12 | 3,81 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998. Cálculos do autor.

(1) Inclui consultas simples e consultas com procedimentos.

(2) Dados referentes aos meses de jul. a dez. de 1994.

Como se pode observar, comparados os dados das Tabelas 25 e 26, a concentração de recursos por consultas médicas nos hospitais é muito mais nítida quando são considerados os valores médios e percentuais envolvidos. Parte dessa diferença se dá como conseqüência das consultas médicas com procedimentos (medicação e/ou observação) e/ou especializada, prestadas majoritariamente pela rede hospitalar, já que a rede básica não oferece este tipo de serviço.

Conforme analisamos no item 4.3., a rede hospitalar em Campina Grande absorveu grande parte dos atendimentos ambulatoriais. No item 5.3. mostramos que isto vem ocorrendo desde a década de 80, período em que a rede básica era insuficiente para atender à procura por tais serviços. Inicialmente os atendimentos eram realizados no PU, serviço oferecido pelo antigo INAMPS, uma espécie de central de internações que consistia num serviço de primeiro atendimento onde, após triagem, os pacientes que necessitassem de tratamento hospitalar eram devidamente encaminhados aos hospitais da rede conveniada.

Nesse período, só os trabalhadores da economia formal e seus dependentes eram atendidos na rede conveniada. Aos indigentes ou PPA, os atendimentos na rede conveniada só eram permitidos se fosse comprovada a eminência do risco de vida. Ao INAMPS cabia o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais a esses pacientes.

Conforme visto no item 5.3., interessava aos hospitais, ter no seu quadro médicos vinculados ao INAMPS e, dentre eles, aqueles plantonistas do PU. Dessa forma ficava assegurada a transferência de doentes para as suas instalações.

Com a extinção dos serviços do PU, em meados da década de 80, os hospitais assumiram a prestação dos serviços ambulatoriais, tendo em vista que, para os atendimentos da rede básica, predominantemente a cargo das Prefeituras e do Estado, não havia transferência de recursos pelo INAMPS. Os investimentos das Prefeituras no setor da saúde eram restritos aos atendimentos ambulatoriais, enquanto os postos estaduais, além de prestarem tais serviços, realizavam as vacinações e outros atendimentos básicos destinados à população. Os postos estaduais de saúde eram, naquele período, melhores equipados e ofereciam salários superiores aos municipais. Assim, o serviço ambulatorial prestado aos segurados da Previdência Social foram naturalmente sendo repassados aos hospitais em virtude dos serviços oferecidos, bem como da ausência de uma legislação que determinasse a transferência de recursos para a prestação de serviços pela rede ambulatorial pública.

Assim concebido, o atendimento ambulatorial foi sendo progressivamente transferido aos hospitais, processo que permitiu a estes a manipulação dos procedimentos mais lucrativos, como já mostramos anteriormente, servindo as emergências de ponto de triagem e seleção dos diagnósticos de maior lucro e menor despesa para a empresa, enquanto os menos lucrativos e que exigiam maior tempo de permanência, eram repassados aos hospitais da rede pública.

Além do funcionamento dos hospitais como centro de triagem, alguns hospitais estimulam financeiramente, ainda hoje, os médicos plantonistas de suas emergências, através do pagamento da produtividade ambulatorial, bem como da produtividade nas internações. Uma prática comum, entre os proprietários dos hospitais naquele período, era o pagamento de comissões para os motoristas de ambulância mediante os “bons pacientes” que eles traziam.

Os atos médicos realizados pela rede hospitalar são de cunho eminentemente curativo. Aos hospitais cabe a intervenção direta, individual e medicamentosa do paciente. Nesse caso, como já citamos, a meta principal em tal modelo de assistência

médica é a doença e o seu portador, o doente, que se transforma num mero número do CID (Classificação Internacional de Doenças) e da tabela de procedimentos do SUS.

A medicina curativa realizada pelos hospitais consta de intervenções imediatas sobre o paciente que incluem: medicamentos, atos cirúrgicos e outros procedimentos cujos efeitos se processam de maneira direta sobre a patologia a ser tratada. O hospital passa a ser assim o recurso final daqueles cujas patologias atingem um limiar de agudização no seu quadro onde a medicina curativa se torna único processo de cura.

Daí, por muitas décadas o modelo se tornou predominante, quer pela sua ação direta como pela rapidez no retorno do trabalhador às suas atividades profissionais. No entanto, ele se torna restrito pela sua própria natureza: a de agir individualmente, de isolar o indivíduo num diagnóstico ou procedimento, tornando-se dispendioso para a sociedade.

É este modelo de assistência médica, centrado na medicina curativa com privilégio do hospital, que vem predominando por todo esse século no Brasil. A medicina curativa passou a ser vista como única saída para a assistência à saúde, refletindo o interesse da classe médica empresarial e da indústria de equipamentos médico-hospitalares. Dessa maneira, com a absorção das consultas médicas e grande parte do atendimento ambulatorial pela rede hospitalar em Campina Grande, o que se observa é a predominância do modelo tradicional, uma porta aberta para a concentração de recursos do SUS, um entrave às mudanças, a não percepção, até mesmo pela maioria dos profissionais da saúde, da não diferenciação entre um e outro modelo de assistência médica.

Sobre o predomínio do modelo de atenção à doença, internalizado pela maioria da classe médica, Gastão Wagner Campos afirma que:

“ No Brasil, é nítida a resistência da categoria médica à adoção de uma reforma sanitária de recorte mais democrático, mas não há como organizar um sistema sem ouvir quem trabalha, quem cotidianamente vem acumulando sabedoria sobre o assunto. Não há reforma sem os médicos, como também não há reforma que se sustente sem a adesão de parcela significativa dos membros desta categoria.

(...) No entanto essa resistência não deve servir de pretexto para o adiamento ad infinitum da implantação dessa proposta...⁴⁷

Sobre as internações hospitalares, uma profissional da área de saúde local comenta:

“Esse procedimento é uma faca de dois gumes, mais precisamente para quem depende do SUS. De um lado, porque, via de regra, só deve ser prescrito quando forem esgotadas todas as possibilidades de tratamento doméstico do problema.

(...) Muitas vezes, a pessoa entra para tratar de uma doença e sai com duas, três. A incidência de infecção hospitalar é muito alta. De outro porque, além de correr esses riscos, o paciente é usado, de forma inescrupulosa, para engordar as contas dos donos de hospitais conveniados. É certo que a tabela de pagamento do sistema está longe de corresponder à realidade, mas não justifica as atitudes fraudulentas”⁴⁸.

Pelas citações acima referidas, é claro e por demais importante que mudanças ocorram na forma como a assistência vem sendo prestada, utilizando os serviços de pronto-atendimento (emergências dos hospitais) e a rede ambulatorial básica (ambulatórios dos centros e demais unidades de saúde) como porta de entrada do sistema hospitalar. A desospitalização é um processo imprescindível para que as mudanças esperadas no SUS ocorram. Nas palavras do ex-ministro da saúde Carlos Albuquerque:

“Com a nova proposta (...) em vez de dar ênfase a doença, passaremos a incentivar a promoção da saúde, desestimulando a hospitalização, pois os municípios serão os maiores interessados em investir nas ações de prevenção e de atenção básica. Dessa forma, conseguirão melhorar a saúde da população.

(...) O sucesso dessa virada radical, no entanto, só será possível se os cidadãos participarem ativamente dos conselhos, cobrando a melhoria

⁴⁷ CAMPOS, 1994. op.cit. p.125.

⁴⁸ GALDINO. op.cit.

*dos serviços, fiscalizando a aplicação dos recursos e evitando que sejam manipulados por interesses políticos”.*⁴⁹

Todavia, é preciso que os profissionais de saúde e a classe política embarquem nessa luta pela democracia na saúde e principalmente para promover a saúde dos seus concidadãos. O uso inescrupuloso dos pacientes pelo sistema hospitalar tem se transformado numa prática eminentemente voltada para os lucros dos empresários hospitalares. Uma contraposição à promoção da qualidade de vida.

6.3. A Funcionalidade da Não Distinção entre o Modelo de Atenção à Doença e o Modelo de Atenção à Saúde

Em nossa análise, a forma como os serviços médicos - principalmente os ambulatoriais - vem sendo prestados em Campina Grande, não permite a percepção pela grande maioria dos profissionais da área da saúde da existência de um modelo dicotômico, onde atenção à saúde e atenção à doença se entrelaçam, estreitam-se, fundem-se, perpassando aos prestadores e usuários a idéia de que a ação medicamentosa é a que mais rapidamente realiza a cura.

Essa não distinção, também à nível de “senso comum”, abriga a dicotomia dos dois modelos fazendo com que o de atenção à doença seja o modelo assistencial ainda predominante.

Algumas ordens de fatores contribuem para esta dualidade entre os modelos de assistência médica, se consideramos o fato de termos uma legislação tida como das mais avançadas em termos de construção social da cidadania na saúde, ao lado de um descumprimento das normas emanadas pela Constituição de 1988.

⁴⁹ ALBUQUERQUE, Carlos César. “Revolução na Saúde”. In *Folha de São Paulo*. São Paulo, 20 de julho de 1997.

De um lado a existência e superioridade de um grupo de forças, o empresariado hospitalar, que não deseja modificações no modelo assistencial, uma vez que, apesar de seus efeitos danosos, este atende seus desejos políticos, ideológicos e de mercado. Some-se a isso a distância ainda existente entre a legislação e a realidade, que exigem a execução de uma reforma completa das práticas e da própria racionalidade de todo o sistema de saúde no município.

Compreendemos também que outro fator que impede as mudanças necessárias no modelo tradicional tem sido a insistência dos profissionais de saúde com as práticas que fundamentavam as antigas organizações, assentadas nas políticas centralistas, que exigem grandes estruturas. Em vez de superestruturas como o modelo hegemônico exige, o modelo de atenção à saúde elege o espaço domicílio-comunidade, valorizando outras dimensões que se perdiam com a centralização quais sejam: os aspectos geográficos e históricos, os aspectos cultural e ambiental e todos os atributos que tornam significativa uma relação social.

Assim constituído, o modelo dicotômico com superioridade da medicina curativa faz com que a rede hospitalar se torne predominante na prestação dos atendimentos ambulatoriais e, de forma absoluta, na captação de recursos do SUS em Campina Grande.

Consoante ao que lemos num documento do Departamento de Assistência e Promoção à Saúde do Ministério da Saúde, concordamos que

*“ (...) a persistência do modelo tradicional de assistência médica, centrado na doença, que vem perdurando por todo esse século tem inclusive influenciado o ensino nas instituições formadoras de mão-de-obra na área da saúde. A ideologia consubstanciada pelos empresários da saúde e pelas indústrias de equipamentos e de produtos farmacêuticos, tem perpassado aos novos profissionais que são lançados ao mercado de trabalho a não percepção e mesmo inexistência de um modelo que vem dando certo, que se contrapõe ao modelo hegemônico. Um modelo libertador, que resgata os valores individuais numa perspectiva de promoção e prevenção da saúde com conseqüente melhoria da qualidade de vida”.*⁵⁰

⁵⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde*. Brasília, 1996. Documento Preliminar. Não Paginado.

A resistência à implantação do novo modelo, ou mesmo a adaptação progressiva do modelo atual para um *intermezzo* tem, em Campina Grande, constituído-se numa luta desigual. De um lado, está a classe política e com ela os empresários e a grande maioria dos médicos e, de outro, uma parcela ainda pequena de profissionais imbuídos de espírito renovador para quem as mudanças ainda estão muito distantes da esperada reviravolta na saúde.

Assim, alimentada pela grande maioria dos profissionais da saúde, a persistência do modelo tradicional de assistência médica e a não percepção e execução de um novo modelo têm se transformado em fortes aliados para que as esperadas mudanças não venham ocorrendo no ritmo que se esperava desde a criação do SUS na Constituição de 1988. Isto se traduz numa não distinção de um para outro modelo, o que potencializa ainda mais a concentração dos recursos na rede hospitalar, fiel servidora do modelo de atenção à doença.

Capítulo VII

A GESTÃO PLENA MUNICIPAL DO SUS E OS NOVOS MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Com a gestão plena sobre os serviços de saúde, consubstanciada pela NOB/96, cuja ênfase é dada ao modelo de atenção à saúde, o município de Campina Grande se habilitou a gerir e gerenciar os recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde. As estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde que reforçam mudanças no modelo tradicional prevêm a implantação pelos municípios brasileiros de programas específicos que contam com incentivos financeiros. Dentre eles se destacam o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). Neste capítulo procuramos analisar de que maneira estes e outros programas vem sendo implantados em Campina Grande e qual o alcance dos mesmos nas áreas de sua abrangência. Buscaremos também avaliar os efeitos da proibição de consultas médicas simples feita pelos hospitais em Campina Grande.

7.1. NOB/96, Gestão Plena Municipal e Ênfase na Atenção Básica à Saúde

A NOB/96, como instrumento de regulação do SUS, torna viável a forma de gestão plena na assistência médica pelos municípios, além de incluir as orientações operacionais que dão prosseguimento às diretrizes da Lei Orgânica da Saúde 8.080 e 8.148 de 1990, bem como fortalece a viabilidade do SUS, ao favorecer as mudanças no modelo de atenção à saúde. A NOB/96, por exemplo, busca

“Aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e na própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

(...) essa atenção compreende três grandes campos, a saber:

a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistema de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e

c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos”.⁵¹

A NOB/96 constitui um instrumento de reforço na implantação do modelo de atenção à saúde instituído pela Constituição de 1988 que criou o SUS. Assim, a gestão plena preconizada pela mesma levará a consolidação dos vínculos entre os diferentes segmentos sociais e o SUS, bem como dará condições para a eficácia e eficiência no gerenciamento local dos serviços de saúde. Dessa forma, o município apropriar-se-á de um conjunto de serviços capazes de desenvolver uma programação de atividades gerenciadas por pessoas conhecidas pela comunidade, cujos resultados serão mais facilmente usufruídos pela população.

O novo modelo resultará, assim, da ampliação do enfoque no modelo atual para um modelo epidemiológico, o qual requer vínculos mais estreitos e abrangentes. O modelo predominante deve assim ser transformado num modelo que privilegie a qualidade de vida da população e do meio ambiente, aumentando os vínculos da equipe com a comunidade, especialmente no seu núcleo primário - a família. Nesse novo modelo “a pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra”.⁵²

Nessa perspectiva de implementação de um novo modelo de assistência médica, Campina Grande e mais 1372 municípios brasileiros, incorporaram-se, após aprovação pela Comissão Intergestora Tripartite, em Brasília, da gestão plena total, desde 27 de

⁵¹ BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica 01/96*. Item 2 e 3. p.6-7.

⁵² BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: Uma estratégia de Organização dos Serviços de Saúde*. Brasília, 1996. op.cit.

janeiro de 1998.⁵³ Dessa forma, o município passou a ser gestor dos recursos repassados ao Fundo Municipal de Saúde, bem como das estratégias a serem desenvolvidas para a consolidação do modelo de assistência médica que privilegia a qualidade de vida da população através de ações voltadas para a atenção básica.

7.2. Da Lógica do Faturamento à Lógica Epidemiológica: Ações de Vigilância, Imunização e Atos Não-Médicos

Assentado na NOB/96, o novo modelo foge daquele modelo clínico centrado na individualidade, cujo alcance se limita apenas ao momento em que o indivíduo está sendo assistido. Essa lógica de atenção ao indivíduo e à doença, transforma o corpo em um objeto divisível, segmentando-o em partes cada vez menores, passíveis de intervenções também progressivamente mais especializadas e minudentes. A conseqüência é o abuso de especialidades, o uso cada vez maior de procedimentos de alta densidade tecnológica e o correspondente encarecimento da função de prover saúde a toda à população. Para Gastão Wagner Campos:

*“As limitações do modelo de pronto-atendimento - centrado na atuação do tipo “queixa-conduta” - não encontra respaldo técnico que o justifique mesmo dentro dos cânones clínicos. Este tipo de atenção resulta de uma corruptela do ideal clínico, objetivando a extensão do atendimento a milhões de pessoas de baixa renda, de forma a, ao mesmo tempo, assegurar altas taxas de rendimento econômico aos empresários de saúde e legitimidade política aos governantes”.*⁵⁴

⁵³ ROTTA, José Heleno. “Campina Grande e a Municipalização da Saúde (I): A Estratégia Geral para a Municipalização da Saúde”. In *Jornal da Paraíba*. Campina Grande, 28 de fevereiro de 1998. Caderno 3.

⁵⁴ CAMPOS, 1994. op.cit. p.83.

Com relação à predominância do modelo hegemônico, Gastão Wagner Campos afirma: *“Há até explicações históricas para esse fenômeno: todas ligadas ao fato de as práticas médico-hospitalares haverem se desenvolvido enquanto atividades estreitamente ligadas ao mercado”*.⁵⁵

O modelo centrado na doença deixa transparecer que, apesar de sua eficiência e necessidade em alguns aspectos relativos à área curativa individual, existem limites estruturais e sociais na sua forma de intervir. É um modelo que incorpora tecnologias cada vez mais caras, cujos impactos são mínimos em termos de ações e de melhoria da qualidade de vida. Isso leva a indicadores que a mídia usualmente nos mostra através de sua face mais dolorosa, a dos atendimentos desumanizados e impessoais. Dessa forma

“ O enfoque epidemiológico atende ao compromisso da integralidade da atenção à saúde, ao incorporar, como objeto das suas ações, a pessoa, o meio ambiente e os compromissos interpessoais. Nessa circunstância, o método para conhecimento da realidade complexa e para a realização da intervenção necessária fundamenta-se mais na síntese do que nas análises, agregando, mais do que isolando, diferentes fatores e variáveis.

(...) além da ampliação do objeto e da mudança no método, o modelo adota novas tecnologias, em que os processos de educação e de comunicação social constituem parte essencial em qualquer nível ou ação, na medida em que permitem a compreensão globalizadora a ser perseguida, e fundamentam a negociação necessária à mudança e à associação de interesses conscientes.

(...) esse novo modelo deve perseguir a construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do individual. Dessa forma, é incentivada a associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Isso exige, seguramente, de um lado, a transformação na relação entre usuário e os agentes do sistema de saúde (estabelecendo o vínculo entre aquele que presta e aquele que recebe o serviço) e, de outro lado, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação da saúde”.⁵⁶

Acreditamos que a consolidação de um novo modelo assentado na lógica epidemiológica não exige necessariamente a presença do médico. Muitos dos procedimentos efetuados pelas equipes, cujo alcance coletivo tem maior impacto, exigem pouca ou quase nenhuma tecnologia, constituindo-se em atos simples, realizados em sua

⁵⁵ CAMPOS, 1997. op.cit. p.87.

⁵⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica 01/96*. op.cit. Item 9. p.14-16.

maioria pelo pessoal paramédico: enfermeiras, auxiliares e agentes comunitários de saúde (ACS).

Estes atos, conhecidos como AVEIANM (Ações de Vigilância, Imunização e Atos Não-Médicos), são ações realizáveis em sua maioria nas unidades básicas de saúde, bem como a nível domiciliar e se constituem em procedimentos que incluem desde vacinações, visitas domiciliares, visitas de inspeção sanitária, combate a vetores e hospedeiros, aplicação de injeções, curativos, até a palestras e reuniões com grupos específicos (aidéticos, idosos, gestantes, diabéticos e hipertensos, entre outros).

A possibilidade de ampla cobertura vacinal e visitas domiciliares vem se dando através do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). O programa possibilitou principalmente, desde sua implantação no município, a obtenção de índices de vacinação que ultrapassaram, nas suas áreas de atuação os 80% preconizados pelo Ministério da Saúde. Além do que, os ACS tem se constituído no vínculo entre os serviços de saúde e a população.

As AVEIANMs constituíram no ano de 1997 um percentual de cerca de 52,2% do total de procedimentos da rede básica municipal e movimentaram cerca de 42% do total de recursos repassados para os atendimentos ambulatoriais da rede básica de saúde do município, conforme os dados das Tabelas 27 e 28.

TABELA 27

TOTAL DE AVEIANMs REDE BÁSICA E MUNICÍPIO, TOTAL DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS DA REDE BÁSICA E PERCENTUAL DE AVEIANMs SOBRE ATENDIMENTO TOTAL DA REDE BÁSICA MUNICIPAL EM CAMPINA GRANDE.

PERÍODO: 1994-97.

| ANO | AVEIANM REDE BÁSICA MUNICIPAL | TOTAL DE AVEIANMs NO MUNICÍPIO (1) | TOTAL AT. AMBULAT. R. BÁSICA | PERCENTUAL AVEIANM/ TOTAL ATENDIMENTO DA R. BÁSICA MUNIC. |
|---------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| 1994(2) | 194.757 | 246.805 | 420.512 | 46,3% |
| 1995 | 523.630 | 645.141 | 1.040.928 | 50,3% |
| 1996 | 646.848 | 738.551 | 1.188.350 | 54,6% |
| 1997 | 616.836 | 681.937 | 1.180.471 | 52,2% |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. AGO./1998.

(1) Inclui todos os prestadores de AVEIANMs: estaduais, municipais e universitários.

(2) Dados referentes ao período de jul. a dez. de 1994.

Os dados percentuais da Tabela 27 demonstram um sensível aumento das AVEIANMs no período compreendido entre 1994 a 1996, seguido de um declínio, justamente num ano considerado como o “ano da saúde” pelo Ministério da Saúde, o que demonstra claramente mais uma vez que, nesse aspecto, Campina Grande está na contracorrente da implementação do modelo de atenção à saúde, cuja concentração na atenção básica é primordial para atingir-se tal meta.

As AVEIANMs, que englobam os procedimentos realizados pelo pessoal não-médico, aqueles procedimentos de menor custo e de maior alcance comunitário, por serem realizados principalmente pelos agentes comunitários de saúde e pelo pessoal de enfermagem, pessoas freqüentemente mais próximas da clientela, são imprescindíveis para que o modelo proposto se implante totalmente. No entanto, pelos dados da tabela 27, quando comparamos as AVEIANMs em sua totalidade ao número de procedimentos totais realizados no município (Ver item 4.3., Tabela 7, p.50), elas se apresentam como uma participação bastante pequena, em 1997, algo em torno de apenas 29,6%. Isto nos dá subsídios para afirmarmos ainda mais que, em Campina Grande, estamos distantes de atingirmos os objetivos estipulados pela NOB/96 do SUS.

Não só em número de procedimentos mas também em termos de recursos repassados para os atendimentos básicos, no que diz respeito às AVEIANMs, em Campina Grande no ano de 1997, podemos dizer que houve uma diminuição em seus valores, conseqüência da diminuição nos atendimentos realizados nesse setor, conforme descritos na Tabela 28.

TABELA 28

TOTAL DE RECURSOS REPASSADOS POR AVEIANMs
NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97. (EM REAIS)

| | 1994(1) | 1995 | 1996 | 1997 |
|---------|------------|------------|------------|------------|
| AVEIANM | 226.029,54 | 635.766,72 | 865.872,14 | 824.254,64 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998.

(1) Dados referentes ao período de jul. a dez. de 1994.

7.3. A Riqueza da Experiência Acumulada pelo PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde)

Acreditamos que o PACS vem se constituindo em importante estratégia para a implantação do novo modelo de atenção à saúde. Criado em 1991, absorveu as experiências isoladas de alguns municípios nordestinos, notadamente dos estados do Ceará e Pernambuco, cuja finalidade primordial era o atendimento à gestante e à criança de até um ano de idade, centrando-se no combate à desnutrição infantil e às doenças diarreicas, como também na assistência pré-natal.

Com o surto de cólera no Norte do país, o programa passa a ser implantado naquela região como estratégia de combate ao vetor, bem como na educação sanitária das populações acometidas pelo surto colérico, razão pela qual o programa passou a ser associado com a cólera.

Na Paraíba, até 1997, 203 dos 223 municípios contavam com o PACS, perfazendo um total de 2.750 agentes. O PACS foi implantado no município de Campina Grande a partir de julho de 1995 atuando em 19 dos 48 bairros e contando com 107 agentes, 15 dos quais atuando junto ao PSF⁵⁷.

O PACS atua principalmente naqueles bairros da periferia onde a infra-estrutura é precária e onde são altos os índices de pobreza, de doenças infecto-parasitárias e de mortalidade infantil. Considerando-se a existência de 85 mil famílias⁵⁸ no município e considerando a relação de um agente comunitário de saúde para cada grupo de 150 famílias na região urbana, como é preconizado pelo Ministério da Saúde,⁵⁹ o município de Campina Grande necessitaria de pelo menos 566 deles.⁶⁰

A principal função dos ACS é trabalhar junto à comunidade onde residem, levantando informações quanto às condições sanitárias, destino do lixo, casos de doenças

⁵⁷ Até 1997 o número de ACS para cada equipe do PSF era de três. Com a portaria N° 1.886, do Ministério da Saúde, este número reduziu-se para 2 ACS em cada equipe.

⁵⁸ Dados do IBGE. 1997.

⁵⁹ DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. 22 de dezembro de 1997. p.12. Item.8.2.

⁶⁰ Dados calculados se considerarmos o número de famílias em Campina Grande, que até 1997 era de cerca de 85 mil famílias.

notificáveis, detectar crianças desnutridas etc. De posse dos dados recolhidos, é possível planejar, acompanhar e avaliar os programas implantados ou a implantar, bem como traçar o perfil epidemiológico, as deficiências e vulnerabilidades das comunidades assistidas.

Através dos levantamentos realizados pelos ACS é possível então desenvolver ações específicas, como também definir o tipo de intervenção e as interrelações dos programas com a comunidade e centros de referências.

No Estado da Paraíba, as visitas realizadas pelos ACS ultrapassaram, em 1997, a casa dos quatro milhões, segundo os dados apresentados pela Tabela 29. Em Campina Grande, as atividades realizadas pelos ACS, em sua maioria visitas domiciliares, representaram entre ao anos de 1996 e 1997 mais de 160 mil/ano.

TABELA 29

ATIVIDADES EXERCIDAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE NA PARAÍBA E MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE.
PERÍODO: 1994-97.

| ANO | ATIVIDADES ACS PARAÍBA | ATIVIDADES ACS CAMPINA GRANDE |
|-------|---------------------------|----------------------------------|
| 1994 | 1.019.907 | - |
| 1995 | 2.431.887 | 10.187 |
| 1996 | 4.106.349 | 166.919 |
| 1997 | 4.036.635 | 163.542 |
| TOTAL | 11.544.778 | 340.648 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. MAR./1998.

(-) Dados não disponíveis.

O PACS, em Campina Grande, teve início em 1995.

Cada ACS em Campina Grande realizou, em 1997, uma média de 127 visitas/mês. No caso de detecção de doenças, as mesmas são notificadas para posterior intervenção da unidade de saúde local ou em casos mais urgentes, encaminhados para os centros e hospitais de referência.

Nas áreas onde os ACS atuam, é possível observar que após a implantação do programa, houve uma sensível diminuição da mortalidade infantil, bem como dos casos

de desnutrição e de doenças diarreicas. Para a maioria dos casos de desnutrição infantil, a distribuição da multimistura⁶¹ parece ter auxiliado eficazmente na reversão do quadro.

Através dos dados da Tabela 30, observamos que, no município de Campina Grande, houve uma nítida diminuição dos índices de óbitos em crianças menores de um ano de idade por doenças infecto-parasitárias e doenças respiratórias.

TABELA 30

MORTALIDADE EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE EM CAMPINA GRANDE.
PERÍODO: 1990-97.

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 (1) |
|--|------|------|------|------|------|------|------|-------------|
| TOTAL DE ÓBITOS | 497 | 481 | 231 | 440 | 320 | 330 | 296 | 108 |
| ÓBITOS POR IRA | 49 | 39 | 27 | 38 | 18 | 13 | 13 | 4 |
| ÓBITOS P/DOENÇAS INFECTO-PARASITÁRIAS | 90 | 97 | 40 | 101 | 54 | 37 | 41 | 13 |
| OUTRAS CAUSAS | 358 | 345 | 164 | 301 | 248 | 280 | 242 | 91 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET/SMSCG. JUL./1997.

(1) Dados obtidos junto a SMSCG de Campina Grande. Disponíveis para os meses de jan. a jul. de 1997. Sujeitos a correção.

Pela NOB/96, o estímulo dado aos municípios que adotaram o PACS se traduzem em um acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município. De 2% para cada 5% da população coberta entre 60-90% e de 3% para cada 5% da população coberta entre 90-100% do total.⁶² Em Campina Grande, a cobertura populacional assistida pelo PACS representa hoje pouco menos de 20% do total de famílias do município.

Sobre esse aspecto, na Tabela 29, constatamos que as atividades dos ACS em Campina Grande tiveram um considerável aumento desde sua implantação em 1994, para sofrer um declínio no ano de 1997. Os dados demonstram-nos a falta de maiores estímulos a nível local ao programa do PACS, se considerarmos que os incentivos, inclusive monetários, indicam a prioridade do SUS aos mesmos. Dessa forma, enquanto

⁶¹ No Brasil, a multimistura inicialmente era fornecida pela Pastoral da Criança. Em sua composição entram: farelo de trigo, aveia, amendoim, rapadura e folhas verdes de leguminosas secas e trituradas.

⁶² BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica 01/96*. op.cit. p.21.

em sua estratégia geral o SUS avança democraticamente num exemplo de modelo ideal de assistência médica à população, em Campina Grande esse processo retrocede na medida em que não há maiores estímulos aos programas incentivados, bem como cobertura a parcelas cada vez maiores da população.

Além disso, considerando a relação entre número de visitas/população, Campina Grande está, em média, muito mais atrasada que a Paraíba como um todo, pois realizou cerca de 0,5 visita habitante/ano, quando a média estadual foi, em 1997, de 1,1 habitante/ano.

7.4. Programa de Saúde da Família (PSF): Caminho Incentivado de Transformação do Modelo Assistencial Tradicional

O incentivo para implantação do PSF encontra-se explícito no item 12.1.2. da NOB/96, ao estabelecer que

“ O acréscimo percentual ao montante do PAB será feito de acordo com os critérios a seguir relacionados, sempre que estiverem atuando integralmente à rede municipal, equipes do PSF, PACS ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo órgão do MS (SAS/MS). Dessa forma será repassado:

- acréscimo de 3% sobre o valor total do PAB para cada 5% da população coberta pelo PSF, até atingir 60% da população total do município;

- acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população assistida; e

*- acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população do município”.*⁶³

Em portaria ministerial datada de 18 de dezembro de 1997, o Ministério da Saúde reconhece o PSF e o PACS *“como importantes estratégias para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação*

⁶³ BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica 01/96*. op.cit. Item 12.1.2. p.20-1.

da assistência ambulatorial e domiciliar”,⁶⁴ sendo uma alternativa de atingir as mudanças esperadas na forma de assistência médica à população, bem como um caminho para transpor as deficiências do antigo modelo.

Dessa forma o PSF se contrapõe ao modelo de assistência predominante por estruturar-se em novas bases e critérios: a “família” passa a ser o objeto de atuação, sendo entendida a partir do local onde habita, ou seja do espaço-domicílio, trazendo assim a dimensão mais presente do contexto social e histórico. A ação sobre esse espaço é um desafio pois abandona a área delimitada pelos muros dos serviços de saúde, principalmente dos hospitais, e enraíza-se na vida social a partir do espaço-domicílio.

As diferenças entre o modelo preconizado pelo PSF e o modelo atual são marcantes. As mudanças de um para outro significam transformações na prática sanitária, o que revela o caráter de construção que deve estar presente nesta transição, conforme podem ser vistas no Quadro 1.

Acreditamos que as unidades de saúde do PSF devem ser a porta de entrada do sistema local de saúde. A mudança do modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção e, nesse sentido, o PSF é um componente importante de uma política de complementariedade, não devendo se isolar do sistema de saúde local. As unidades do PSF são assim estruturadas a partir das necessidades identificadas no planejamento local, de maneira que a unidade se torne o núcleo de suporte do trabalho das equipes, além de responder pela necessidade específica de serviços, própria do sistema local de saúde, devendo estar integrada ao mesmo.

⁶⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial N°. 1.886, que aprovou as normas e diretrizes do PACS e do PSF.

QUADRO 1**RELAÇÃO ENTRE O MODELO DE ATENÇÃO À DOENÇA E O PSF**

| MODELO DE ATENÇÃO À DOENÇA | PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA |
|---|--|
| Centra a atenção na doença | Centra a atenção na saúde |
| Atua exclusivamente sobre a demanda espontânea | Responde à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada |
| Ênfase na medicina curativa | Ênfase na integralidade da assistência |
| Trata o indivíduo como objeto de ação | Trata o indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio, à comunidade |
| Baixa capacidade de resolver os problemas de saúde | Otimização da capacidade de resolver os problemas de saúde |
| Saber e poder centrado no MÉDICO | Saber e poder centrado na EQUIPE |
| Geralmente limitada à ação setorial | Promove-se a ação intersetorial |
| Desvinculação dos profissionais e serviços com a comunidade | Vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade |
| Relação custo-benefício desvantajosa | Relação custo-benefício otimizada |

FONTE: Ministério da Saúde. *Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde*. Brasília, 1996.

Desde a implantação do PSF em Campina Grande, em julho de 1994, até os nossos dias, as mudanças nas comunidades onde o mesmo atua foram significativas em termos de melhoria da qualidade de vida da população, sendo essa uma das metas do SUS em seu modelo de atenção à saúde.

Em Campina Grande, além dos profissionais que fazem parte das equipes do PSF, segundo a composição proposta pelo Ministério da Saúde (um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem), as equipes contam ainda com um assistente social e em algumas delas também com um odontólogo, sem falar nos ACS, em geral, em número de dois para cada equipe.

O PSF iniciou-se pelos bairros do Pedregal e Mutirão do Serrotão, predominantemente regiões de alto índice de desnutrição e de mortalidade infantil e, a partir de janeiro de 1995, foi implantado no bairro do Tambor. As equipes atendem em média a 730 famílias, divididas em cinco equipes, quais sejam: três no Pedregal (subdivididas em verde, azul e amarela); uma no Mutirão do Serrotão e outra no Tambor. As equipes se reúnem a cada quinze dias para avaliação e elaboração de estratégias.

No período de implantação do PSF estavam previstas 15 equipes, tendo sido implantadas apenas cinco. Até o momento, esse número vem se mantendo e, mesmo diante dos resultados positivos obtidos desde a sua implantação, o que prova ser esta uma boa alternativa para superar o modelo de atenção hegemônico, ainda assim ele não vem tendo, a nível local, qualquer estímulo ao seu crescimento, o que mostra resistência dos dirigentes locais para dar continuidade às mudanças na prática assistencial dominante dos serviços de saúde.

Para uma população estimada em 344.850 até 1997, é possível avaliarmos pelos dados da Tabela 31 que o PSF cobre apenas 5,0% do total de habitantes do município, o que ainda é pouco dada a sua magnitude e eficácia. O ideal seria que ele se estendesse às áreas mais carentes, perfazendo uma cobertura de no mínimo 60% da população, o que equivaleria a 60 equipes, se consideramos que o município tem aproximadamente 85 mil famílias e que cada equipe atenderia uma média de 750 famílias, conforme norma do Ministério da Saúde.

TABELA 31

POPULAÇÃO DAS COMUNIDADES
ASSISTIDAS PELO PSF EM CAMPINA GRANDE

| LOCALIDADE | FAMILIAS CADASTRADAS | POPULAÇÃO |
|------------------------|-------------------------|-----------|
| MUTIRÃO DO SERROTÃO | 640 | 3.200 |
| TAMBOR | 760 | 3.392 |
| PEDREGAL | 2.246 | 11.230 |
| TOTAL | 3.646 | 17.822 |

FONTE: DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA/SMSCG. JUL./1997.

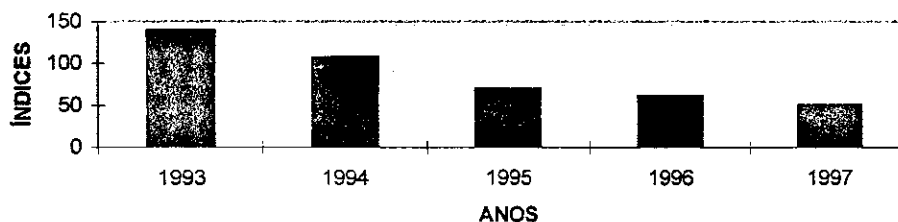
Ao longo de sua implantação, o PSF conseguiu alterar significativamente as estatísticas dos bairros por ele assistido no que diz respeito, principalmente, a redução da mortalidade infantil. No Pedregal, o índice de mortalidade infantil⁶⁵ diminuiu 16,9%

⁶⁵ O índice de mortalidade infantil é um indicativo da condição de vida das crianças de um determinado local. O mesmo é calculado pela relação entre o número de óbitos em crianças menores de 1 ano de idade para cada 1000 nascidas vivas. A Organização Mundial da Saúde preconiza como aceitável índices em torno de 10 para os países do primeiro mundo e 20 para os do terceiro mundo.

nestes últimos três anos; no Tambor que detinha índices em torno de 100 para cada 1000 nascidos vivos, houve uma redução da mortalidade infantil para algo em torno de 40.⁶⁶ O Gráfico 1⁶⁷ mostra como vem ocorrendo a diminuição da mortalidade infantil no Mutirão do Serrotão desde a implantação do PSF. Em 1993, existia um índice de 139, que caminhou de forma decrescente a índices em torno de 107 em 1994, 69 em 1995, 61 em 1996 e 51 em 1997.

GRÁFICO 1

MORTALIDADE INFANTIL NO MUTIRÃO DO SERROTÃO



FONTE: UBSF-MUTIRÃO e SMSCG. In *Informativo SMCG*. 1998. p.4.

Acreditamos que a diminuição de tais índices se deve principalmente à ação interdisciplinar das equipes do PSF no enfrentamento dos determinantes do processo de saúde-doença, havendo integralidade da atenção em parceria com a comunidade cuja ênfase se volta à prevenção e promoção da saúde, sem contudo descuidar do atendimento curativo.

⁶⁶ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE. *Boletim do PSF*. Campina Grande. Nº 1. Jan. 1997.

⁶⁷ MEDEIROS, Conceição. "PSF-Programa de Saúde da Família". In *Informativo SMCG*. Campina Grande: Sociedade Médica de Campina Grande. 1998. p.4.

O processo de educação e informação contínuo, atendendo às necessidades que o dinamismo dos problemas traz à equipe, é um mecanismo importante para o desenvolvimento da própria concepção de trabalho conjunto.

As ações contínuas do PSF nas regiões de sua jurisdição através do processo de educação sanitária coletiva, que inclui ações específicas aos grupos de risco como gestantes, crianças menores de um ano, diabéticos, hipertensos, adolescentes, casos de diarreia, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e desnutrição infantil, têm ao longo de sua implantação diminuído o número de indivíduos que buscam tratamento nos hospitais próximos à sua jurisdição.⁶⁸ Muitos destes indivíduos buscam a assistência hospitalar em consequência da ausência de orientação correta e falta de medicação básica às suas patologias.

As consultas médicas realizadas nas áreas do PSF somaram entre 1994 e 1997, um percentual de 2,5% do total de atendimentos da rede básica e 2,2% do total de atendimentos da mesma rede em 1997, conforme dados constantes na Tabela 32. Considerando porém que o programa cobre 5,0% da população, verificamos que a atuação nessas áreas é maior que o dobro das demais.

TABELA 32

NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS DO PSF, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIROS DO PSF, TOTAL DE ATENDIMENTOS DA REDE BÁSICA E PRODUÇÃO AMBULATORIAL TOTAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE. PERÍODO: 1994-97.

| ANO | CONS. MÉDICA | ATIV. EXERCIDA | ATENDIMENTOS | PRODUÇÃO |
|---------|--------------|----------------|------------------------|---------------------------------|
| | PSF(1) | POR ENFER. PSF | REDE BÁSICA (TOTAL) | AMBULATORIAL TOTAL MUNICÍPIO |
| 1994(2) | 13.396 | 4.238 | 420.512 | 1.049.429 |
| 1995 | 32.575 | 18.861 | 1.040.928 | 2.317.649 |
| 1996 | 25.111 | 27.566 | 1.188.350 | 2.370.953 |
| 1997 | 26.993 | 22.332 | 1.180.471 | 2.299.145 |
| TOTAL | 98.075 | 72.997 | 3.830.261 | 8.037.176 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998.

(1) Os dados incluem as consultas domiciliares realizadas pelas equipes do PSF.

(2) O PSF em Campina Grande teve início em julho de 94, com apenas 4 equipes (três no Pedregal e uma no Mutirão do Serrotão). A equipe do Tambor iniciou suas atividades em janeiro de 1995.

⁶⁸ Informações obtidas em entrevistas junto aos médicos plantonistas dos hospitais: Mater-Dei, FAP e HAT, estabelecimentos hospitalares que se encontram mais próximos aos bairros onde os programas estão sendo executados.

Os dados da tabela acima demonstram um declínio quantitativo nas atividades de consultas médicas realizadas pelo PSF entre 1995-96 para, em 1997, voltar a crescer. O aumento observado em 1997, mesmo não tão significativo, visto ser este um programa estratégico para consolidação e implementação do modelo de atenção à saúde, se torna expressivo se consideramos o número de profissionais médicos envolvidos no atendimento do PSF e o total da rede básica municipal.

Ainda na mesma tabela é possível observarmos que as atividades exercidas pela enfermagem do PSF, predominantemente atividades ligadas aos atendimentos básicos, cujos laços estreitam mais ainda a relação saúde-comunidade-família, sofreram considerável redução, algo em torno de 18,9%, o que representa a diminuição absoluta de 5.234 atendimentos no setor.

O número de consultas realizadas pelo PSF pode não parecer tão expressivo se o relacionamos à produção ambulatorial total do município, conforme visto acima, no entanto, quando o comparamos ao número de consultas realizadas pela rede básica em igual período, os dados assumem valores relevantes, conforme podem ser vistos na Tabela 33

TABELA 33

PERCENTUAL DO NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS ENTRE
O PSF E A REDE BÁSICA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE.
PERÍODO: 1994-97.

| ANO | CONS. MÉDICA PSF | TOTAL CONS. MÉDICA REDE BÁSICA |
|---------|------------------|--------------------------------|
| 1994(1) | 11,3% | 100,0% |
| 1995 | 14,1% | 100,0% |
| 1996 | 11,4% | 100,0% |
| 1997 | 12,5% | 100,0% |

FONTES: MS/DATASUS/INTERNET. JUL./1998. Cálculos do autor.

(1) Valores referentes ao período de jul. a dez. de 1994.

Os dados evidenciam que, com apenas 2,3%⁶⁹ dos profissionais médicos da rede básica, o PSF realizou em 1997, uma média de 12,5% das consultas médicas da referida rede, o que demonstra que a população assistida pelo PSF teve um maior acesso a consulta médica em relação ao restante da população como um todo. Isto representou, no ano de 1997, cerca de 1,5 consulta/habitante enquanto o restante da população através da rede básica teve acesso apenas a 0,93 consulta/habitante.

Os recursos repassados pelo SUS por serviços prestados às Unidades Básicas de Saúde do PSF (UBSF), segundo a Secretaria Municipal de Saúde, não cobrem as despesas com as equipes. No entanto, não se pode medir sua eficácia por critérios quantitativos nem pelo autofinanciamento, mas pela melhoria da qualidade de vida da população assistida, ou seja, por critérios epidemiológicos. Se fosse levada em conta a diminuição dos gastos financeiros decorrentes da queda acentuada de internações hospitalares das populações assistidas pelo PSF, a eficácia do programa seria muito melhor demonstrada. Pela mesma razão, é incomensurável a quantidade de sofrimento humano poupado a estas populações cobertas pelo programa.

⁶⁹ O total de médicos vinculados à rede municipal de saúde (incluindo as unidades hospitalares), segundo o Plano Municipal de Saúde aprovado em 1997, é de 261. Entretanto, o número dos que trabalhavam nos postos e centros de saúde da rede básica, até aquele ano, era de 218.

7.5. Os Efeitos da Proibição das Consultas Médicas em Ambiente Hospitalar

A portaria Nº. 566/97, de 18 agosto de 1997, da Secretaria de Saúde do Estado, em seu artigo 4º, determinou a proibição de consultas simples pela rede hospitalar, transferido-as às unidades básicas de saúde. Ficaram sob a responsabilidade da rede hospitalar as consultas médicas de caráter emergencial ou aquelas com procedimentos que incluem medicação (cod.0418) e observação médica (cod.0426). (Ver Anexo 6)

Com a proibição das consultas médicas simples, que constituem, como já vimos, uma parcela importante dos procedimentos da rede ambulatorial da cidade, já que ela representa o momento da passagem de um para outro sistema, a Secretaria Estadual da Saúde, coerente com a estratégia nacional de reforçar a rede básica, tenta transferir para a mesma os referidos atendimentos.

Em Campina Grande, no entanto, infelizmente, a rede básica não oferece serviços de forma contínua, com médicos e outros profissionais da saúde em caráter de plantão 24 horas ao dia. Os serviços são melhor ofertados a nível dos hospitais e de alguns centros de saúde mais bem equipados, resultando nas intermináveis filas por atendimento médico. Boa parte desta desumanização no atendimento resulta da ausência de uma central de consultas, com cruzamento de informações para detecção das reais necessidades de alguns distritos e posterior remanejamento de profissionais àquelas áreas mais necessitadas.

Concordamos com Gastão Wagner Campos quando afirma que existe também por parte dos médicos uma resistência às novas diretrizes organizadas pelo SUS que se manifestam de duas formas:

“Uma primeira que é a expressão do que poderíamos denominar de posturas profissionais neoliberais, conservadas mesmo em situações nas quais o processo de trabalho se estrutura a partir das lógicas distintas, como acontece na área pública, na qual os médicos teriam de se submeter a algum grau de assalariamento, controle, avaliação e trabalho em equipe. A outra forma de oposição é contra o objetivo estratégico da integração sanitária. A cultura clínica predominante nas instituições médicas é resistente a qualquer reformulação da prática profissional que objetive incorporar dimensões psicológicas, sociais e da saúde pública ao cotidiano dos serviços.”

*(...) o envolvimento de dois terços dos médicos em todo o Brasil com a medicina de mercado explica a resistência de os médicos assumirem de fato a condição de assalariados. Assim em quase todo o Brasil, eles não cumprem o horário completo para o qual são contratados, o que tem obrigado os dirigentes do sistema a aceitar mil formas negociadas de acordos, que tornam letra morta os contratos de trabalho: cumprimento parcial do tempo estipulado, definição de produtividade mínima, após o que estariam liberados do compromisso com o horário. Na prática, o resultado é que, exceto nos serviços de pronto-socorro, não há jornada fixa para os médicos”.*⁷⁰

Por não conseguir atender a toda a demanda e principalmente pela ausência de recursos humanos na rede básica, boa parte das consultas médicas simples continua sendo realizada pela rede hospitalar. Uma fração dos hospitais, diante de tal proibição, ainda assim vêm realizando os atendimentos de forma contínua e sem nenhuma alteração. Alguns repassando, mesmo não recebendo por isto, os honorários aos médicos plantonistas. Afinal, se deixam de atender aos usuários, como então realizar a triagem daqueles casos que supostamente necessitam de internação hospitalar ou daqueles procedimentos que dão mais lucro à empresa?

Um procedimento muito comum na rede hospitalar, diante da proibição das consultas simples, é a transformação da mesma em consulta emergencial, bastando incluir no procedimento, medicação e/ou observação àqueles procedimentos simples. Mesmo o limite numérico para as consultas com procedimentos não tem inibido à rede hospitalar da suposta prestação de tal “serviço” aos usuários.

Diante do impasse que tal medida impôs, faz-se necessária uma reformulação da rede básica de saúde do município, dando-lhe condições para que a mesma absorva o excedente de consultas da rede hospitalar. Uma medida urgente seria a de que os serviços de atendimento médico fossem oferecidos diuturnamente, possibilitando o atendimento em tempo integral aos usuários que procuram os postos e centros de saúde. No entanto, não é perceptível ainda qualquer mobilização da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande no sentido de absorver na rede básica a demanda social que foi desviada dos hospitais pela medida administrativa das autoridades estaduais acima referida.

⁷⁰ CAMPOS, 1997. op.cit. p.121.

Heleno Rotta mostrou que, contraditoriamente, o atendimento da rede básica nesse período diminuiu ao invés de aumentar, em alguns trechos de um artigo publicado no *Jornal da Paraíba* comenta:

"(...) a redução no atendimento de 1997 com relação a 1996, indica o aprofundamento ainda maior de um problema crônico e diagnosticado pelos municípios de Campina Grande...

(...) a SMSCG prestando apenas cerca de um terço dos serviços previstos na programação físico-orçamentária...

(...) o problema continua a existir por falta de uma política bem definida de recursos humanos e de resgate da capacidade de atendimento dos centros e postos de saúde do município...

(...) não sendo utilizados pela SMSCG, os recursos são automaticamente carreados, dentro do teto municipal, para a quota destinada aos demais prestadores de serviço de Campina Grande...

(...) isso tudo significa que, apesar da existência de uma clara estratégia de transformação na direção da atenção básica e apesar da adoção pelas autoridades estaduais de medidas facilitadoras, ainda assim a rede básica pública municipal de Campina Grande não foi capaz de melhorar e aumentar seus serviços e de resgatar a confiança dos usuários".⁷¹

7.6. A Necessária Mudança de Filosofia no Atendimento Médico e a Avaliação de outras Experiências Locais

Os atendimentos ambulatoriais realizados pela rede básica, em sua maioria influenciados pelo modelo hegemônico, precisam sofrer mudanças para atingir senão plenamente o novo modelo, ao menos humanizar a relação médico-paciente. É necessária uma mudança de consciência pelos profissionais da área de saúde em atenção à eficácia dos programas alternativos que buscam dar uma maior compreensão e cobertura ao processo de adoecer e cujas diretrizes se assentam na visão holística do homem, não do homem dividido em partes, mas do homem por inteiro, e isto inclui as três instâncias

⁷¹ ROTTA, José Heleno. "Campina Grande e a Municipalização da Saúde (II)". In *Jornal da Paraíba*. Campina Grande, 1 de março de 1998. op.cit. Caderno 2. p.7.

maiores do ser humano: social, econômica e biológica. Sobre o assunto o editorial de uma publicação especializada afirma que

*“A principal diferença entre a medicina alternativa e a tradicional está no modo como elas encaram o corpo humano. Enquanto a terapia tradicional divide o organismo em partes a serem consideradas separadamente no tratamento, a alternativa vê o corpo como um todo. E a doença nada mais é do que um desequilíbrio na harmonia desse todo. Combater as causas desses desequilíbrios é a tarefa da medicina alternativa”.*⁷²

Concordamos que da maneira como vêm se processando os atendimentos pela maior parte dos profissionais e pela rede básica de saúde do município, ainda estamos longe de atingirmos um padrão de humanização dos serviços oferecidos, o que nos distancia ainda mais das metas institucionais do SUS que preconizam um modelo de saúde que permita a promoção e prevenção da saúde com conseqüente melhoria da qualidade de vida. A melhoria da qualidade de vida da população torna-se assim o índice que mede o tipo de prestação dos serviços de saúde dos municípios, bem como a sua eficácia. Pela estratégia do SUS, somente através dos mesmos é que mais recursos viriam para o FMS.

Sobre a resistência dos médicos à implantação de um modelo de atenção à saúde Gastão Wagner Campos comenta:

“ Uma ordem de dificuldade que a questão médica coloca para o adequado funcionamento do SUS refere-se aos denominados elementos estruturais da medicina científica. Ou seja; a prática médica é excessivamente centrada na atenção individual e na ênfase nos procedimentos curativos. Os médicos tendem a encarar cada caso como um problema a ser resolvido exclusivamente dentro da relação

⁷² REVISTA ZODIAC. *O Poder das Terapias Alternativas*. Edição Especial. São Paulo: Editora Melinna. 1997. p.30. (Grifos Nossos). Também sobre o assunto pode-se ler na revista PLANETA/NOVA ERA. São Paulo: Editora Três. Edição Nº 6/1997, a entrevista do escritor Ubiratan D'Ambrozio, professor aposentado da UNICAMP, considerado uma das maiores autoridades brasileiras sobre o pensamento holístico e um dos idealizadores do Congresso Corpo e Mente, ocorrido na Unicamp em meados de 1980 que abriu espaço no meio acadêmico para se ouvir as outras tradições, bem como as experiências consideradas alternativas. Para um maior aprofundamento sobre o assunto leia-se: REVISTA PLANETA/NOVA ERA. *A Medicina de Corpo e Alma*. Edição Nº 9. Editora Três. 1998. p.12-17; PIETRONI, Patrick. *Viver Holístico*. São Paulo: Summus. 1997 e BRANDÃO, Dênis e CREMA, Roberto. *O Novo Paradigma Holístico*. São Paulo: Summus. 1997.

médico-paciente, o que perturba as possibilidades de trabalho em equipe.

A inserção de médicos em programas integrais de atenção é difícil. Como rotina, não desenvolvem esforços para a realização de comunicantes ou pessoas expostas a maiores riscos, bem como não costumam trabalhar com técnicas de educação em saúde. Valorizam os componentes biológicos do processo saúde-doença, e raramente utilizam a eficácia de sua prática. Todas essas características da praxis profissional tornam distante o objetivo estratégico da atenção integral".⁷³

Como citamos no item 6.2., acreditamos que a desospitalização levará à diminuição do peso assistencial de um de seus principais anexos - as emergências dos hospitais, que se constituem numa das principais formas de acesso a atenção individual-curativa no município de Campina Grande. A redefinição do papel do hospital visaria entre outras coisas liquidar a subordinação à sua dinâmica de quase todos os serviços do sistema de saúde e de quase toda a produção de conhecimento sobre a saúde.

A reestruturação dos centros e postos de saúde da rede básica os capacitaria a prestar pronto-atendimento às intercorrências clínicas cotidianas, considerando todo o seu polimorfismo e a variedade de apresentação: alívio do sofrimento físico ou psíquico agudos, imprevistos resultantes do súbito agravamento de pacientes acompanhados pelos programas de controle de doenças crônicas, atenção às urgências de média e pequena gravidade, entre outros.

A organização do processo de trabalho nas unidades básicas de saúde teria que assegurar o acompanhamento posterior de parte dessa demanda, segundo o julgamento das equipes vinculadas a cada família ou paciente, ou aos locais de convivência social como escolas, fábricas etc. Assim, o grande desafio se nos apresenta como o salto qualitativo a ser dado pela SMSCG na transformação da atenção médico-sanitária de instrumento de reprodução da força de trabalho em meio de defesa da vida.

Acreditamos que a burocratização, marca registrada do serviço público como um todo e em especial o da saúde, poderia ser evitada criando-se mecanismos que obrigassem as equipes a darem conta de eventos inusitados e novos. Uma saída seria a introdução de uma avaliação de desempenho baseada na capacidade de cada equipe

⁷³ CAMPOS, 1997. op.cit. p.123-4. (Grifos nossos)

executar metas e objetivos. Dessa forma, estariam criadas as condições objetivas de trabalho estimuladoras da integração sanitária, do compromisso com os objetivos previamente firmados.

Um objetivo que se nos apresenta bem forte e que deve ser perseguido nas propostas de reestruturação do modo de produzir atenção básica é o de superar a tendência observada na maioria das unidades de saúde, que compõe a porta de entrada do SUS, de valorizar a produção pela produção, lógica típica da modalidade de pronto-atendimento dos hospitais.

A proposta para mudanças na forma do atendimento dos postos de saúde deve embasar-se em sua capacidade de esvaziar a função do hospital nos sistemas de saúde. Os postos de saúde devem ter suas funções ampliadas capacitando-os a resolver os mais diversos problemas, superando a imagem de postos ineficientes e que fecham aos feriados e fins de semana.

O entrave às mudanças atinge não só os profissionais da área de saúde da rede básica e dos hospitais, como também os responsáveis pelo setor e os dirigentes políticos do município. Os programas estimulados nacionalmente, como o PACS e PSF, tem se revelado como uma estratégia poderosa para atingir os objetivos do SUS. No entanto, tais programas, pelo seu caráter progressista e por serem encampados localmente como bandeiras de luta da oposição, são tratados com desconfiança pelas autoridades no poder. Esse aspecto acaba se constituindo num entrave à implantação de mais equipes e a coberturas cada vez maiores da população assistida.

Outras experiências vem sendo implantadas pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde no município, a exemplo do Programa Bairro Saudável, Programa de Saúde Escolar, além dos programas do governo estadual como o Programa Pão e Leite e outros de entidades não-governamentais como o Programa de Fitoterapia desenvolvido pela Pastoral da Saúde. Todos, porém, apresentam limitações.

O Programa Bairro Saudável,⁷⁴ implantado em outubro de 1997, nas Unidades Básicas de Saúde do Bairro do Jeremias, propõe-se a mudar a concepção de saúde entre a população assistida, ao oferecer condições de melhorar a qualidade de vida dos seus

⁷⁴ JORNAL DA PARAÍBA. *Programa Bairro Saudável Implantado Hoje*. Campina Grande, 3 de outubro de 1997. Caderno 3. p.7.

habitantes. O programa oferece atendimento médico básico nas áreas de clínica médica, pediátrica, ginecológica e odontológica, de forma diária, além da execução de exames laboratoriais de rotina como hemograma, parasitológico de fezes e sumário de urina. Para os casos de maior complexidade foram eleitos os Centros de Saúde da Palmeira e do Monte Santo e o Serviço Municipal de Saúde como centros de referência e, para aqueles casos que exijam internação, o Hospital Universitário.

A meta da SMSCG é acabar com as intermináveis filas que congestionam os serviços de saúde, decorrentes, em sua maioria, da permanência por tempo curto dos profissionais médicos, como também da concentração de alguns serviços em centros de saúde distantes da comunidade. Além do Bairro do Jeremias, o programa foi simultaneamente implantado em todas as unidades básicas do Distrito Sanitário III que compreende: Araxá, Conceição, Cuités, Jardim Continental, Louzeiro, Monte Santo, Palmeira e Rosa Mística. Naqueles bairros onde não existem unidades básicas e/ou centro de saúde, os serviços estão sendo oferecidos nas Sociedades de Amigos de Bairro (SABs) ou nos Clubes de Mães.

No entanto, uma análise preliminar tem nos mostrado que principalmente o Programa Bairro Saudável tem um alcance restrito, principalmente por se enclausurar dentro dos muros da unidade de saúde, reforçado por uma atenção voltada mais para a medicina curativa, cujo alcance social é limitado.

O Programa Pão e Leite, subsidiado pelo Governo Estadual se constitui em distribuição de leite e pão para aquelas famílias devidamente cadastradas como carentes. Foram escolhidas as comunidades carentes da periferia, sendo a distribuição realizada pelas SABs e centros sociais dos bairros. Até o momento, o alcance social do mesmo circunscreve-se a uma parcela ainda pequena e isolada da população carente.

O Programa Saúde Escolar,⁷⁵ implantado em fevereiro de 1998 e iniciado pelo Grupo Escolar Dr. Chateaubriand, no Bairro de José Pinheiro, vem sendo realizado nas unidades escolares do município e tem como meta realizar exames oftalmológicos, acompanhamento psicológico e diminuir o índice de cáries em crianças na idade escolar. Apesar do caráter preventivo, com aplicação de flúor, o programa realiza atendimentos em dentística, ortodontia, periodontia, entre outros. Há previsão de que o programa se

⁷⁵ JORNAL DA PARAÍBA. *Saúde Escolar Cumpre Cronograma*. 1 de março de 1998. Caderno 3. p.7.

estenda a todas as escolas da rede municipal de ensino. Até o momento, sua implantação vem se dando de forma lenta, com características assentadas numa medicina curativa e medicalizante, reforçando o modelo tradicional.

O Programa de Fitoterapia, desenvolvido pela Pastoral da Saúde, com sede no Bairro do Centenário, tem apoio de Organizações Não-Governamentais (ONG), a exemplo do Programa “De Volta às Raízes” de Olinda-PE, e se constitui no processo de manipulação e transformação de ervas e outras plantas medicinais através de infusões, xaropes, lambedores, sanativos, etc., distribuídos à população carente. No entanto, trata-se de um programa limitado pelo seu alcance preventivo já que exige um acompanhamento por um médico naturalista, bem como mudanças radicais na alimentação diária e uso de outros medicamentos que não os alopáticos. Estas mudanças exigem uma filosofia de vida que inclui entre outras coisas, uma alimentação natural e isenta de agrotóxicos, bem como uma vida mais saudável e longe dos agentes poluentes, difícil de ser alcançada pelas populações assistidas por tais programas, geralmente residindo em condições sub-higiênicas e desumanas, na periferia da cidade.

Segundo nossa avaliação, todos estes programas, mesmo funcionando bem, terão sempre uma amplitude muito limitada se não estiverem articulados com uma estratégia ampla de reformulação, promovida pela Secretaria Municipal de Saúde, da rede básica pública municipal no seu conjunto, a qual necessita aumentar e melhorar sua capacidade e forma de atendimento. Além disso, necessita urgentemente resgatar a confiança da população na qualidade de seus serviços. No entanto, pelos dados que pudemos levantar durante todo o nosso trabalho, não parece existir, até o momento, uma preocupação clara das autoridades municipais com relação a grandes mudanças nessa direção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme analisamos na primeira parte de nosso trabalho, a introdução da problemática da saúde na Constituição de 1988 demonstra o elevado grau de democracia que o país alcançou em suas proposições neste setor. A saúde como bem universal extensivo a toda a população tornou-se tema de consenso entre todos os setores da sociedade, dos mais conservadores aos mais progressistas.

No entanto, enquanto alguns municípios imbuídos por tal ideal estão desenvolvendo esforços para a total implantação do SUS, em Campina Grande a forma como vem se consolidando a distribuição dos recursos do sistema demonstra claramente o quão distantes estamos de atingir os objetivos preconizados pelo mesmo, de atenção integral, plena e extensiva a todos os habitantes, cujo modelo de atenção à saúde tem como objetivo maior promover e melhorar a qualidade de vida dos usuários do sistema.

A grande resistência à implantação plena do SUS, como vimos, reveste-se na forma como vem se dando a assistência médica a nível local, com predominância do modelo de atenção à doença, cujo veio medicalizante assentado no ambiente hospitalar é ainda muito forte entre os dirigentes políticos e empresariais, bem como na classe médica e até mesmo entre os outros profissionais de aporte técnico, tornando-se difícil a sua transformação.

A reversão de tal quadro, em que predomina a atenção à doença, deve impreterivelmente passar por uma nova consciência dos profissionais médicos, principalmente por serem eles os principais formadores de opinião, como também aqueles diretamente ligados ao conhecimento científico e sofrimento dos indivíduos que procuram assistência médica.

Como analisamos na segunda parte de nosso trabalho, são pouco expressivas as manifestações para se atingir plenamente, no sistema de saúde de Campina Grande, as esperadas mudanças previstas na criação do SUS. Passados dez anos, pouco se andou na tentativa concreta de transformar o modelo de assistência à saúde da população. A evidência do percurso percorrido por Campina Grande coloca-a, de uma certa forma, na contramão para atingir tais objetivos.

Se, de um lado, os programas incentivados representam uma tentativa transformadora, como bem demonstram os efeitos sociais dos mesmos, de outro lado, é no nível político e institucional, justamente de onde deveriam surgir tentativas de mudança, que se verificam as maiores resistências, pois a mudança pode significar a perda de apoio empresarial e partidário.

Se há resistência por parte dos dirigentes políticos, cuja faceta se reflete na manutenção do *status quo*, cabe ao menos aos profissionais da saúde e aos setores organizados que representam os interesses sociais repensar seus princípios filosóficos diante de incontestável realidade: a crise no modelo de assistência à saúde centrado na doença com seu limitado alcance social.

Há que se avaliar as alternativas existentes em uma perspectiva holística na qual algumas experiências locais bastante promissoras, como as do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, entre outros, permitem vislumbrar alguns avanços. Na medida em que estas experiências forem se expandindo, assistiremos à redução do fosso existente entre as proposições e as realizações na saúde pública de Campina Grande e do país.

RÉSUMÉ

Le passage à des modèles plus avancés d'assistance médicale au Brésil constitue, pendant ce siècle, un défi pour la société, pour les professionnels de santé et surtout pour les politiques publiques de santé. Le modèle traditionnel et hégémonique d'attention à la maladie est devenu le modèle idéal pour la médecine dès la période agro-exportatrice et surtout après la politique centralisatrice à la suite des années 30. Voilà pourquoi il a exclu la plupart de la population. La contestation de ce modèle a représenté l'étendard de lutte de la société à travers les mouvements sociaux, en ce qui concerne la santé, pendant la fin du régime militaire et à la fin des années 70 avec une plus grande participation populaire. Basé sur cette dispute politique et référé par les Conférences Nationales de Santé, surgit le Système Unique de Santé, un avancement constitutionnel parmi les plus élevés de la santé. En tant que projet, on ne peut pas nier sa portée sociale. Cependant son implantation reste difficile et sa réussite impossible. Si, d'une manière plus ample, l'implantation du Système Unique de Santé au niveau national se donne de façon graduelle, à Campina Grande son implantation se fait très lentement, avec des contradictions et empêchements. De là, l'indifférence du processus à l'un et à l'autre modèle d'assistance. Autrement dit, il confond le modèle traditionnel et hégémonique d'attention à la maladie ayant comme centre la médecine thérapeutique-hospitalière, avec le modèle d'attention à la santé, centré sur la médecine préventive, dont l'ample portée sociale assure l'amélioration de la qualité et de l'expectative de vie de la population. Une analyse des services rendus par les réseaux basique et hospitalier de la commune de Campina Grande a montré que celle-ci n'arrive pas encore à parvenir les modèles constitutionnels et légaux référés par la création du Système Unique de Santé, en le plaçant à contre-courant du modèle idéal d'assistance à la santé de la population.

BIBLIOGRAFIA

- ALENCAR, Francisco (Org.). *História da Sociedade Brasileira*. 2.ed. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico Editora, 1994. 339p.
- BARROS, Elizabete. "Políticas de Saúde no Brasil: A Universalização Tardia como Possibilidade de Construção do Novo". In *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. v.1. n.1. p.5-17.
- BERTOLLI, Cláudio. *História da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996. 112p.
- BUSS, P. M. e LABRA, M. E. *Sistema de Saúde: Continuidade e Mudanças*. São Paulo: Hucitec, 1996. 259p.
- CAMPOS, Florentina C. B. e HENRIQUES, Cláudio Maierovitch P. (Orgs.). *Contra a Maré à Beira-Mar: A Experiência do Sus em Santos*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 302p.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 175p.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 220p.
- CAMPOS, Juarez de Queiroz. *Saúde em Concordata*. São Paulo: Prol Editora, 1988. 160p.
- CAPISTRANO, David. *Da Saúde e das Cidades*. São Paulo: Hucitec, 1995. 155p.
- CARVALHO, Antônio Ivo. "Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis: Saúde e Cidadania na Pós-Modernidade". In *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1996. v.1. n.1. p.104-121.
- CARVALHO, G. I. e SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: Comentário à Lei Orgânica da Saúde de 1990*. São Paulo: Hucitec, 1992. 320p.

- CIGNOLLI, Alberto. *Estado e Força de Trabalho: Introdução à Política Social no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1985. 119p.
- COHN, Amélia. *Saúde no Brasil: Políticas e Organizações de Serviços*. São Paulo: Cortez, 1996. 117p.
- CORDEIRO, Hésio. *A Indústria da Saúde no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal/Cebes, 1985. 217p.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. 129p.
- FARIA, M. M. e JATENE, Adib (Orgs.). *Saúde e Movimentos Sociais: O SUS no Contexto da Revisão Constitucional de 1993*. São Paulo: Edusp, 1995. 215p.
- FRANÇA, Júnia Lessa (Org.). *Manual para Normalização de Publicações Técnico-Científicas*. 3.ed. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1996. 169p.
- JUNQUEIRA, Luciano Prates. "A Descentralização e a Gestão Municipal da Política de Saúde". In *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1996. v.1. n.1. p.21-22.
- LIMA, Damião de. *O Processo de Industrialização via Incentivos Fiscais: Expansão e Crise em Campina Grande*. Campina Grande: Curso de Mestrado em Economia da Universidade Federal da Paraíba/Campus II, 1996. 112p. (Dissertação, Mestrado em Economia Rural).
- LUZ, Madel Terezinha. "As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde na Década de 1980". In GUIMARÃES, Reinaldo. *Saúde e Sociedade no Brasil nos Anos 80*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. p.134-137.
- MEDICI, André César. *Economia e Financiamento do Setor Saúde no Brasil*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1996. 216p.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.

- MENDES, Eugênio Vilaça. "As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80". In MENDES, Eugênio Vilaça. (Org.). *Distrito Sanitário: O Processo de Mudanças das Políticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.
- MERHY, Emerson Elias. *Saúde Pública como Política*. São Paulo: Hucitec, 1992. 126p.
- MERHY, Emerson Elias. *O Capitalismo e a Saúde Pública*. 2.ed. Campinas: Papyrus, 1987. 134p.
- MINAYO, Maria Cecília S. *O Limite da Exclusão Social*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MORAES, Hara Hammerli S. *Informações em Saúde: Da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994. 172p.
- MORAES, Humberto. *Ações Integradas e Sistemas Locais de Saúde*. São Paulo: Pioneira, 1991.
- PAIM, Jamilson S. "Políticas de Saúde no Brasil ou Recusando o Apartheid Sanitário". In *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1996. v.1. n.1. p.18-20.
- REVISTA DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO.
Edição de maio/junho de 1998. v. 8. n.3. p.iii.
- RIBEIRO, Herval Pina. *O Hospital: História e Crise*. São Paulo: Cortez, 1993. 135p.
- RIVERA, Francisco Javier Uribe (Org.). *Planejamento e Programação em Saúde: Um Enfoque Estratégico*. 2.ed. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1992. 222p.
- ROSSEN, George. *Uma História da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- ROTTA, José Heleno. "As Relações Quantitativas do SUS em Campina Grande e o Processo de Municipalização da Saúde". In *Cadernos de Economia*. Campina Grande: Mestrado em Economia/UFPB, 1997. n.68. 23p.

ROTTA, José Heleno e QUEIROZ, Lúcia de Fátima N. "Sistema de Saúde de Campina Grande: Desempenho e Perspectivas de Geração de Recursos na Rede Ambulatorial Pública Municipal". In *Cadernos de Economia*. Campina Grande: Mestrado em Economia/UFPB, 1995. n.52.

SCHNEIDER, José Odello. *Realidade Social: Infra-Estrutura Social*. Porto Alegre: Sulina, 1987. 438p.(Coleção Realidade Brasileira, v.5)

SILVA, Silvio Fernandes. *A Construção do SUS a Partir do Município*. São Paulo: Hucitec, 1996. 116p.

SODRÉ, Nelson Werneck. *A Formação Histórica do Brasil*. São Paulo: Difel, 1982. 415p.

SOLLA, Maria de Lourdes. "O Golpe de 1937 e o Estado Novo". In MOTA, Guilherme (Org.). *Brasil em Perspectiva*. Rio de Janeiro: Bertrand, 1987. p.256-282.

SOMARRIBA, M.^a das Mercês G. "Lutas por Saúde: Da Participação Comunitária à Participação Popular". In *Textos de Sociologia e Antropologia*. Mestrado em Sociologia. Belo Horizonte: UFMG, 1988. 51p.

TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: Em Busca de uma Teoria*. 2.ed. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1995. 232p.

VALLA, V. V. *Educação, Saúde e Cidadania*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1996. 142p.

JORNAIS, REVISTAS E OUTRAS PUBLICAÇÕES

ALBUQUERQUE, Carlos César. "Revolução na Saúde". In *Jornal Folha de São Paulo*. São Paulo, 20 de julho de 1997.

ALMANAQUE ABRIL. São Paulo: Abril Cultural, 1997. 832p.

ALMANAQUE ABRIL. São Paulo: Abril Cultural, 1998. 704p.

ALMEIDA, Josué Elpídio de. *História de Campina Grande*. Edição Comemorativa do Nascimento de Josué Elpídio de Almeida. Campina Grande: Epigraf. 1993. 424p.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO IBGE. Brasília: Fundação IBGE, 1997.

ASSOCIAÇÃO PARAIBANA DE HOSPITAIS - REGIONAL DE CAMPINA GRANDE. *Quadro Demonstrativo da Origem dos Pacientes Internados em Campina Grande*. Campina Grande, 12 de agosto de 1997. Não paginado.

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Edição Atualizada. Brasília: Senado Federal, 1998. 310p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS: Doutrinas e Princípios*. Brasília, 1990. v.1. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS: Planejamento Local*. Brasília, 1991. v.2. 9p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS: Nomenclatura, Parâmetros e Instrumentos de Planejamento*. Brasília, 1991. v.3. 13p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS: Comunicação Visual/Instruções Básicas*. Brasília, 1991. v.4. 29p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986. 430p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação Qualitativa do PACS*. Brasília, 1994. 53p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselhos de Saúde: Guia de Referência para a sua Criação e Organização*. Brasília, 1991. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralizando e Democratizando o Conhecimento*. Brasília, 1992. v.3. 150p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das Ações de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir à Lei*. Brasília, 1993. 34p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Exposição de Motivos: Definição dos Recursos Adicionais Necessários às Atividades para o Ano de 1995*. Brasília, 1995. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Formação dos Conselhos de Saúde - SUS*. Brasília, 1991. 23p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Fundo Municipal de Saúde: Guia para a sua Criação e Organização*. Brasília, 1991. 63p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Habilitação para Convênios: Aspectos Documentais*. Gabinete do Ministro da Saúde. Brasília, s/d. (Mimeo)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Informações para a Saúde: SUS*. Brasília, 1990. (Mimeo)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde*. Brasília, 1990. 31p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Operações do REFORSUS*. Brasília, 1997. 24p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Modalidade de Contratação dos Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, 1994. Não paginado.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, 1994. 24p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS 01/96*. Brasília, 1996. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O Ano da Saúde no Brasil: Ações e Metas Prioritárias*. Brasília, 1997. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações Gerais para as Etapas Estadual e Municipal da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1991. 26p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Plurianual para 1996-1999*. Brasília, 1996. 52p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde*. 2.ed. Brasília, 1994. 48p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS*. Brasília, 1994. 12p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de Atividades da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1992. Não paginado.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório do Atendimento Ambulatorial da Paraíba para o Período 1992-1994*. Brasília, 1997. (Mimeo)
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório do Atendimento Ambulatorial de Campina Grande para o Período de 1994-1997*. Brasília, 1997. (Mimeo)
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986. Não paginado.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1992. 46p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da X Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1996. 140p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Subsídios para Elaboração da Etapa Municipal da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1992. Não paginado.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Coordenadoria de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde*. Brasília, 1996. 32p.
- BUSS, Paulo Marchiori. "Assistência Hospitalar no Brasil (1984-1991): Uma Análise Preliminar Baseada no Sistema de Informações Hospitalares do SUS". In *Informe Epidemiológico do SUS*. Ministério da Saúde. Brasília, 1993. n.2. p.5-42.
- DATASUS. Endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br>
- FEGHALLI, Jandira. "Saúde: Uma Prioridade Estratégica". In *Revista Princípios*. São Paulo: Princípios. Suplemento Especial. n. 47. nov.-dez. 97/jan. 98. Não paginado.

GALDINO, Flávia Serra. "Internação e a Cultura da Fraude". In *Jornal da Paraíba*. Campina Grande, 15 de março de 1998. 1º. Caderno. p.8.

IBGE. Endereço eletrônico: <http://www.ibge.gov.br> e/ou <http://www.datasus.gov.br>

JORNAL BRASILEIRO DE MEDICINA. Suplemento Cultural, edição de set./out. Brasília. 1997. v.73. n.80.

JORNAL CRM-PB. Conselho Regional de Medicina, edições de jan.1995 a mar.1998. João Pessoa.

JORNAL MEDICINA. Conselho Federal de Medicina. Brasília, edições de jan.1995 a mar. 1998. Brasília.

JORNAL O GLOBO. *Brasil Começa a Virar a Página da Mortalidade*. Rio de Janeiro. Editorial, 16 de junho de 1996. p.14.

MEDEIROS, Conceição. "PSF-Programa de Saúde da Família." In *Informativo SMCG*. Campina Grande: Sociedade Médica de Campina Grande, janeiro de 1998.

PELIANO, Ana Maria. *II Balanço das Ações do Governo no Combate à Fome e à Miséria*. Brasília: CONSEA, 1994. 58p. (Mimeo)

REVISTA PLANETA. *O Poder das Terapias Alternativas*. Edição Especial. São Paulo: Editora Molina. 1997. 80p.

REVISTA PLANETA/NOVA ERA. *Entrevista com Ubiratan D'Ambrozio*. Edição Nº 6. São Paulo: Editora Três. 1997. 80p.

REVISTA PLANETA/NOVA ERA. *A Medicina do Corpo e da Alma*. Edição Nº 9. São Paulo: Editora Três. 1998. 80p.

ROTTA, José Heleno. "O SUS e o Processo de Municipalização da Saúde." In *Jornal da Paraíba*. Campina Grande, 11 de outubro de 1997. 2º. Caderno.13p.

ROTTA, José Heleno. "Campina Grande e a Municipalização da Saúde (I): A Estratégia Geral para a Municipalização da Saúde". In *Jornal da Paraíba*. Campina Grande, 28 de fevereiro de 1998.

ROTTA, José Heleno. "Campina Grande e a Municipalização da Saúde (II)". In *Jornal da Paraíba*. Campina Grande, 1 de março de 1998. 2º. Caderno. p.7.

SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA DO BRASIL. *Tabela de Procedimentos Hospitalares SIH/SIA-SUS*. Brasília, 1997. 81p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE. *Plano de Saúde do Município para o Período de 1997-2000*. Campina Grande, 1997. 34p. (Mimeo)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE. *Informe Saúde*. Campina Grande, 1997. Nº 1 e 2.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE. *Informe Saúde*. Campina Grande, 1998. Nº 3 e 4.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE. *Boletim Saúde da Família*. Campina Grande, 1997. Nº 1 e 2.

SECRETARIA DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA. "Municipalização da Saúde". In *Cadernos da Sesau* (Secretaria de Saúde de João Pessoa). João Pessoa, 1997. 14p.

UNIMED. *Unimed - Campina Grande 20 Anos: Edição Histórica*. São Paulo: Editora Cartaz, 1992. 34 p.

VIANNA, S. M. (Coord.). *Brasil: Indicadores Sociais*. Brasília: IPEA, 1992. n.8. 32p. (Caderno Interno)

WEIDD, Jean Marc. *Fome em Meio à Abundância*. Rio de Janeiro: ASSPAA-Assessoria e Serviços a Projetos em Agricultura Alternativa, 1996. 30p. (Mimeo)

ANEXOS

ANEXO 1

**PROCEDIMENTOS E PATOLOGIAS
MAIS COMUNS(1) NA PRÁTICA DA CLÍNICA MÉDICA NA REDE HOSPITALAR
DE CAMPINA GRANDE. (VALORES EM REAIS)**

| PROCED. | CID | DESCRIÇÃO | SH | SP | SADT | TOTAL |
|----------------|------------|------------------|-----------|-----------|-------------|--------------|
| 72300019 | 127650 | DESID. PED. | 42,37 | 11,00 | 3,01 | 56,38 |
| 72500018 | 027650 | DESID. ADULTO | 42,37 | 11,00 | 3,01 | 56,38 |
| 73300020 | 026093 | KWASHIOKOR | 206,23 | 48,01 | 21,96 | 276,30 |
| 73300039 | 026190 | MARASMO | 206,23 | 48,01 | 21,96 | 276,30 |
| 74500279 | 032298 | MENINGITE | 323,39 | 38,90 | 23,31 | 385,60 |
| 74300270 | 00914 | ENTERO-INF. | 79,45 | 15,20 | 3,00 | 122,05 |
| 75500035 | 053554 | GASTRITE | 59,96 | 13,93 | 8,41 | 82,30 |
| 75500124 | 057894 | HDA | 103,47 | 29,73 | 25,03 | 158,23 |
| 75300133 | 057703 | PANCREATITE | 77,83 | 21,15 | 10,48 | 109,46 |
| 75500183 | 007099 | HEPATITE | 76,14 | 21,61 | 8,88 | 106,63 |
| 76500071 | 048593 | BCP | 123,51 | 24,18 | 12,19 | 159,88 |
| 76500225 | 049697 | DPOC | 312,57 | 26,40 | 14,73 | 353,70 |
| 76500233 | 046590 | IRA | 312,57 | 26,40 | 14,73 | 353,70 |
| 76500063 | 048690 | PNEUMONIAS | 123,51 | 24,18 | 12,19 | 159,88 |
| 77500024 | 041092 | INFARTO (IAM) | 126,26 | 61,90 | 25,19 | 213,35 |
| 77500113 | 042803 | ICC | 319,91 | 25,16 | 12,86 | 357,93 |
| 77300149 | 051845 | EAP | 319,91 | 25,16 | 12,86 | 357,93 |
| 77500121 | 040193 | HAS | 53,70 | 21,40 | 6,56 | 81,66 |
| 77500180 | 042790 | ARRITMIAS | 56,45 | 27,01 | 9,05 | 92,51 |
| 80300014 | 058190 | S.NEFRÓTICA | 141,06 | 39,49 | 14,96 | 195,51 |
| 80300030 | 058092 | GNDA | 141,06 | 39,49 | 14,96 | 195,51 |
| 80500080 | 058394 | NEFROPATIA | 141,06 | 39,49 | 14,96 | 195,51 |
| 81500106 | 043400 | AVC | 151,84 | 35,94 | 13,26 | 201,03 |
| 81300018 | 074233 | HIDROCEFAL. | 180,20 | 62,04 | 13,43 | 255,67 |
| 82500053 | 025097 | DIABETE | 113,78 | 26,50 | 13,01 | 153,29 |
| 83500030 | 073008 | OSTEOMIELITE | 122,93 | 43,75 | 8,79 | 175,47 |
| 81001010 | - | EXP. EPILEP.(2) | 4.229,96 | 1.762,36 | 1.057,49 | 7.049,81 |

FONTE: MS/DATASUS/TABELA DE PROCEDIMENTOS SIH/SUS. 1997.

LEGENDA: SP - Serviços Profissionais SH - Serviços Hospitalares

(1) Para embasar as estimativas acima citadas, o autor fez uso de sua prática enquanto profissional da saúde em nossa cidade.

(2) Procedimento realizado somente em hospitais de alta complexidade.

NOTA - Os valores da Tabela de Procedimento de 1997 incluem os 25% concedidos em março de 1996, o que nos dá uma visão dos seus valores atuais.

ANEXO 2

**MORTALIDADE POR GRUPO DO CID EM CAMPINA GRANDE
PERÍODO: 1990-97**

| GRUPO/CID | 1990(1) | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997(2) |
|------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| I | 154 | 175 | 95 | 188 | 140 | 100 | 127 | 61 |
| II | 117 | 131 | 104 | 156 | 127 | 159 | 151 | 72 |
| III | 80 | 79 | 79 | 105 | 99 | 158 | 7 | 6 |
| IV | 14 | 15 | 5 | 7 | 5 | 14 | 93 | 73 |
| V | 4 | 8 | 5 | 11 | 5 | 7 | 10 | 4 |
| VI | 20 | 27 | 18 | 27 | 23 | 32 | 17 | 4 |
| VII | 365 | 352 | 371 | 513 | 430 | 514 | - | 265 |
| VIII | 166 | 112 | 100 | 151 | 122 | 128 | 1 | 77 |
| IX | 54 | 64 | 75 | 76 | 68 | 70 | 439 | 40 |
| X | 36 | 14 | 30 | 31 | 44 | 38 | 127 | 24 |
| XI | 5 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 79 | - |
| XII | - | 1 | - | 2 | - | 3 | 2 | - |
| XIII | 2 | 3 | 6 | - | 3 | 1 | 6 | 3 |
| XIV | 23 | 24 | 15 | 34 | 16 | 24 | 39 | 5 |
| XV | 123 | 130 | 72 | 130 | 125 | 137 | 2 | 59 |
| XVI | 1031 | 882 | 792 | 902 | 937 | 1116 | 156 | 255 |
| XVII | 211 | 221 | 169 | 215 | 185 | 285 | 189 | 118 |
| TOTAL | 2405 | 2240 | 1939 | 2551 | 2332 | 2790 | 2334 | 1319 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET/SMSCG. 1997/1998.

NOTA: Os dados de 1990-95 obedecem a 9ª revisão do CID. Os de 1996-7, a 10ª Revisão do CID, este último, sujeito a correção.

(1) Os dados do período 1990-96 foram obtidos no MS/DATASUS/INTERNET em julho de 1998.

(2) Dados obtidos junto a SMSCG. Disponíveis até julho de 1997. Sujeitos a correção.

(-) Dados não disponíveis.

LEGENDA Grupos do CID:

- I - Doenças Infeciosas e Parasitárias
- II - Neoplasias
- III - Doenças Endócrinas, Nutricionais e Transt. Imunológicos
- IV - Doenças do Sangue e Órgãos Hematopoiéticos
- V - Transtornos Mentais
- VI - Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos
- VII - Doenças do Aparelho Circulatório
- VIII - Doenças do Aparelho Respiratório
- IX - Doenças do Aparelho Digestivo
- X - Doenças do Aparelho Genito-Urinário
- XI - Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério
- XII - Doenças da Pele e Tecido Celular Subcutâneo
- XIII - Doenças do Sist. Ósteo-Muscular e Tec. Conjuntivo
- XIV - Anomalias Congênitas
- XV - Afecções Originadas do Período Pré-Natal
- XVI - Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas
- XVII - Causas Externas (violência e acidentes)

ANEXO 3

MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA EM CAMPINA GRANDE
PERÍODO: 1990-97.

| FAIXA ETÁRIA | 1990 (1) | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 (2) |
|---------------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------------|
| MENOR 1 ANO | 497 | 481 | 231 | 314 | 293 | 257 | 296 | 108 |
| 1-4 | 92 | 83 | 59 | 67 | 73 | 48 | 55 | 27 |
| 5-9 | 25 | 17 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 11 |
| 10-14 | 20 | 16 | 16 | 17 | 29 | 16 | 23 | 13 |
| 15-19 | 52 | 35 | 25 | 36 | 36 | 39 | 46 | 27 |
| 20-29 | 120 | 105 | 98 | 77 | 104 | 107 | 105 | 63 |
| 30-39 | 110 | 117 | 111 | 114 | 101 | 112 | 121 | 89 |
| 40-49 | 155 | 126 | 145 | 120 | 137 | 155 | 184 | 98 |
| 50-59 | 184 | 181 | 197 | 164 | 166 | 220 | 211 | 125 |
| 60-69 | 269 | 268 | 286 | 229 | 271 | 262 | 314 | 178 |
| 70-79 | 408 | 414 | 375 | 328 | 397 | 384 | 409 | 268 |
| + 80 | 473 | 397 | 374 | 369 | 463 | 447 | 527 | 311 |
| IGN. | - | - | 4 | 96 | 115 | 153 | 27 | 1 |
| TOTAL | 2405 | 2240 | 1939 | 1949 | 2202 | 2217 | 2334 | 1319 |

FONTE: MS/DATASUS/INTERNET/SMSCG. 1997/1998.

(1) Os dados do período de 1990-96, foram obtidos junto ao MS/DATASUS/INTERNET em julho de 1998.

(2) Dados obtidos junto a SMSCG. Disponíveis até julho de 1997. Sujeitos a correção.

(-) Dados não disponíveis.

ANEXO 4

COMPARAÇÃO DE VALORES⁽¹⁾ DE ALGUNS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E
 OBSTÉTRICOS QUE COMPÕEM AS INTERNAÇÕES HOSPITALARES
 DA REDE HOSPITALAR DE CAMPINA GRANDE⁽²⁾
 (VALORES EM REAIS)

| PROCED. | CID | DESCRIÇÃO | SH | SP | SADT | TOTAL |
|----------|--------|---|----------|--------|--------|----------|
| 31707017 | 018902 | NEFRECTOMIA | 630,18 | 232,53 | 45,61 | 908,32 |
| 31009034 | 059668 | CISTORRAFIA | 225,32 | 96,14 | 24,46 | 345,92 |
| 31003036 | 018899 | CISTECTOMIA | 821,04 | 245,35 | 186,89 | 1.253,28 |
| 31703054 | 060097 | PROSTATECTOMIA | 1.018,00 | 261,56 | 54,91 | 1.334,47 |
| 32011016 | 041190 | CIR. CORONARIA | 2.029,58 | 579,51 | 227,74 | 2.836,83 |
| 32019017 | 039403 | VALVULOPLASTIA | 2.029,58 | 579,51 | 227,74 | 2.836,83 |
| 32021011 | 074543 | CORREÇÃO DE CARDIOP. CONGÊNITA | 3.044,36 | 869,28 | 341,60 | 4.255,24 |
| 32002017 | 087513 | CARDIORRAFIA | 810,17 | 252,33 | 108,59 | 1.171,09 |
| 33004056 | 053279 | GASTRECTOMIA | 344,24 | 142,94 | 33,30 | 520,48 |
| 33005060 | 054097 | APENDICECTOMIA | 151,04 | 80,78 | 6,79 | 238,61 |
| 33025061 | 078905 | REDUÇÃO VOLVO | 480,70 | 130,66 | 47,66 | 659,02 |
| 33707065 | 056987 | COLECTOMIA | 1.407,75 | 349,06 | 78,58 | 1.835,39 |
| 33004080 | 057509 | COLECISTECTOMIA | 240,88 | 114,14 | 24,56 | 379,58 |
| 33703108 | 020281 | ESPLENECTOMIA | 547,16 | 167,38 | 29,19 | 743,73 |
| 34006028 | 061808 | COLPOPLASTIA | 156,42 | 109,13 | 0,45 | 266,00 |
| 34709037 | 018090 | HISTERECTOMIA | 1.018,00 | 261,56 | 54,91 | 1.334,47 |
| 35001011 | 065099 | PARTO NORMAL | 82,20 | 111,43 | 1,15 | 194,78 |
| 35009012 | 066974 | CESARIANA | 180,30 | 111,43 | 2,11 | 293,84 |
| 35014016 | 063495 | CURETAGEM | 39,08 | 37,05 | 2,24 | 78,37 |
| 35025018 | 3 | PARTO NORMAL H. AMIGO CRIANÇA ⁽³⁾ | 118,95 | 111,43 | 1,15 | 231,53 |

FONTE: MS/DATASUS/TABELA DE PROCEDIMENTO SIH-SIA/SUS. 1997.

(1) Tabela de Procedimentos do SUS/1997, incluído o reajuste de 25%.

(2) O autor levou em consideração sua própria experiência enquanto profissional médico da rede hospitalar da cidade.

(3) Valores pagos para partos normais em Hospital "Amigo da Criança", cujo programa incentiva o aleitamento materno.

ANEXO 5

NÚMERO DE LEITOS DE UTI EM HOSPITAIS
 CREDENCIADOS AO SUS EM CAMPINA GRANDE.
 PERÍODO: JUNHO 1997.

| HOSPITAL | Nº UTIS | Nº LEITOS/ DIA |
|-----------------|----------------|---------------------------|
| CLIPSI | 3 | 27 |
| FAP | 2 | 16 |
| HAT | 2 | 19 |
| HUAC | 3 | 18 |
| H. JOÃO XXIII | 1 | 13 |
| HPI | 1 | 10 |
| ITPP | 3 | 27 |
| MATER DEI | 1 | 10 |
| SAMIC | 1 | 12 |
| H. MARIANA | 1 | 8 |
| TOTAL | 17 | 160 |

FONTE: PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE/SMSCG. 1997.

NOTA: O número total de leitos de UTI na cidade,
 incluindo os hospitais privados é de aproximadamente 180.
 Dados sujeitos a correção

ANEXO 6**VALORES COMPARATIVOS DE ALGUNS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS
(EM REAIS)**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR⁽¹⁾ |
|---------------|------------------------------|----------------------------|
| 97-013-01-3 | TOMOGRAFIA CRÂNIO | 86,75 |
| 97-014-00-1 | TOMOGRAFIA TÓRAX | 136,40 |
| 97-015-00-8 | TOMOGRAFIA ABDÔMEM | 138,61 |
| 97-003-05-0 | CATETERISMO CARDÍACO | 470,35 |
| 97-001-00-7 | ANGIOGRAFIA CEREBRAL | 179,46 |
| 97-203-00-9 | MIелоGRAFIA | 121,63 |
| 99-041-01-4 | HEMODIÁLISE | 91,89 |
| 99-500-01-9 | NUTRIÇÃO PARENTERAL | 26,58 |
| 94-003-01-7 | TRANSFUSÃO SANGUÍNEA | 13,74 |
| - | APLICAÇÃO DE VACINAS | 0,63 |
| 0264 | VISITAS PROF. NÍVEL MÉDIO | 2,50 |
| 0272 | ATIV. EXEC. P/ ACS-PACS | 2,50 |
| 0400 | CONSULTA MÉDICA SIMPLES | 2,55 |
| 0418 | CONSULTA MÉDICA C/ MEDICAÇÃO | 3,16 |
| 0426 | CONSULTA MÉDICA C/OBSERVAÇÃO | 7,46 |
| 0477 | CONSULTA PRÉ NATAL | 3,58 |
| 0809 | CONSULTA ORTOPÉDICA | 6,90 |
| 2216 | DENTÍSTICA I | 2,18 |
| 5142 | EXAME DE FEZES I | 1,65 |
| 5185 | HEMATOLOGIA I | 2,73 |
| 5681 | URINA I | 2,04 |
| 6505 | PSICODIAGNÓSTICO | 2,74 |
| 6700 | RADIOTERAPIA I | 5,69 |
| 6807 | QUIMIOTERAPIA I | 116,35 |
| 6920 | QUIMIOTERAPIA VII | 1.281,34 |
| 7005 | ATEND. FISIOTERAPIA | 2,36 |
| 8400 | ATEND. CENTRO PSICOSSOCIAL | 9,10 |
| 1112 | CIRURGIA AMBUL. OLHOS I | 19,14 |
| 1210 | CIRURGIA AMBUL. OLHOS VI | 389,64 |

FONTE: TABELA DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES SIA/SIH-SUS. 1997.

(1) Tabela de procedimentos do SUS/1997, incluído o reajuste de 25%.

(-) Para cada tipo de vacina existe um código específico.