



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL  
MESTRADO**

**GHEYSA MARIA PEREIRA LIMA EICKHOFF**

**PERCURSOS E DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUIABÁ-MT  
NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE, PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988.**

**CUIABÁ-MT  
2015**

GHEYSA MARIA PEREIRA LIMA EICKHOFF

**PERCURSOS E DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
DE CUIABÁ-MT NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE, PÓS  
CONSTITUIÇÃO DE 1988.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal de Mato Grosso como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Política Social na Área de Concentração: Política Social, Estado, Sociedade e Direitos Sociais, Linha de Pesquisa: Trabalho, Questão Social e Serviço Social.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ivone Maria Ferreira da Silva

CUIABÁ/MT  
2015

### **Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.**

P436p Pereira Lima Eickhoff, Gheysa Maria.  
Percurso e desafios da política de saúde do município de Cuiabá-MT na perspectiva da integralidade, pós constituição de 1988. / Gheysa Maria Pereira Lima Eickhoff.  
- 2015  
137 f. ; 30 cm.

Orientadora: Ivone Maria Ferreira da Silva.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Cuiabá, 2015.  
Inclui bibliografia.

1. Saúde Pública. 2. Política Social. 3. Integralidade em Saúde. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.**

GHEYSA MARIA PEREIRA LIMA EICKHOFF

**PERCURSOS E DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE  
CUIABÁ-MT NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE,  
PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988.**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós- Graduação em  
Política Social - ICHS – UFMT.

Aprovado em 03/09/2015.

**BANCA EXAMINADORA**

Professora Doutora Ivone Maria Ferreira da Silva  
Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT  
Orientadora

Professora Doutora Imar Domingues Queiroz  
Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT

Professora Doutora Neuci Cunha dos Santos  
Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT  
Escola de Saúde Pública de Mato Grosso - ESP/MT

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus pela vida e por todas as vitórias que tenho conquistado ao longo dos anos de vida, incluindo o nascimento do meu filho.

Agradeço, em especial, o meu fiel companheiro Anderson por sempre estar ao meu lado e me acompanhar em pequenas e grandes jornadas.

A minha família, minha mãe Klebs e, especialmente, ao meu pai Florival, pelo amor incondicional.

Aos (as) trabalhadores (as) da saúde, os (as) tive a oportunidade de conhecer e trabalhar,

Ao Conselho Municipal de Saúde, Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde e Central de Regulação de Cuiabá.

Ao profissional da saúde, psicólogo e também Professor Luiz Alves Correa, pelos grandes incentivos desde a graduação.

A profissional da saúde, socióloga e gestora governamental Ivani Gomes de Almeida Araújo, pela parceria e confiança mútua.

Enfim, meus agradecimentos a todos que contribuíram de forma direta e indireta com a minha formação acadêmica, em especial a minha orientadora, Professora Doutora Ivone Maria Ferreira da Silva, que compartilhou comigo seus conhecimentos e experiências, com muita competência e responsabilidade.

Aos (as) professores (as) do mestrado pelas aulas extremamente enriquecedoras que tive a chance de participar. A contribuição deixada por vocês é imensurável.

Aos (as) colegas do mestrado, pela convivência harmoniosa e troca de experiências. Muito obrigada a todos (as)!

Dedico este trabalho à minha mãe, mulher de  
visão e exemplo de perseverança.

LIMA-Eickhoff, G. M. P. Percursos e desafios da Política de Saúde do município de Cuiabá-MT na perspectiva da Integralidade, pós Constituição de 1988. [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal de Mato Grosso – ICHS/UFMT, 2015.

## RESUMO

A dissertação tem como tema a Integralidade em saúde, um princípio constitucional descrito no artigo 7º da Lei 8.080 de 19/09/1990, que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A questão central deste estudo é verificar em que medida a Integralidade foi efetivada dentro da política de saúde de Cuiabá, após a promulgação da Constituição de 1988. O objetivo foi analisar variáveis consideradas importantes como a universalização do acesso e a assistência integral. A metodologia utilizada configurou-se numa pesquisa de natureza qualitativa, tomando como pressupondo a Integralidade enquanto princípio doutrinário que instituiu a saúde como uma política de Estado. Para alcance do objetivo proposto este processo foi realizado nas seguintes etapas: levantamento bibliográfico para a apreensão de dados relativos à problematização do objeto, pesquisa documental junto aos órgãos responsáveis pela questão da saúde em Cuiabá, sistematização e análise. Com base na revisão de literatura em autores que tratam da temática e dos enunciados constantes nos textos pesquisados, o estudo destacou o avanço das políticas sociais oriundas a trajetória do Estado brasileiro ao tornar o SUS um dos maiores projetos de inclusão social na área da saúde. Com este novo formato, previu-se um projeto descentralizador que colocou os municípios brasileiros numa conjuntura de protagonismo na formulação e execução das políticas de saúde, como foi para Cuiabá Uma conquista que conduziu a expansão dos serviços de saúde em razão do processo de municipalização. Tais mudanças refletiram positivamente no planejamento e gerenciamento das ações, levando também a construção de mecanismos como o Conselho Municipal de Saúde, a Ouvidoria do SUS e a Central de Regulação. Como instrumento de consolidação do compromisso em reunir condições singulares para o exercício dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade, regulamentaram-se dentre outros projetos: a Lei Orgânica do Município e os Planos Municipais de Saúde (PMS) - requisitos legais no processo de construção do SUS. Quanto à atenção integral à saúde, o que se destacou, no conjunto de documentos analisados, foi o PMS referente ao período de 2010/2013, cujas ações e metas estratégicas previstas definiram a Atenção Básica como espaço prioritário, além da articulação setorial (interno e externo à organização) com vistas a melhorias na assistência das principais causas de morbimortalidade, o que revela a correta preocupação em garantir ações mais efetivas para promoção da saúde. Ainda que tenha sido notado significativo progresso na política de saúde de Cuiabá, o estudo apontou grandes desafios a serem superados para a efetivação da Integralidade em saúde, dentre os quais a mercantilização da saúde, a estagnação dos recursos físicos e da rede serviços do SUS/Cuiabá instalada, que ainda refletem certo distanciamento do cumprimento da legislação e das metas pactuadas, já que a população também demanda serviços especializados. A despeito da questão do acesso universal e da atenção integral, presume-se o reflexo dessas dificuldades na qualidade dos serviços prestados e os possíveis impactos sobre a vida das pessoas que deles necessitam.

Palavras-Chaves: Saúde Pública; Política Social; e, Integralidade em Saúde.

LIMA-Eickhoff, G. M. P. Paths and the Public Health System challenges of the city of Cuiaba of Mato Grosso on the overview of Integrality, after the Brazilian Constitution of 1988 – Brazil.

## **ABSTRACT**

The dissertation is subject to integrality in health, a constitutional principle set out in Article 7 of Law 8.080 of 19/9/1990, which led to the Unified Health System (SUS) in Brazil. The central question of this study is to verify the extent to which integrality in health became effective within the health policy of Cuiabá, after the promulgation of the 1988 Constitution. The aim was to analyze important variables of the universal access and comprehensive care. The methodology set up a qualitative research, taking as presupposing the Completeness while doctrinal principle which established health as a state policy. To reach the goal set this process was conducted in the following steps: literature for the apprehension of data relating to questioning of the object, documentary research to the organs responsible for the issue of health in Cuiabá, systematization and analysis. Based on the literature review on authors who deal with the issue and statements contained in the researched texts, the study highlighted the advancement of social policies arising from the trajectory of the Brazilian State to make the NHS a major social inclusion projects in healthcare. With this new format, predicted to be a decentralization project that placed the municipalities in a role of climate in the formulation and implementation of health policies, as to Cuiaba. Achievement that led the expansion of health services as a result of the decentralization process. Such changes reflected positively in the planning and management of shares, also leading the construction of mechanisms such as the Municipal Health Council, the NHS Ombudsman and Central regulation. Committed consolidation tool in bringing together unique conditions for the exercise of constitutional principles of universality, comprehensiveness and equity, if regulated, among other projects: the Organic Law of the Municipality and the Municipal Health Plans (SMP) - Legal requirements in the process of construction of SUS. As for comprehensive health care, which stood out in the set of documents examined, it was the PMS for the period of 2010/2013, whose actions and strategic goals set defined primary care as a priority area, in addition to sectoral joint (internal and external to the organization) with a view to improvements in care of the major causes of morbidity and mortality, which shows the correct concern to ensure more effective actions for health promotion. Although it was noted significant progress in Cuiabá health policy, the study pointed out major challenges to be overcome for effective Completeness health, among which the commodification of health, stagnation of physical resources and network services of SUS / Cuiaba installed, which still reflect certain distance of enforcement and agreed targets, since the population also requires specialized services. Despite the issue of universal access and comprehensive care, is presumed to be the result of these difficulties in the quality of services provided and the possible impacts on the lives of people who need them.

Keywords: Public Health System; Integrality in health; Social Politics.

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BM	Banco Mundial
CAP's	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CCA	Coordenadoria de Controle e Avaliação
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional da Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CER	Central de Regulação
DRAC	Diretoria de Regulação, Avaliação e Controle
EUA	Estados Unidos da América
FMI	Fundo Monetário Internacional
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LAPPIS	Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério de Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOBS	Normas Operacionais Básicas
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PNS	Política Nacional de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PRÓ-SAÚDE	Programa para a Reorganização dos Serviços de Saúde.
PSF	Programa Saúde da Família
PTA	Plano de Trabalho Anual
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	10
1. A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA NO CONTEXTO DO ESTADO CAPITALISTA .....	14
1.1 As lutas pela saúde pública no Brasil e os caminhos para a Integralidade .....	14
1.2 A defesa dos direitos sociais na Constituição de 1988 .....	25
1.3 Construindo o Sistema Único de Saúde (SUS) .....	28
1.4 O neoliberalismo e os prejuízos ao Sistema Único de Saúde .....	34
2. O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE .....	42
2.1 Princípios e diretrizes constitucionais .....	42
2.2 Fundamentos e conceitos da integralidade no Sistema único de Saúde .....	45
2.3 A institucionalidade do acesso: aspectos sobre a organização do Sistema Único de Saúde .....	48
3. A INTEGRALIDADE NA POLITICA DE SAÚDE EM CUIABÁ-MT .....	58
3.1 A Política de Saúde em Mato Grosso .....	58
3.2 Aproximação com a realidade de Cuiabá-MT: Pressupostos da integralidade que orientam a Política de Saúde do Município .....	62
3.2.1 Plano Municipal de Saúde - Cuiabá (2010/2013) .....	71
3.2.2 Os Centros de Regulação em Cuiabá .....	79
3.2.3 Recursos Físicos Instalados e a Rede de Serviços do SUS / Cuiabá .....	81
3.3 Reflexões acerca da onda privatizante sobre a saúde pública de Cuiabá .....	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	92
ANEXOS .....	98
Anexo 1 .....	99
Anexo 2 .....	105
Anexo 3 .....	132
APÊNDICES .....	137

## INTRODUÇÃO

O propósito em desenvolver esta dissertação surgiu da experiência enquanto usuária do sistema público de saúde em um Hospital de alta complexidade, localizado no estado de São Paulo, desde 1983 e do Centro de Reabilitação, de Cuiabá/MT por um período de aproximadamente oito anos, e, posteriormente, em razão da atuação profissional como Assistente Social numa unidade de saúde vinculada à atenção secundária no município de Cuiabá, no período de 2009 a 2013, cujas ações compreendem serviços de média e alta complexidade, apoio diagnóstico, tratamento ambulatorial e reabilitação.

Quanto à atuação profissional, a convivência cotidiana com o grande volume de solicitação por estes recursos assistenciais, demanda reprimida, judicialização carência de atendimentos especializados e usuários desprotegidos que se sujeitam a um verdadeiro ritual de peregrinação em busca de atendimento médico, despertaram o interesse em aprofundar uma discussão em saúde sob a ótica da Integralidade, a partir das várias possibilidades de compreensão do seu conceito, uma vez que as ações observadas e comumente praticadas revelaram uma assistência ineficaz, contrariando, ainda, os reflexos da experiência positiva enquanto usuária do SUS no âmbito da atenção especializada.

Nesse contexto, a questão central de pesquisa foi verificar em que medida a Integralidade foi trabalhada dentro da política de saúde de Cuiabá, considerando variáveis importantes como a universalização do acesso e a assistência integral. O recorte proposto refere-se ao período compreendido a partir de 1988 com a promulgação da nova Carta Constitucional.

Partindo-se do pressuposto de que a Integralidade é um conceito construído no interior do movimento sanitário brasileiro, consolidado somente com a Constituição Federal de 1988, a abordagem deste tema teve como finalidade contribuir para o aprofundamento da análise sobre a saúde como um direito de cidadania, auxiliando quanto à meta a ser alcançada pela retomada da Integralidade em saúde como um projeto para a vida, bem como contribuir para fomentar um debate sobre a integralidade no município de Cuiabá.

Para realização do estudo foram obtidos dados através de uma pesquisa de natureza qualitativa, inicialmente por uma revisão de literatura a partir de livros, revistas, jornais, artigos científicos, trabalhos acadêmicos, somada, posteriormente, à uma pesquisa documental junto a alguns órgãos municipais responsáveis pela política de saúde em Cuiabá, constituindo-se em fontes secundárias. A revisão de literatura recaiu, principalmente sobre a política de saúde no Brasil, o princípio da integralidade e as ações assistenciais construídas pelo Estado.

A perspectiva metodológica esteve pautada numa análise e crítica dialética, no campo da tradição marxista que pressupõe o conhecimento da realidade de forma articulada às categorias da totalidade, historicidade, contradição e mediação. Nessa abordagem buscou interpretações a partir de um processo coerente que, sustentadas em princípios teóricos possibilitam reconstruir objetivamente aspectos da realidade. Assim, as contradições se transcendem dando origem a novas contradições que passam a requerer solução, os fatos não podem ser considerados fora de um contexto social, político, econômico, entre outros (MARCONI & LAKATOS, 2006).

Este método segundo Minayo (2010) “[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam [...]”.

Na fase documental e empírica da pesquisa tivemos os seguintes desdobramentos: realizamos um levantamento de documentos acerca da política de saúde de Cuiabá relativos aos governos sucessores à promulgação da Carta Constitucional de 1988 e à regulamentação da Lei nº 8.080/90, optando-se por explorar a experiência da cidade de Cuiabá; documentos como Relatórios Anuais de Gestão e Planos Municipais de Saúde. De posse de desses documentos passamos para a fase de leitura, estudo e sistematização dos dados encontrados.

Para melhor compreensão do leitor, o estudo encontra-se estruturado pela Introdução e três tópicos temáticos. No Capítulo I, apresentamos a saúde pública, suas raízes e representatividade no cenário da política social brasileira, marcada por uma trajetória de lutas sociais contra os modelos assistenciais assinalados dentro do

processo mais geral de construção do Estado moderno, aspectos estes problematizados por vários autores dentre os quais destacamos Behring e Boscheti (2008); Mattos (2001); Bravo (2001); Rizzoto (2012).

Na sequência, apresentamos no Capítulo II a Integralidade, investigada a partir das bases legisladoras que orientam as Políticas de Saúde, buscando recuperar algumas ideias discutidas no decorrer da pesquisa, a institucionalidade do acesso e aspectos organizacionais do SUS,.

No Capítulo III, destacam-se os apontamentos do estudo realizado e os resultados obtidos pela pesquisa: cumprimento da norma constitucional em organizar legalmente a Cédula Federativa Democrática através da Lei Orgânica do Município; criação do Conselho Municipal de Saúde e da Ouvidoria/SUS; construção do PMS através do levantamento e análise situacional sobre as condições de saúde da população; enfim, o processo de implantação da Política de Saúde em Cuiabá sob a ótica da integralidade numa perspectiva que atende ainda somente a esfera institucional, com conquistas inegáveis sobre a expansão da oferta de serviços seja na Atenção Básica com a estratégia de saúde da família, na área de urgência, emergência e saúde mental, controle de doenças, entre outros.

Com base nas informações coletadas acerca das políticas estruturadas, identificam-se avanços importantes, mas também alguns desafios que tem prejudicado a promoção satisfatória da assistência, dentre os quais podemos citar a padronização e homogeneização sobre o financiamento dos serviços, uma vez que ao estado cabe providenciar as condições necessárias para se executar ações eficientes e de acordo com a realidade local.

No que tange as Considerações Finais, verifica-se que no âmbito da Política de Saúde de Cuiabá a Integralidade é entendida como um dos preceitos que orientam para concretização da saúde como um direito e como serviço, embora os recursos físicos e a rede de serviços do SUS ainda refletem certo distanciamento do cumprimento das principais metas pactuadas, cuja insuficiência nem sempre pode ser explicada somente pela ausência de resolutividade da atenção primária, nem da prioridade que é lançada sobre a implementação de suas ações já que a população também demanda serviços especializados. Acreditamos que a expansão da rede

básica de saúde também levou à necessidade de serviços especializados e estes precisam ser expandidos.

Outra questão importante que aponta para os limites que desafiam os propósitos do SUS refere-se às visíveis contradições entre a busca da legitimação dos direitos sociais através dos planos municipais de ação em saúde que foram construídos, aliada, entretanto, à constante redução da representação da esfera pública no sistema de gerenciamento dos serviços prestados à população. Lembrando que a saúde deve ser inserida num padrão de desenvolvimento que promova a melhoria das condições de vida das pessoas, cujo modelo não se esgota na representação do SUS, nos serviços de saúde.

Desse modo, é essencial que o poder público se esforce na qualificação dos serviços prestados, de maneira a conduzir para uma prática em saúde positiva, orientada para o fortalecimento das políticas públicas.

# **1 A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA NO CONTEXTO DO ESTADO CAPITALISTA**

## **1.1 As lutas pela saúde pública no Brasil e os caminhos para a integralidade**

Este capítulo abre perspectivas para a análise sobre a integralidade - tema do nosso estudo -, dentro da proposta do Sistema Único de Saúde ao indicar uma das mais valiosas experiências de Reforma do Setor Saúde ocorrida entre as décadas de 80 e 90, orientada no cerne dos ideais da chamada Reforma Sanitária e no contexto da Reforma do Estado.

Considerando a extensa literatura sobre o tema da Saúde Pública, a constituição dos seus princípios e diretrizes norteadores - já que o seu processo de construção é assinalado por uma importante trajetória de organização administrativa, formalização de normas, decretos e de luta popular - nossa investigação parte do enfoque sobre as origens do movimento sanitário desde as reflexões de Berlinguer (1988) sua análise crítica da experiência italiana e aponta algumas questões sobre o processo de construção e implantação da Reforma Sanitária Italiana, cujas propostas de lei foram uma expressão da luta popular.

Os demais autores Teixeira e Campos (1998) contribuem para esse debate apresentando alguns assuntos categóricos para o aprofundamento sobre as transições em curso no sistema de saúde brasileiro, bem como as expectativas das possibilidades e limites de uma reforma, já que o país buscava concluir a Carta Constitucional na qual se presumia a afirmação da saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Pela presente discussão e ainda com o propósito de discutir sobre a efetivação da integralidade, um dos princípios constitucionais que orienta a Política de Saúde na atualidade, nossa abordagem introdutória parte de um breve histórico desde os primeiros serviços de saúde (final do século XVIII) com a criação de instituições para o controle sanitário e combate a propagação de doenças - implantação da primeira organização de saúde pública. Consiste, portanto, no reconhecimento do movimento pela reforma da saúde como um grande processo histórico, complexo, contraditório e com múltiplas determinações.

Considerando que as primeiras ações em saúde ocorreram desde o Brasil Colônia apenas baseadas no modelo exploratório sem a preocupação com questões sanitárias, com a instituição de um modelo cujas práticas previam o controle sanitário, o foco voltou-se para a manutenção da higiene pública e assistência aos pobres, ou seja, criou-se um sistema de proteção pela caridade. Dentre as principais instituições existentes neste modelo, temos as Santas Casas de Misericórdia.

Em 1828, no Brasil Império, aconteceu a primeira reforma dos serviços sanitários através da promulgação da lei de municipalização e a extinção da Fisicatura, que era a ação de inspecionar e fiscalizar possíveis irregularidades tanto no exercício da Medicina quanto ao bom funcionamento da cidade com o objetivo de não permitir a propagação de qualquer doença, onde “A saúde não aparece como algo que possa ser produzido, incentivado, organizado aumentado; só é percebida negativamente” (GALVÃO, 2009).

O século XIX assinala para o Brasil um processo de transformação política e econômica com a chegada da Corte Portuguesa, modificando a relação entre o Estado, a Sociedade e a Medicina. “Quando o poder central instala-se, atribui a ele mesmo determinadas funções; garantir o enriquecimento a defesa e a saúde do “povo” da nova terra” (GALVÃO, 2009).

Somente com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, as mudanças ocorreram na administração pública local, inclusive na execução das ações sanitárias, centralizadas na cidade do Rio de Janeiro que na época apresentava o principal porto do país, mas, que também não apresentaram eficácia no cuidado da saúde da população.

Conseqüentemente, os mais ricos chegavam a buscar assistência médica na Europa, enquanto o restante da população tinham que se virar para lutar contra as próprias doenças e a morte. Dessa forma, essa fase da história brasileira encerrou-se sem que Estado solucionasse os graves problemas de saúde da população, fato este que fez com que o Brasil, ao final do segundo reinado, fosse conhecido como um país insalubre, já que a criação e supressão de vários órgãos de prevenção e controle de doenças ocorreram em razão de problemas de ordem financeira e mudanças na política brasileira.

Destaca-se o papel que a Fundação Rockefeller teve, no início do século, nas práticas de saúde no Brasil. Seu objetivo era garantir uma estratégia norte-americana de sanear as epidemias em países com possibilidade de expandir capital e isto foi garantido no caso Brasil. Seu modelo de atuação e campanhas de Saúde Pública e educação médica, dando continuidade aos programas de combate à febre amarela, implantados por Oswaldo Cruz – pioneiro em Saúde Pública (SILVA, 1998, p. 41).

Até o início do século XX, poucos tiveram acesso aos serviços de saúde porque estes foram disponibilizados a apenas uma pequena parcela da população, mesmo com o nascimento e expansão das indústrias e a chegada dos europeus. Com o controle das endemias, a medicina passou a exercer grande influência sobre o Estado, sendo esta iniciativa parte do projeto de modernização e desenvolvimento do país através do estudo sobre a prevenção de doenças, atuação de combate aos grandes surtos e o desenvolvimento da medicina sanitária, ou seja, da saúde pública.

Já no período republicano, a antiga junta e inspetorias de higiene provinciais foram substituídas pelos serviços sanitários estaduais, embora esses serviços pouco impactaram na qualidade de vida das pessoas. Posteriormente, desenvolveu-se o modelo sanitário, mais conhecido pela preservação e manutenção da mão-de-obra da população, principal fonte responsável pelo desenvolvimento do país, permitindo uma ação mais geral do Estado, que antes apenas alimentava planos de combate aos períodos de surtos epidêmicos.

O Estado passou então a intervir na saúde individual e coletiva, mas também observou a necessidade associar projetos governamentais voltados para setores como a educação, habitação, alimentação, transporte e trabalho. Por essa intervenção direta, o comparecimento e a ação do Estado configuraram-se como política social, embora esta tenha sido a menos privilegiada das ações, já que o governo continuou a beneficiar os grupos sociais mais ricos, deixando de assistir a grande maioria da população, tornando mais difícil a superação da pobreza.

Atribuindo-se os problemas de saúde da população à pobreza e à miséria, o governo brasileiro viu-se obrigado a convocar o médico sanitário Oswaldo Cruz para traçar um plano de ação para erradicação das várias doenças que assolava a região Amazônica. No restante do país o Estado voltou seu interesse somente para

as regiões portuárias. Dentre os planos do médico Oswaldo Cruz destaca-se sua imposição para a aprovação de uma lei que tornava obrigatória a vacinação contra a varíola, causando revolta da população. Por este clima tenso, o Estado foi obrigado a buscar outras formas de relacionamento com o povo, organizando melhor suas ações, atingindo inclusive o interior do país, o que proporcionou a redução da mortalidade e morbidade da população urbana e rural progressivamente.

Contudo, apesar das iniciativas para se firmar um sistema de saúde eficaz através do modelo sanitário de prevenção criado por Oswaldo Cruz, aliadas ao grande processo de povoamento e formação do estado brasileiro, um forte movimento de trabalhadores se influenciava pelo grande contingente de imigrantes italianos, que tiveram em seu país a última e mais ampla reforma dos serviços de saúde no mundo capitalista.

A Lei 833 de 23/12/1978, intitulada de *Instituzione del Servizio Sanitario Nazionale* (Instituição do Serviço Sanitário Nacional, representou para os italianos um novo capítulo na história da organização sanitária do seu país, embora reconhecessem que sua aplicação sofreria muitas influências pela situação política daquela época, já que no país existia uma forte corrente conservadora (BERLINGUER, 1998).

A ideia de uma ação renovadora sobre a Reforma Sanitária esteve muito presente nas convicções da população desse país, já que a verdadeira reforma exigiu da sociedade italiana desde a ampla mobilização por parte dos trabalhadores, até a própria mudança na condução política do governo.

Com a lei nº 833, o verdadeiro processo de reforma não está terminado, mas apenas encaminhado. E que agora se apresentam dificuldades, obstáculos e armadilhas mais consistentes e mais evidentes do que no passado. É provável que os conservadores, no futuro, procurem imputar as carências assistenciais e as disfunções operacionais que inevitavelmente surgirão, não à pesada herança por muito tempo dilatada, mas à lei da reforma ou à própria ideia de que a saúde pública é passível de reforma (BERLINGUER, 1988, p. 02)

Como mencionou Berlinguer (1988), a concepção de mudança efetiva não poderia ser entendida como uma ação definitiva, estanque, ou seja, a simples reforma de um sistema, mas como uma Reforma para a Saúde, o que sugere,

portanto, uma profunda transformação da sociedade e da vida das pessoas como um todo e ainda como um processo resultante da ação e reivindicação popular.

Considera dois pontos importantes: direção política renovadora, superando a democracia-cristã sustentada pelos partidos de governo daquela época; e, participação da população para que a reforma não fosse apenas um documento com normas e decretos, mas a idealização de uma mudança de comportamento e do modo de vida das pessoas. Mas, apesar de toda essa influência indireta resultante do processo de imigração, o Brasil escreveria sua própria trajetória.

Uma das questões mais profundas que perpassa o cenário das políticas sociais no Brasil tem destaque com o governo de Getúlio Vargas, quando as mesmas tornam-se o “carro chefe”, porém, como a justificativa para um governo autoritário, de centralismo político, cujo conjunto de reformas idealizado constituiu-se também pela construção o Ministério da Educação e da Saúde Pública, onde integrou a área sanitária ao setor educacional.

Segundo Silva (1998), esse modelo teria provocado uma grande reformulação dos serviços sanitários, baseado num sistema de saúde descentralizado de acordo com as necessidades de cada região, focado somente em doenças específicas, criando condições sanitárias mínimas para as cidades e, restritas direcionadas para o campo.

Ambas as experiências geraram grandes perspectivas para os brasileiros, cujo movimento teve um papel relevante desde a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão CAP's, através da Lei Elói Chaves, e de onde surgiria a previdência social brasileira.

As CAP's eram geridas e administradas por empresários e trabalhadores. Entre os anos 30 e 45, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP's, onde a contribuição passa a ser tripartite incluindo a participação do Estado nas Políticas de Saúde no Brasil, evidenciando seu caráter paternalista, herança de um modelo de desenvolvimento econômico, político e social e cultural de caráter colonizador (SILVA, 1998, p. 41).

A política de saúde ficou, então, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária, fazendo surgir a partir daí, as políticas

sociais nacionais. A problemática da saúde transformou-se em uma questão política, com a intervenção estatal que de algum modo passou a assisti-los enquanto sujeitos sociais.

Passado esse período, conclui-se que o sistema de proteção social no Brasil, portanto, até o final da década de 1980, combinou um modelo de seguro social na área previdenciária, (incluindo a atenção à saúde), com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais, em que ambos os sistemas foram organizados e consolidados entre as décadas de 1930 e 1940, como parte do processo mais geral de construção do Estado moderno, intervencionista e centralizador, após a revolução de 1930.

Centrando-se na análise da trajetória da saúde pública, no Brasil se encontra aspectos curiosos e paradoxais, mostrando que se ainda nos anos 20 e 30 o Estado intervém de alguma forma nos problemas de saúde, passa na fase mais aguda do desenvolvimento econômico – a industrialização – a relegar para um segundo plano o setor público da saúde: primeiro, em relação inversa aumenta a industrialização e diminui a saúde pública. [...] ao mesmo tempo que a saúde pública é desvalorizada enquanto política social, amplia-se a estrutura sanitária, assumindo proporções, antes regionais, agora nacionais (SILVA, 1988, p. 42)

O resgate da autora nos remete ao posicionamento de Berlinguer (1988) sobre a necessidade de coerência política, ou seja, não basta enumerar grandes normas e distribuir incumbências sem romper com posições de ordem conservadoras. O que não é de se espantar, já que a Política Nacional de Saúde – PNS, esboçada desde 1930 –, foi consolidada somente no período de 1945-1950, embora até a década de 1964 o quadro de doenças infecciosas, assim como as elevadas taxas de morbidade, mortalidade infantil e também a mortalidade geral não foram suprimidas totalmente.

Outros fatos importantes na história da saúde pública no Brasil:

✓ 1961 - Formulação da Política Nacional de Saúde baseada nas propostas de adequação dos serviços de saúde pública à realidade diagnosticada pelos sanitaristas;

✓ 1963 - III Conferência Nacional da Saúde (CNS), cujas discussões previam o reordenamento dos serviços de assistência médico-sanitária e a nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, a municipalização.

✓ 1964 - Os militares assumem o governo do Brasil, momento em que se reitera o propósito de fixar um Plano Nacional de Saúde seguindo as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde.

Com formato de governo regido pelos militares, o modelo sanitarista preventivo de Oswaldo Cruz no Brasil foi substituído pela prática médica-assistencialista, afetando as ações de saúde coletiva. Uma estrutura cara, ineficaz e que beneficiava somente os trabalhadores com vínculo empregatício, excluindo a maioria dos brasileiros.

Com a entrada do governo dos militares no cenário brasileiro e a ditadura, pouco foi investido nas ações em saúde. Por outro lado, aumentaram-se os custos com os ministérios do transporte, indústria e militar. A assistência à saúde teve seu foco voltado para a saúde individual e não coletiva, privilegiando apenas uma minoria. E, por este quadro de concentração e centralização da previdência social, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, unificando todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930.

Segundo Cohn (1995), no final dos anos 60, as ações em saúde implantadas no país ainda apresentavam características de uma proteção social marcada pela “cidadania regulada”. Anos depois, o sistema em vigor ainda combinava um programa de seguro social na área previdenciária - incluindo a atenção à saúde - com um tipo de assistência voltada somente aos indivíduos com vínculos trabalhistas formais, excluindo a maior parte dos brasileiros. Vigoravam-se programas de proteção sociais cada vez mais incoerentes com a realidade do país.

A saúde pública permaneceu no esquecimento e o aumento das enfermidades como a dengue, meningite e a malária levando as epidemias. Mesmo assim, as autoridades da ditadura impediram os meios de comunicação alertar a população (BERTOLLI, 2008).

✓ 1.978: Criação do INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social.

✓ 1.981: Criação o CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária ainda sob a égide dos militares. A saúde pública passa a ser fiscalizada pela sociedade.

Na sequência, a população passa a reivindicar direitos, no intuito de buscar novas propostas para a saúde. Cresceram os ideais por uma reforma social, fortalecendo o movimento sanitário, que surge num cenário de intensa força contrária ao regime militar. Um processo de rearticulação popular em busca da democratização da saúde, que segundo Silva (1998), transformara-se num espaço de construção da contra hegemonia, sendo este o principal alicerce do movimento reformista:

✓ 1.986: Criação do SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Com uma sociedade mais participativa abarcada por diversos atores sociais e entidades, envolvidos com a Reforma Sanitária, temos a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986.

O tema central de análise desta Conferência partiu de temas setoriais como: a Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. Posteriormente, as discussões ultrapassaram seus fóruns específicos – (ABRASCO, CEBES), Medicina Preventiva, Saúde Pública –, cuja reorganização permitiu a participação das entidades representativas da população, dentre elas, os sindicatos, partidos políticos e associações, cuja proposta previu-se não somente a construção de um Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. Lembrando que dentre as bandeiras de luta que se sustentavam nas críticas às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde, estava à bandeira da Integralidade (MATTOS, 2001).

Em 1.988, promulga-se a nova Constituição Federal. Posteriormente regulamentou-se o SUS - Sistema Único de Saúde pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90.

O forte engajamento em prol da luta pela democratização da saúde configurou-se no intuito de transcender a mera racionalização em direção a ações de saúde universalizantes, descentralizadas e mais participativas, fortalecidas pela implantação de um modelo assistencial que atendesse universalmente esse direito social.

O movimento sanitário, seguramente, pode ser considerado um destes atores. Formado por intelectuais e profissionais da área da saúde, atuou em dois sentidos: na produção do conhecimento, pensando outras vias para se compreender o processo de saúde e doença, e na intervenção política, enquanto um dos instrumentos de resistência contra o fechamento de canais de expressão política na ditadura militar (SILVA, 1988, p. 48 e 49).

O projeto de Reforma Sanitária é fortalecido diante da crise da previdência e do modelo de atenção à saúde vigente, “tanto do ponto de vista ideológico como financeiro” (SILVA, 1988). Podemos pensar então, que a realização de uma Reforma Sanitária ocorre pelo menos em duas oportunidades históricas: quando há uma revolução, ou seja, uma mudança brusca na forma de organização do Estado e da economia de uma sociedade a exemplo de Cuba; ou, quando a classe trabalhadora se junta à classe de intelectuais e exercem um papel de vanguarda, como na experiência italiana.

Apesar das semelhanças em relação a outros modelos já estabelecidos por outros países, a construção do SUS no Brasil apresentou três diretrizes diferenciadas: a criação de formas de democracia direta e de gestão participativa, reforçando-se a ideia de controle social; organização descentralizada do sistema; e, a recusa em estatizar os hospitais privados e filantrópicos (CAMPOS, 2006).

No entanto, a perspectiva inovadora põe em questão a determinação social do processo saúde e doença, entretanto, segundo Fleury (1989), esta levaria a uma análise reducionista, levando as políticas sociais ora à garantir do processo de

acumulação capitalista, ora a mero instrumento de legitimação do Estado frente ao processo de exclusão social (SILVA, 1988).

Tal situação revela-se na construção do próprio ideário em torno da Reforma Sanitária brasileira - do seu posicionamento em favor da saúde como uma questão pública - que teve como suporte, intelectuais e o partido progressista, mas que ao mesmo tempo suprimia a representação dos trabalhadores. Ponto relevante já que o processo de transformação “esperado” colocaria em questão o deslocamento do poder político em direção a esfera popular que clamava pela a saúde como um direito universal.

A esse respeito, podemos acrescentar que os fenômenos tem uma razão de ser, de existir. Entre outros determinantes, o surgimento das políticas sociais é um processo resultante das expressões da própria questão social (BEHRING & BOCHETTI, 2011).

Uma dimensão fundamental e orientadora da análise é a ideia de que a produção é o núcleo central da vida social e é inseparável do processo de reprodução, no qual se insere a política social – seja como estimuladora da realização da mais-valia social produzida seja como reprodução da força de trabalho (econômica e política) (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 43).

O reconhecimento desse caráter contraditório, segundo a análise dessas autoras, faz parte de um contexto específico que resulta da nossa inserção do Estado no mundo capitalista. Nessa perspectiva, tomando como ponto de partida para compreensão e discussão do objeto de pesquisa, verifica-se que a reforma sanitária não pode ser compreendida apenas como sinônimo de reforma administrativa do setor de saúde e nem tampouco ao processo de descentralização político-administrativo (SOUZA, 2003).

Ou seja, a reforma sanitária transcende as políticas estatais e remete a um projeto de reforma social de afirmação da vida, através de um movimento crítico e efetivo da sociedade como um todo. Esta não se reduz a uma racionalização do sistema, não se reduz ao SUS, mas buscava uma totalidade de mudanças considerando outros fatores determinantes como: fatores ambientais, sociais e culturais. Sendo assim, as questões de precarização que ganham visibilidade hoje

em torno do SUS são resultantes do desencontro às reformas setoriais propostas pelo banco mundial e pela Organização Mundial de Saúde - OMS.

Estas considerações nos mostra que a experiência brasileira na construção da Reforma Sanitária nasceu na luta contra a ditadura, em defesa da democratização da saúde e no movimento sindical, que levou a construção de uma nova concepção de política que interferiu nas condições de vida e na assistência prestada a toda população, um Estado Democrático onde além de definir “*a saúde como um direito de todos e dever do Estado*”, previu ainda a universalidade de acesso aos serviços e a integralidade da atenção em saúde.

Atentar para essas questões e para a natureza da transição democrática resulta, portanto, em entender a Reforma Sanitária como um fenômeno intrinsecamente político, de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde (COHN, 1989).

Concomitantente a este processo histórico, a Reforma a Sanitária Brasileira parte de uma totalidade de mudanças que não abarcava apenas o sistema, ou seja, que não se limita aos serviços de saúde. É um processo de transformação da atual situação sanitária que pode ser entendida em quatro dimensões: específica sobre o quadro epidemiológico; institucional, que se expressa na produção de bens e serviços; ideológica; e, das relações (AROUCA, 1988).

Dadas às concepções aqui expostas, é pertinente ressaltar as análises de Elias (1993) acerca das relações Estado/Sociedade, referidas ao projeto da Reforma Sanitária no Brasil, onde ele aponta que apesar da forte influência italiana sobre este cenário, o padrão italiano insere-se nos pressupostos da representação social através dos partidos políticos e entidades sindicais de distintas orientações políticas, atuando fortemente sobre o Estado e os governos, onde o movimento fundamental é da sociedade em direção ao Estado, enquanto o Brasil apresentou um processo antagônico: o Estado em direção à sociedade, passando a ideia de uma reforma social através de um Estado forte. Estruturou-se nas universidades ligadas a área da saúde, ganhando espaço na sociedade principalmente através do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES (ELIAS, 1993).

## 1.2 A defesa dos Direitos Sociais na Constituição de 1988

Os direitos fundamentais são considerados elementos essenciais da ordem constitucional objetiva. Segundo a concepção formal, esses direitos têm sua origem nos Direitos do Homem e tornam-se fundamentais quando são escritos numa Constituição, podendo modificar-se de acordo com o momento histórico vivenciado por diferentes sociedades.

Essas concepções são essenciais para nossa discussão, já que os Direitos Fundamentais se diferem dos Direitos Humanos, sendo de extrema relevância para que se possamos enquadrá-los dentro do contexto histórico em que surgiram e como foram prescritos no documento constitucional. É preciso ficar claro que quando falamos em Direitos Humanos, estamos nos referindo aos direitos previstos em tratados internacionais que protegem os seres humanos, ou seja, aqueles que todos fazem jus apenas por sua condição de pessoa humana, independente de previsão legal.

Direitos Humanos são, portanto, direitos do homem e ou fundamentais assegurados em tratados internacionais de Direitos Humanos, e pode estar vinculado ao sistema global ou ao sistema interamericano, como no caso do Brasil que apresenta a Constituição Federal de 88 e o Decreto 6949.2009 no topo do seu ordenamento jurídico.

A Constituição é a lei magna de um país. Traduz-se num conjunto de leis, normas e regras que adequa e aparelha o funcionamento do Estado, bem como, restringe poderes e delibera os direitos e deveres dos seus cidadãos. Em consequência disso, nenhuma outra lei no país pode ser elaborada ou instituída contrariando os seus princípios e fundamentos. Ou seja, a Carta Constitucional pode receber emendas e reformas, por outro lado, no caso do Brasil, existem as chamadas cláusulas pétreas, cujos conteúdos não podem ser extintos.

Esta lei, que está situada no topo da pirâmide normativa é a expressão máxima da positivação dos direitos fundamentais descritos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, porém, a teoria moderna explica através de grandes autores que a Constituição tem sua origem nas Revoluções Americana e Francesa. Nesse

sentido, há um legado de concepções que poderiam ser apreendidos para análise do seu contexto histórico.

Representa a afirmação direta de grandes experiências históricas, embora a sua terminologia possa ser atribuída a qualquer sistema de leis precedentes ao surgimento das contemporâneas constituições. É importante considerar esses fatos porque é importante buscar a compreensão acerca dos princípios que carregam no cerne dos movimentos societários a construção de instrumento de organização do Estado com mais justiça.

Nesse sentido, entende-se que tais questões levam a um ponto importante, de que a Constituição é uma organização jurídica fundamental e estruturante do Estado, tanto direcionada para reger o seu funcionamento quanto para assegurar e garantir os direitos sociais fundamentais das pessoas.

Nos países democráticos, a Constituição é arquitetada por uma Assembleia constituinte proclamada pelo povo, como no caso do Brasil, que é uma Constituição Federativa em vigência desde 1988, é considerada uma conquista da população brasileira. O seu ponto mais relevante refere-se ao fato de que o sistema de proteção social brasileiro, até o final da década de 1980, combinou um modelo de seguro social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais, em que ambos os sistemas foram organizados e consolidados entre as décadas de 1930 e 1940, como parte do processo mais geral de construção do Estado moderno, intervencionista e centralizador, após a revolução de 1930.

Destinada a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem estar, o desenvolvimento a igualdade e a justiça como valores de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social, a Constituição Federal brasileira de 1988 inova em direção a cidadania ao reconhecer também a proteção e a promoção da saúde como responsabilidade pública, ou seja, de competência de todos o que implica participação e controle social permanente.

Nesse contexto, considerando o foco elementar desta análise, o direito a saúde encontra-se emoldurada no rol dos direitos sociais descritos pelo artigo 6º da

Constituição Federal brasileira: São direitos sociais, a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição (BRASIL, 1988). A saúde, portanto, torna-se um direito fundamental à todos os cidadãos.

Neste artigo, é possível observar vários direitos entendidos como fundamentais, no aspecto social classificados nos direitos de segunda geração, ou seja, aqueles que demandam a atuação obrigatória por parte do Estado. Nesse momento, torna-se dever de o Estado tornar efetivo o direito fundamental, pois têm aplicabilidade imediata (BRASIL, 1988, ART. 5º, § 1º). Especificamente, a positivação dos direitos sociais dos trabalhadores apresenta-se na Constituição brasileira da seguinte forma: artigo 7º - Direitos Sociais individuais dos trabalhadores; e, artigos 7º, 8º, 9º, 10º e 11º - Direitos Sociais coletivos dos trabalhadores.

Podemos dizer, então, que os direitos sociais fazem jus ao direito de igualdade e ao efetivo exercício da liberdade, cuja operacionalidade está diretamente relacionada com a capacidade do Estado em corresponder a concretização dos mesmos, através de sua organização administrativa e poder de investimento, a exemplo do capital investido ao Sistema Único de Saúde.

Outro aspecto importante refere-se às expressões moradia e alimentação foram incluídas no caput do artigo 6º através das emendas constitucionais Nº 26/2000 e Nº 64/2010, já que ambas não constavam na versão original da Constituição. Este artigo não é taxativo, pois pela Constituição ainda é previsto outros direitos sociais como o direito à cultura, ao desporto, da família, da criança e do adolescente, do idoso e dos índios. Além disso, há direitos sociais que decorrem dos que já estão previstos na Constituição sendo presumível a criação de outros direitos sociais pela legislação infraconstitucional.

No caso do processo de construção do sistema de saúde atual, alguns de seus artigos foram essenciais para quanto à garantia das ações e serviços de saúde em um sistema universal e igualitário: a saúde como direito social - artigo 6º; a saúde como responsabilidade de todos os níveis de governo - artigo 23º; A saúde

como direito de todos e dever do Estado, sendo este o responsável pela sua aplicabilidade, desenvolvimento de políticas públicas, preconização da saúde integral, acesso universal e a igualdade para todos - artigo 196º; a saúde serviço de relevância pública - artigo 197º; e, a saúde regionalizada e descentralizada através de um sistema único de saúde, saúde integral, participação da comunidade nas ações de saúde e o financiamento que compete a todas as esferas de governo - artigo 198º.

### **1.3 Construindo o Sistema Único de Saúde (SUS)**

Com a regulamentação da saúde pela Constituição de 1988, cria-se um sistema cuja função é abranger a totalidade da população pelo Decreto de duas leis: a 8.080/90 e a 8.142/90.

Dessa forma, o seu processo de construção provocou mudanças no modo de organizar, planejar e avaliar o trabalho em saúde. Pode-se dizer que os princípios do SUS, fixados na Constituição Federal em 1988 e detalhados na Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90 e n. 8.142/90), interferiu de modo significativo nas condições de saúde e na assistência prestada à população, já que a nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente, com a participação da sociedade organizada, previa mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a Sociedade, e entre as esferas de governo – nacional, estadual e municipal, cabendo aos gestores o papel fundamental na concretização dos princípios e das diretrizes da reforma sanitária brasileira.

Na formação do SUS foram estabelecidos os princípios e diretrizes que o norteiam. São eles: a universalidade, a equidade e a integralidade. No tocante as diretrizes, temos: o controle social, o descentralização, a hierarquização, a regionalização e a territorialização.

O princípio da universalidade corresponde ao direito da saúde para toda população, cabendo ao Estado garantir esse direito; o segundo trata do aspecto de justiça, em que todos devem ter igual oportunidade de acesso; e o terceiro princípio

se refere a um atendimento integral que contemple as demandas da população por meios curativos, preventivos e uma atenção à saúde individual e coletiva.

Quanto ao princípio constitucional da integralidade, esta é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”, (CFESS, 2003). Portanto, falar em universalização do acesso e probidade da prestação dos serviços de assistência à saúde a todos (as) os (as) cidadãos (ãs), conforme o que regulamentam as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 é falar em política pública. Portanto, o SUS constitui um projeto social único que se consolida por meio de ações de promoção, prevenção e de assistência.

O reconhecimento da saúde como uma política de Estado revela-se, então, um marco, cujo texto constitucional expressa os avanços em relação às formulações legais anteriores ao garantir um conjunto de direitos sociais, fundamentados pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade e Integralidade.

O artigo 197 exige que a execução dos serviços de saúde aconteça de forma compartilhada, diretamente pelo poder público ou através da iniciativa privada devidamente credenciada, dando preferência as instituições filantrópicas sem fins lucrativos, conforme prevê o artigo 199 parágrafo 1º do mesmo texto.

O parágrafo 1º do artigo 198 institui ainda, os aspectos relacionados à descentralização político-administrativa, alterando normas e regras centralizadoras. Este processo descentralizador da gestão do sistema de Saúde confere aos três entes federado melhor distribuição das competências, como veremos a seguir:

- ✓ À União: o poder central através do Ministério da Saúde;
- ✓ Aos Estados e Distrito Federal: os poderes regionais através das Secretarias de Saúde;
- ✓ Aos municípios: os poderes regionais, através das Secretarias de Saúde ou equivalentes.

Assim, define-se que,

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

Uma ferramenta importante para a operacionalização do SUS são as Normas Operacionais (NOBS). Trata-se de um instrumento que define as estratégias que reorientam a operacionalidade do sistema. Tem como objetivos induzir e estimular mudanças, aprofundar e reorientar a implantação do SUS, definir estratégias e regular as relações entre gestores e normatizar o SUS.

Ao adotar o modelo de seguridade social e assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, a Constituição Federal determina que a promoção das ações de saúde devem ocorrer de forma integrada entre as três esferas de governo, desencadeando um processo de descentralização, transferindo para os estados e municípios algumas responsabilidades e recursos para a operacionalização SUS (BRASIL, 2007b), o Ministério da Saúde implantou as Normas Operacionais Básicas (NOB):

- NOB Nº 01/1991: Centralização da gestão, colocando os municípios na condição de prestadores de serviços.
- NOB Nº 01/1992: Criação do Pró-Saúde – Programa para a Reorganização dos Serviços de Saúde.
- NOB nº 01/1993: Processo de municipalização e habilitação dos municípios (gestão incipiente, parcial e semiplena). Alguns, então, passaram à condição de gestores do sistema de saúde municipal.
- NOB nº 01/1996: Consolidação da política de municipalização, dividindo os municípios em duas formas de gestão: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal.

Na sequência, institui-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/2001, introduzindo o financiamento per capita para algumas ações de média complexidade e ampliação do elenco de ações básicas em saúde, trazendo ainda, a

ideia de redes de assistências, através da organização dos municípios em módulos e microrregiões de saúde, onde cada qual ofertava serviço com determinado nível de complexidade, para facilitar o acesso dos usuários a esses serviços (BRASIL, 2007).

Apresentam-se como Pactos norteadores do SUS:

1. Pacto Social – Federado (1986 /1990): abrange a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a Assembleia Nacional Constituinte (Constituição Federal de 1988), o Simpósio sobre Política nacional de Saúde na Câmara dos Deputados em 1989 e a Lei Orgânica da Saúde em 1990.

2. Pacto Federado – Social (1993): ocorrido em 1993 após a ruptura do SUS devido a retirada da fonte previdenciária, os gestores das três esferas de Governo (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Ministério da Saúde) retomaram e aprofundaram o pacto federado, criando as comissões intergestores de pactuação permanente (Comissão Intergestores Tripartite e Comissão Intergestores Bipartite);

3. Pacto Federado (2005/2006): que trata da atualização dos pactos anteriores, aprofundando e avançando na direção do modelo com base nas necessidades e direitos da população e lançou o “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”, a seguir discutido e aprovado no Conselho Nacional de Saúde, com alto potencial construtor do SUS.

Dentre os compromissos assumidos pelo Ministério da Saúde, após a criação do Sistema Único de Saúde – SUS através da Lei 8.080/90 destaca-se o Pacto em Defesa da Vida. A preocupação com o acesso e a qualidade dos serviços prestados pelo SUS, a promoção, informação e educação em saúde entre outros, tornaram-se elementos fundamentais acerca da justificativa para o novo conceito de saúde.

Hoje, o conceito vigente corresponde ao art. 3º da Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, que diz: “a saúde apresenta como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o

trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, que garantem a sensação de bem-estar físico, mental e social”.

Nessa direção, o desafio dos gestores centrou-se na formulação de políticas preocupadas com a qualidade de vida da população, bem como exigindo que todos sejam partícipes.

No tocante às políticas públicas de saúde que antes era tratada como “caridade e assistencialista” agora é tida como “direito do cidadão e dever do Estado”. Ou seja, passamos de “clientes e assistidos para sujeitos de direitos, usuários e cidadãos” (CAMPOS, 1997, p. 145).

Nesse sentido, para a promoção da saúde, as políticas públicas apresentam-se como um mecanismo de fortalecimento dos serviços prestados e na própria gestão do Sistema Único de Saúde. Sendo assim, a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde sanciona este compromisso, garantindo ainda, os princípios do SUS, a qualidade de vida dos sujeitos, da coletividade e a superação de uma cultura fragmentada e alheia aos interesses e necessidades da sociedade.

Dessa forma, o seu processo de construção provocou mudanças no modo de organizar, planejar e avaliar o trabalho em saúde. O reconhecimento da saúde como uma política de Estado revela-se, então, um marco, cujo texto constitucional expressa o avanço em relação às formulações legais anteriores ao garantir um conjunto de direitos sociais, fundamentados pelos princípios doutrinários: **Universalidade**, princípio relacionado com o acesso aos serviços de saúde. Entende-se que todas as pessoas têm direito ao atendimento e cabe ao Estado assegurar este direito sem distinção entre os usuários, onde o acesso é igualitário e universal; **Eqüidade**, onde o objetivo principal é minimizar as desigualdades, buscando tratar desigualmente os desiguais, o que proporciona um maior investimento onde a carência é maior. Sendo todos os cidadãos iguais perante o SUS, os mesmos serão atendidos conforme as suas necessidades; **Integralidade**, princípio que considera a pessoa como um todo atendendo todas as suas necessidades. Integra ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e promove a articulação com outras políticas públicas.

Quanto aos princípios que norteiam a organização e funcionamento do SUS, temos: **Regionalização e Hierarquização**, que estão relacionados com a rede de

serviços do SUS e que permiti maior conhecimento sobre problemas de saúde local, favorecendo as ações de saúde específicas de acordo com a complexidade de cada região; **Descentralização**, que se refere a redistribuição das responsabilidades sobre as ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo; **Resolutividade**, que se traduz na busca pelo atendimento ou na capacidade do serviço em solucionar um determinado problema; **Participação dos Cidadãos**, que garante à população através de suas organizações representativas tornar parte do processo de formulação das políticas de saúde e o controle de sua execução. Esta participação pode ser realizada através das seguintes instâncias colegiadas: Conferencia de Saúde e Conselho de Saúde.

A Lei 8.142/90, que trata do controle social do SUS, descreve que cada esfera de governo contará com estas instâncias sem prejuízo para as funções do poder legislativo; **Complementariedade do Setor Privado**, em que se defini que quando o serviço do setor público for insuficiente, acarretará a necessidade de contratação de serviços privados, sendo observadas algumas condições estabelecidas de acordo com as normas técnicas e princípios básicos do SUS.

Como mencionado anteriormente, as NOAS preconizou a regionalização através da elaboração do PDR (Plano Diretor de Regionalização) e teve como objetivo garantir o acesso aos serviços de saúde. Esta ferramenta permitiu a ampliação das responsabilidades dos municípios na atenção básica a saúde e organizou os demais níveis de atenção (secundário e terciário).

Define-se assim um processo de regionalização da assistência como estratégia para uma reorganização dos serviços de saúde, garantindo, por exemplo, o acesso da população a todos os níveis assistenciais. Já em 2002, entra em vigor a NOAS 2002 com o objetivo garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com as necessidades dos usuários, em todos os níveis de atenção.

Embora as NOB podem não ter expressado apenas estratégias indutivas ou constrangedoras da descentralização, mas contribuiu para a abertura de caminhos de negociação e de pactuação de interesses na área da saúde, nas palavras de Goulart:

Cada norma criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas por aquela que lhe sucedeu, mediante tentativas de ajustá-las a uma racionalidade sistêmica, que incluiria financiamento dentro dos princípios federativos e de acordo com determinados modelos de saúde e de assistência regionalizados. Entre os aspectos positivos da era das NOB, aponta-se como fato marcante a transição dos modelos de descentralização, de uma forma tutelada e convenial até a descentralização com regionalização, na interpretação de Machado (2006), com resgate do papel dos estados e partilha definida das funções dos entes federativos, sem abrir mão da forte regulação federal (GOULART, 2011, pag. 35).

Com essa nova concepção de saúde e atenção no aspecto da prevenção, proteção e recuperação da saúde, vale ressaltar que ao se tratar de mudanças no âmbito da saúde é preciso cautela já que estamos inseridos num cenário em que a maioria das políticas possui caráter assistencialista, embora, seja importante lembrar que o SUS trouxe uma perspectiva de inovação para a política social brasileira, apesar da omissão dos governantes na execução e fiscalização das ações de saúde.

#### **1.4 O neoliberalismo e os prejuízos ao Sistema Único de Saúde**

No Brasil, a corrente neoliberal tem início já a partir dos anos 1980, exercendo profundas influências na economia e na política. Nessa perspectiva, a trajetória do estado brasileiro avançou para uma nova condição de fortalecimento do mercado em detrimento das ideias anteriores de estatização e regulamentação.

Os grandes índices de pobreza, o agravamento das condições sanitárias influenciadas pela crise econômica e a diminuição de investimentos levaram a uma preocupação generalizada com as despesas no sistema, que de certa forma serviram de justificativa as tentativas de redução dos recursos destinados a este campo.

Nesse percurso, promoveram-se novos rumos às políticas públicas. Mesmo com a reestruturação da seguridade social através da inclusão da previdência, da saúde e da assistência pela Constituição Federal de 1988, para se adequar aos

padrões capitalistas, introduziu-se no país a noção de 'direitos sociais universais, como parte da condição de cidadania.

Por essa razão, acreditamos ser relevante lançar mão da crítica marxista sobre o modo como o sistema capitalista se recria, transforma a realidade, revoluciona invariavelmente os valores e as práticas nas sociedades. É nessa perspectiva que se torna possível apresentar possíveis contribuições para a análise sobre as políticas públicas de saúde no Brasil.

Este posicionamento nos permite buscar a essência dos fenômenos, porém, não através da superficialidade imediata dos fatos, como refere as autoras:

Assim, descobrir a essência dos fenômenos, na perspectiva crítico-dialético, pressupõe situa-los na realidade social sob o ponto de vista da totalidade concreta que, antes de tudo, significa que cada fenômeno pode ser apreendido como um momento da totalidade. Um fenômeno social é um fato histórico na medida em que é examinado como momento de um determinado todo [...] (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 40).

Ao se pensar numa cronologia ou numa perspectiva histórica que nos permita compreender possa nos direcionar para a compreensão do o processo de construção das políticas de saúde no contexto do sistema capitalista, ou seja, de reconhecimento da saúde como um produto da correlação de forças, conforme Silva (1998) nos aponta, concordamos que,

[...] as políticas públicas de saúde tiveram início ainda no século XVI, na Europa – França, Alemanha e Inglaterra – visando proteger a força de trabalho de doença ou morte que pudessem afetar a produtividade e, ao mesmo tempo, garantir o aumento populacional (SILVA, 1998, p. 39).

Desse modo, a autora discute as razões básicas do processo de desenvolvimento do Estado, o sentido das alterações econômicas e sociais engendradas pelo capitalismo e as práticas políticas orientadas para uma reforma de Estado, fundamentada na busca pela democratização.

Esta reflexão nos remete ao estágio em que o Estado brasileiro assumiu um posicionamento diferente, transformando-se num modelo de ajuste estrutural, fragilizando a proposta democrática consolidada pela Constituição Federal de 1988, desde a perspectiva de expansão do Estado social e a afirmação dos direitos de

cidadania pela implantação das políticas sociais. Uma conjuntura que está diretamente relacionada a um novo padrão de expansão capitalista redefinidor de papéis e que, conseqüentemente, coloca em questão a operacionalidade das políticas sociais.

Coloca-se em questão que a opção neoliberal que se tornou hegemônica, efetivou o enxugamento da máquina administrativa, limitando gastos públicos através de ações privatizadoras de empresas públicas, incluindo o setor da saúde no início dos anos 90.

Ações estas que se estenderam nos governos posteriores por meio da ampliação das relações de mercado atingindo profundamente a área da saúde, que passa a ser tratada como mercadoria, sendo ela alvo de negociações, ajustes estruturais e cortes de repasses financeiros. A expansão dos serviços privados de saúde bem como a destinação de recursos públicos para esta setor transformou a política da saúde em uma prática remunerada e de restrito acesso à população (RIZZOTO, 2012)<sup>1</sup>.

Acerca das condições mais gerais que precedem os anos de 1990, bem como das reformas postas em prática ao longo dessa década, Behring (2003) nos apresenta que o movimento supracitado é conduzido pelo alto e que assume novas formas para estabelecer fontes de legitimidade do capitalismo, tais como: clientelismo moderno ou neocorporativismo; e solidarismo, cujas orientações direcionam para uma contrarreforma de Estado. Este processo foi resultante da crise econômica dos anos 80 e as marchas e contramarchas do processo de democratização do país.

Trata-se de um aspecto que determina a implementação acelerada da estratégia neoliberal no país, de contra reforma do Estado, colocando em prática a lógica do capital, por meio do ajuste fiscal, cuja ação de adequação destrutiva ao reordenamento mundial foi resultante da mais expressiva intervenção realizada pelo

---

<sup>1</sup> O processo de implantação do sistema público de saúde enfrentou muitas dificuldades, principalmente porque sua proposta era de descentralizar suas ações. Na prática, a descentralização foi realizada modestamente, pois os repasses fundo a fundo eram insuficientes. Estados e municípios não possuíam recursos e a solução encontrada foi a adoção das chamadas de normas operacionais básicas, que estabeleciam responsabilidades sanitárias com metas, atribuições e prazos.

governo Collor. As razões são inúmeras, mas podem ser resumidas nos limites estruturais, econômicos e políticos, gerados pelas dificuldades de investimento no setor público.

Suas reflexões apontam que a orientação neoliberal neste período encontra solo fértil para sua inserção, ainda que sua introdução mais intensa tenha ocorrido anos de 1990 com o governo Collor através de um plano de confisco e bloqueio dos ativos financeiros e medidas fiscais que visavam o aumento da receita pública.

Esses programas de ajuste ao mercado tenderam a se expandir progressivamente nos anos seguintes como o investimento produtivo na indústria, com contrapartida de incentivos do Estado, oferecendo facilidades e planos de atratividades (BEHRING, 2003)

Os impactos deste projeto de ajuste econômico refletem uma influência negativa sobre a própria ideologia construída pelo Movimento Sanitário Brasileiro num deste esforço de contrarreforma do Estado. Neste contexto, o Brasil é inserido sob os anéis burocráticos do Banco Mundial (RIZZOTO, 2012)

O Banco Mundial surgiu no contexto do esforço dos vencedores da Segunda Guerra para estabelecer um arcabouço institucional multilateral que assegurasse a estabilidade social e econômico-financeira no pós-guerra, e garantisse um comércio internacional sem fronteiras. O argumento sobre a criação de um módulo que garantisse mais segurança aos países membros dessa organização, evitaria novos conflitos e ainda, os protegeria das depreciações competitivas de moedas, imposição de restrições ao câmbio, cotas de importações e outros instrumentos que só haviam asfixiado o comércio. A mobilização empreendida por meio de políticas e planos levaria a reconstrução material dos países europeus. (RIZZOTO, 2012).

No entanto, o principal protagonista dessa proposta era os EUA, que se utilizou dessa organização para criar condições de expansão da sua economia.

Apesar da “boa” intenção, é importante lembrar conforme as análises de Rizzoto (2012), que tais negociações foram capazes de gerar uma nova ordem econômica internacional, fortalecendo ainda mais a desigualdade social e econômica entre os países.

A principal finalidade era beneficiar poucos em detrimento de muitos. Aos países periféricos impôs-se uma série de restrições quando necessitavam recorrer ao FMI, resultando em repercussões negativas e danosas. Enquanto isso, países como EUA, que também possuíam enormes déficits, não estavam submetidos às mesmas regras.

A lógica que sustentaria a atitude do Banco em disponibilizar recursos para induzir o crescimento/desenvolvimento dos países que não se desenvolveram naturalmente, fundamenta-se no pressuposto de que o fator escasso nesses países seria o capital, fundamental para estimular a utilização plenos dos fatores de produção, potencialmente existentes neles (RIZZOTO, 2012, pag. 62).

Segundo a autora, o modelo de atenção baseado no direito à saúde, com acesso universal, equitativo e integral foi durante criticado e por isso insistiu-se tanto no desmonte do Estado brasileiro (inclusive na área da saúde). Uma das alternativas mais sugeridas foram os programas verticais voltados para epidemias ou projetos focais, centrados na atenção primária para a população empobrecida (RIZZOTO, 2012).

Foco para as questões de satisfação das necessidades humanas básicas e a crítica aos países com muita heterogeneidade na distribuição de renda e extrema diferenciação social, com financiamento para programas e projetos que visam o combate a pobreza e a centralidade na educação básica e na atenção primária em saúde (RIZZOTO, 2012).

Em geral, as propostas do BM para a saúde nos países periféricos, como no caso do Brasil, pretenderam as seguintes estratégias: auxiliar no processo de estabilização política e econômica; servir de instrumento para a humanização do Banco; e, principalmente para a organização do mundo capitalista.

Em relação à década de 1990, no Brasil enfatiza-se o combate à pobreza e à necessidade de promover o crescimento econômico e social. Para tanto, a única alternativa seria a integração de todos esses países ao mundo globalizado.

Segundo a autora, esta proposta revela-se numa manobra para encobrir as alegações de que os empréstimos para programas de ajuste estrutural, fornecidos

pelo BM já desde o início da década de 1980, ajudaram na verdade a piorar o quadro social da população desses países.

Por todas essas constatações, a autora chega à conclusão de que os financiamentos voltados para a área da saúde, especificamente, não tiveram como objetivo contribuir para o desenvolvimento econômico e social do país, como se pensava (RIZZOTO, 2012).

Afirma que, como consequência das condicionalidades acordadas no momento da efetivação destes empréstimos, ampliaram e beneficiaram a participação do setor privado e ainda, reduzindo o papel do Estado na oferta de serviços através da implementação de projetos e programas voltados para atender as populações mais pobres (RIZZOTO, 2012).

Nesse contexto, a saúde desperta interesse somente a partir de meados do século XX, atrelada à questão do combate a pobreza e satisfação das necessidades básicas. No início, houve certa resistência do Banco em contribuir e financiar projetos específicos para esta área, porém, quando se intensificou a sua participação nos países periféricos, ficou nítida que sua intenção foi apenas facilitar o ingresso da iniciativa privada na oferta dos serviços (RIZZOTO, 2012).

Outro argumento para essa nova empreitada seria que investir na saúde era relevante, considerando que à medida que o incentivo ao desenvolvimento econômico dos países periféricos, subsidiados pelos organismos internacionais não era suficiente para reduzir a pobreza no mundo. E, com o Brasil não foi diferente.

Foram inúmeras as medidas propostas à reforma da saúde, porém, a lógica de submeter à questão social à dinâmica das relações econômicas de exploração ainda permanece, impondo ao país a aceitar condicionalidades do Banco que financia, porém, estas iniciativas são apresentadas para sociedade como decisões e inovações de órgãos nacionais e não como imposição externa.

Este aspecto também é ressaltado por Behring (2003) quando se refere à subjetividade antipública, cujas campanhas divulgadas pela mídia propagam-se os vantagens da privatização de empresas estatais brasileiras. Por essa razão,

legitima-se a noção de que a privatização era a melhor saída e com isso ganhou-se o apoio da população.

As justificativas dessas campanhas realizadas são diversificadas: atrair capital, reduzindo a dívida interna e externa do país; **melhorar a qualidade dos serviços**; e, principalmente, garantir a eficácia econômica das agências, que estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado. Dentre as ações realizadas, citam-se a criação das organizações sociais, e ainda, a regulamentação do terceiro setor para a execução de políticas públicas, através de ONGs e instituições filantrópicas (Behring, 2003). E, é sobre as consequências deste novo padrão de enfrentamento que faremos algumas colocações a seguir.

No Brasil, ao longo da história, as políticas sociais se caracterizam pela sua subordinação aos interesses econômicos e políticos, sendo implementadas através de práticas assistencialistas, acentuando o não reconhecimento dos direitos sociais. Embora concebidas como ações que buscam diminuir as desigualdades sociais existentes, acentuam e reproduzem essa problemática.

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do trabalho (BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p.51).

No caso da saúde, um aspecto importante a ressaltar, a partir da década de 1980, são organizações não governamentais (ONGs), que juntas ao setor da saúde, tiveram seu reconhecimento pelo Estado devido ao seu acúmulo de capital de recursos, experiências, conhecimentos e formas inovadoras para enfrentar as refrações da questão social, perdendo força somente com a criação do SUS.

Contudo, as ONGs não perderam totalmente o seu espaço e ainda atuam junto à saúde, principalmente nas demandas criadas por alguns grupos sociais através de associações, pelo atendimento de doenças específicas, mais ligadas a média e alta complexidade como: HIV, hanseníase, síndromes congênitas, entre outros).

Nesse sentido, GOHN (2008) afirma que as ONGs passam a substituir o Estado em muitas áreas sociais e, com isso, favorecendo a implantação de políticas

neoliberais, de desativação do seu papel. Por outro lado, a sociedade civil acaba entrando em choque na busca por alternativas para enfrentar os problemas de saúde, contribuindo para a desconstrução das propostas para o setor de saúde, firmadas desde a década de 1980, principalmente no que diz respeito ao papel do Estado.

Nesse sentido, Iamamoto (2009) faz menção aos desafios que se colocam para a implantação das políticas social, que em geral, trazem desde sua gênese um caráter focalista e paliativo, onde se observam fortes reduções dos investimentos públicos na área social. Diminui gastos e transferem-se serviços para o setor empresarial, abrindo caminho para a política de privatização, levada a efeito pelo Estado (IAMAMOTO, 2009, p. 159).

A sociedade em meio a essa onda ideológica tem afetada sua consciência de classe. Enquanto isso, o Estado transfere os recursos antes direcionados ao atendimento das demandas sociais via políticas sociais para os interesses do capitalismo. Os serviços públicos são sucateados, gerando a precariedade no atendimento e nas condições e recursos institucionais.

Com a nova Constituição do Brasil, pensava-se que afinal as políticas de saúde pública teriam um caráter universal, porém, os cortes no orçamento para investimento, custeio e manutenção da universalização e integralização das ações serviços de saúde por parte do Estado, alavancaram o mercado dos planos de saúde.

## **2. O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE**

### **2.1 Princípios e Diretrizes Constitucionais**

Como mencionado, no texto constitucional de 1988 especificam-se três princípios doutrinários: a Universalidade, a Equidade e a Integralidade. E, ainda outros, sendo estes organizativos: Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação Social.

Destinada a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem estar, o desenvolvimento a igualdade e a justiça como valores de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social, a Constituição Federal brasileira de 1988 inova em direção a cidadania ao reconhecer também a proteção e a promoção da saúde como responsabilidade pública, ou seja, de competência de todos o que implica participação e controle social permanente.

O artigo 196 da Constituição Federal (1988) afirma: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Essa noção fundamental do direito à saúde como direito de cidadania inerente a todos os brasileiros, cabendo ao Estado a responsabilidade por promovê-lo através de um bloco articulado de leis e diretrizes, constituem a base legal da política de saúde e do processo de organização de um Sistema Único de Saúde.

Partindo desse entendimento, a Política de Saúde pressupôs a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, que permitiria a realização de ações dentre elas as de vigilância epidemiológica, sanitária, educação em saúde, bem como de promoção do acesso aos serviços de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (SOLLA; CHIORO, 2012)

A concepção de um sistema descentralizado e administrado democraticamente provocaram mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a Sociedade, e entre as esferas de governo – nacional, estadual e municipal, cabendo aos gestores o papel fundamental na concretização das diretrizes fundamentadas desde a construção do projeto da reforma sanitária brasileira.

Com este novo formato, rompe-se com as noções de cobertura restrita, afrouxando-se os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais redistributivos. Dessa forma, os benefícios passam a ser concedidos com fundamentos nos princípios da justiça social, estendendo-os universalmente a todo (a) cidadão (ã) brasileiro (a). Revelou-se aí, um marco jurídico próximo aos princípios do projeto chamado Estado de Bem Estar Social.

Constitui-se, portanto, num sistema de garantia de direitos que implica a formalização e a institucionalização de políticas sociais que promovam o acesso da população aos bens e serviços. A saúde, então, é sistematizada como uma política de Estado e amplia sua assistência, detalhando os mesmos princípios assegurados pela Constituição, dentre eles:

I – a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; e, II - a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1980).

A noção de universalidade representa o rompimento com o modelo excludente anterior. A partir do SUS toda a população brasileira passa a ter direito à saúde, em todos os níveis que se venha a oferecer. É atribuído como um princípio finalístico que se baseia num processo de extensão de cobertura dos serviços, tornando-os acessíveis a toda a população. Na medida em que universalizou o direito à saúde, a Constituição Federal eliminou algumas barreiras condicionantes do acesso aos serviços público, enfatizando a necessidade de superar a desigualdade social.

A integralidade é um dos princípios descritos no artigo 7º da Lei 8.080 de 19/09/1990, que da origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Um conceito que

abrange um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços assistenciais preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do SUS.

Nessa perspectiva, ao cidadão fica assegurado a atenção a saúde, seja para promoção, proteção ou recuperação, mesmo nos casos que haja a necessidade de um conjunto contínuo de ações em vários níveis de complexidade.

A atenção integral à saúde perpassa, portanto, à condição da qualidade sobre o acesso do indivíduo aos serviços de saúde, considerando os três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. Este acesso também é condicionado às condições em que os serviços públicos de saúde estão estruturados, ou seja, possibilitando ações descentralizadoras organizadas em uma rede regionalizada e hierarquizada.

As ações de descentralização são entendidas como a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Parte-se do pressuposto de que a realidade local é fator determinante para o estabelecimento das políticas de saúde, sendo assim, a municipalização da assistência configura-se na estratégia fundamental neste processo. Com relação à regionalização, as ações públicas que compõem o SUS ficam sob a responsabilidade dos estabelecimentos públicos e privados, formando uma rede hierarquizada que fornecem serviços de saúde de forma descentralizada no território nacional.

Em sua crítica, Goulart (2011) afirma que a descentralização é bastante expressiva, traduzindo-se não só por ação legislativa concorrente entre os níveis de governo, como por delegações de competências e atribuições aos estados e municípios.

Segundo ele, inúmeras ações desses níveis de governo são ampliadas em relação aos textos constitucionais anteriores, com maiores responsabilidades e prerrogativas atribuídas aos mesmos, o que aumenta o poder dos estados e dos municípios em aspectos variados. Desse modo, verifica-se que novas competências são estabelecidas em assuntos de interesse local, provocando mudanças são altamente expressivas, assimilando novas responsabilidades e também

prerrogativas diversas em relação à saúde, à educação, ao meio ambiente e à assistência social.

## **2.2 Fundamentos e conceitos da integralidade no Sistema Único de Saúde**

O princípio constitucional da integralidade é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, (CFESS, 2003). Portanto, falar em universalização do acesso e proibida da prestação dos serviços de assistência à saúde a todos (as) os (as) cidadãos (ãs), conforme o que regulamentam as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 é falar em política pública.

Como visto, o primeiro conceito que descreve a Integralidade é o que o determina como um dos princípios do SUS, fixados na Constituição Federal em 1988 e detalhados na Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90 e n. 8.142/90). No entanto, existem múltiplas definições para o seu significado, podendo cita-la como um dos preceitos que orienta a política do Estado brasileiro para concretização da saúde como um direito e como serviço, bem como fundamenta-la como um sistema de produção do cuidado.

Para Cecilio (2004), a Integralidade apresenta-se como resultado da articulação entre os mais diversos serviços e instituições, distribuídos nos níveis de atenção à saúde.

Já, Mattos (2001) nos traz a contribuição de que a integralidade é um princípio formado por um conjunto de valores, os quais se referem ao imaginário de sociedade menos desigual.

A integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, mas é uma "bandeira de luta", parte de uma "imagem objetivo", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2005, p. 04).

Essa importância resulta do próprio conceito ampliado da saúde resgatado por este autor. A saúde, segundo ele:

Deriva das reivindicações postas pelo movimento sanitário desde a década de setenta, quando, no contexto da luta pela redemocratização do país, e da construção de uma sociedade mais justa, um conjunto expressivo de intelectuais e militantes se engajou no esforço de construir uma crítica ao então sistema nacional de saúde, às instituições de saúde, e às práticas de saúde então hegemônicas (MATTOS, 2001, p. 02)

O estudo desse autor é marcado por uma profunda análise sobre os sentidos conferidos ao princípio da integralidade dentro das políticas e das práticas que lhe fazem referência. Nesse sentido, diversos autores tem buscado compreender as práticas de saúde no contexto sistêmico e complexo do SUS.

Segundo ele, analogamente, quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e Interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades.

Assim, as necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos e nem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro ou àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica. Novamente, o princípio da integralidade implica superar reducionismos (MATTOS, 2001).

Partindo do pressuposto de que a Integralidade foi uma das últimas questões a ser detalhadamente ampliada dentro da proposta original do SUS, sendo a mais explicada, porém menos trabalhada, do ponto de vista da produção científica, destaca-se a atuação do LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, vinculado ao Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, que nos últimos anos, formou uma rede multicêntrica para prática de pesquisa interdisciplinar.

Definem-se estudos sobre as diferentes ações de gestão diante das distintas formas de organização na saúde. Nesses espaços, vem se sendo reforçado a cada vez mais um trabalho fundamentado nas diretrizes da Integralidade, cujo maior

desafio na contemporaneidade tem sido o intenso processo de especialização que tem caracterizado as práticas em saúde.

No trabalho das equipes multiprofissionais, a pesquisa Severo e Seminotti (2008) problematizou a atividade de cada área profissional é apreendida como um conjunto de atribuições, uma prática segmentada que aparece no processo de trabalho entra em conflito com a possibilidade da Integralidade, vista não somente como um princípio constitucional, mas também como a organização do fazer profissional, do processo de trabalho e da política pública em saúde.

Por esse entendimento, a noção de integralidade diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, o que implica não somente a prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, mas a sistematização de um conjunto de práticas orientadas por uma visão de se entender e assistir os indivíduos na sua totalidade.

Nessa perspectiva, compreende-se que a integralidade é inerente não apenas a um dispositivo articulado de unidades de prestação de serviços e com níveis diversificados de atenção, mas também diz respeito a um conjunto de profissionais capacitados e recursos necessários à produção de ações muitas vezes inespecíficas de promoção da saúde.

Nessa dimensão, Severo e Seminotti (2008) cita que,

A subjetividade e a intersubjetividade podem ser efetivamente aplicadas, tanto do ponto de vista de conceito quanto da perspectiva de cuidado e escuta em relação ao trabalhador e a população em geral. Assim, nesta construção de ações, projetos e serviços na coletividade, o processo de trabalho exige dos trabalhadores a convivência com distintos saberes e poderes peculiares às relações interprofissionais, direcionadas à alteridade. Portanto, a busca da integralidade, “implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos e uma afirmação da abertura para o diálogo” (SEVERO, SEMINOTTI, 2008, p. 1686).

Nesse sentido, temos a compreensão de que a integralidade se apresenta como um processo resultante da articulação de ações diferenciadas que perpassa vários focos de assistência, cujo acesso deve ser garantido conforme as demandas que pessoas venham a apresentar, do ponto de vista das suas complexas

necessidades com vistas a garantir a promoção de ações integradas e desta forma viabilizar a qualidade de vida.

Como visto, o primeiro conceito que descreve a Integralidade é o que o determina a Constituição Federal em 1988, porém, existem múltiplas definições para o seu significado, podendo cita-la como um dos preceitos que orienta a política do Estado brasileiro para concretização da saúde como um direito e como serviço, bem como fundamenta-la como um sistema de produção do cuidado.

Muitos foram os avanços. Embora a ampliação da atenção à saúde tenha assegurado a cobertura aos que se encontravam fora do mercado de trabalho, existem diversas dificuldades no cotidiano de quem busca os serviços públicos, apontando para grandes desafios ainda a serem alcançados, dentre estes, vencer a longa espera para acessar os serviços de saúde (exames, consultas, cirurgias) além da ausência de assistência médica especializada, etc.

Campos (2006) define que os grandes problemas envolvendo a saúde podem ser resultantes do fato de que o Sistema Único de Saúde foi instituído num período consideravelmente tardio em relação aos grandes sistemas públicos de saúde sistematizados por diversos países ao longo do século XX e que por essa razão provocou atrasos e dificultou a abrangência das políticas públicas de saúde no Brasil.

Em que pesem todas as dificuldades, o SUS constitui hoje a mais importante e avançada política social em curso no país. Seu caráter público, universal, igualitário e participativo é um interessante exemplo – em tempos de desmonte do setor público – de uma proposta democrática e popular de reforma do Estado. A Constituição é reconhecida, portanto, como a expressão máxima da positivação dos direitos fundamentais descritos na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

### **2.3 A Institucionalidade do acesso: Aspectos sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS)**

Como vimos no capítulo anterior, o SUS é entendido segundo seus princípios e diretrizes, lembrando que a iniciativa privada também participa, mas em

caráter complementar, assim, como os serviços filantrópicos, pressupondo a constituição de uma rede de serviços que permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada região, favorecendo a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, e quando necessário, o acesso ao conjunto das ações de atenção de média e alta complexidade - ambulatorial e hospitalar.

Para tanto, a lógica organizacional mais representativa foi o modelo baseado na hierarquização e regionalização do SUS como foi originalmente concebido, formatou um conjunto de serviços divididos em três instâncias: Atenção Básica, representada pelas Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família, porta de entrada e principal responsável pela identificação dos fluxos; Atenção Secundária, que são os Centros de Especialidades e Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT); e, Atenção Terciária, onde se insere os hospitais (CHIORO DOS REIS & SCAFF, 1998).

Para que o acesso da população a esta rede aconteça, a sua entrada ocorre por meio dos serviços ligados a atenção primária.

A difusão da noção de atenção primária é atribuída ao Relatório DAWSON, elaborado pelo Ministro da Saúde do Reino Unido, que em 1920 a associou com a ideia de regionalização e hierarquização de cuidados à saúde (STARFIELD, 2004).

Na década de sessenta, com a crise determinada pela expansão de serviços cada vez mais especializados ressurgiu, nos Estados Unidos da América, um movimento em favor da medicina ou saúde comunitária, que não se consolidou (STARFIELD, 2004).

Dessa forma, verifica-se que a proposta de investir na atenção primária não é um fato novo no setor “saúde”, posto que historicamente várias foram as tentativas de se chegar a uma estrutura que contemplasse a prevenção de doenças através do atendimento às famílias e às comunidades.

Em 1978, o conceito estabelecido como consenso mundial destacou elementos que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estava empenhada em difundir, dentre estes: integração dos serviços locais em sistema nacional;

participação; necessidade de ações intersetoriais e relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social dos países (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

O discurso em debate nortearia as ações em saúde, ao longo da década de 80, indicando processos de reforma em países com diversos modelos de prestação de serviços de saúde a exemplo de Moçambique, Cuba, Canadá, Inglaterra, Espanha dentre outros, conforme pontuado pelos mesmos autores.

Experiências comprovadas na Província de Québec no Canadá e National Health Service (NHS) na Inglaterra, devido a grande diversidade de situações em que se encontravam os serviços de saúde, permitem uma aproximação ao modelo de atenção primária e das práticas adotados pelo SUS, no Brasil, na década de 90 (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

No Brasil, a Atenção Básica tem sua origem no projeto de Saúde Coletiva dos anos 70, onde se buscavam novos projetos de intervenção no campo da organização dos serviços de saúde. Posteriormente, com a criação do SUS, foi então organizada com base na integração entre a unidade de saúde e a comunidade ou entre profissionais de saúde e usuários, tendo por referência o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 (MENDONÇA & VIANA, 2008).

Pelo Portal da Saúde, do Ministério da Saúde, a Atenção Básica é descrita como o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações individuais e coletivas, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

Compõe parte dessas ações as chamadas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Neste nível de atenção, a sua abrangência depende de ações pré-definidas, adotadas em função das circunstâncias sociais e econômicas identificadas. Os serviços de atenção primária, no entanto, devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam as ações de saúde. Os casos que necessitam de serviços mais específicos devem ser referenciados para ambulatórios especializados ou hospitais de referência.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>2</sup>, este serviço é desenvolvido com alto grau de descentralização se comparado aos demais serviços de saúde ligados aos outros níveis de atenção especificados pelo SUS. Deve ser entendido como o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

Segundo Marsiglia (2008), a Atenção Primária está estruturada a partir do conceito da integração entre as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, reunindo profissionais de distintas áreas, mas que se materializa de fato ações que integram programas voltados para públicos específicos: criança, mulher, tuberculose, idoso, entre outros.

Em sua crítica, a autora afirma que, embora seus pressupostos estejam claramente definidos, neste modelo de organização reproduz a hegemonia do pensamento médico de caráter curativo, como resposta a uma crescente pressão pela cobertura por assistência médica verificada nas décadas de 1970 e 1980, sobretudo. (MARSIGLIA, 2008, pg.21).

Atendendo aos padrões hegemônicos, a rede básica assumiu a responsabilidade como porta de entrada do sistema, promovendo a triagem dos problemas de saúde e reordenar a demanda por serviços de assistência médica especializada, levando a um modo de assistir peculiar, assimilando péssimo padrão

---

<sup>2</sup> A Política Nacional de Atenção Básica foi regulamentada através da Portaria Ministerial Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. A Portaria do Ministério da Saúde n. 648/2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define assim a atenção básica em saúde, em seu anexo.

de assistência médica, reforçando a abordagem meramente voltada para a doença (SOLLA & CHIORO, 2012).

A rede básica conta com uma estrutura permanente e descentralizada, sob responsabilidade do Estado e à disposição da população. Há uma concepção corrente que tem se tentado implementar no SUS, na qual a atenção básica possui como objetivo resolver os problemas médico sanitários mais comuns e prioritários (capacidade para resolver cerca de 80% dos motivos que levam alguém a demandar serviços de saúde), constituindo-se na porta de entrada para o acesso da população ao sistema de saúde, ordenando e racionalizando o acesso aos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares de maior complexidade tecnológica (e, portanto, os custos também) (SOLLA & CHIORO, 2012, pg. 03).

Portanto, a atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS e que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade, o que remete a um rol de procedimentos mais simples e baratos, embora sua aplicação possa demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade (BRASIL, 2007).

Entretanto, destaca-se que o desenho do Sistema Único de Saúde que teve influência do ideário das reformas dos sistemas contemporâneos, na década de setenta e as experiências acumuladas num primeiro momento, voltavam-se para o modelo assistencial, com necessidade de reorganizar o que predominou até então.

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o objetivo de garantir, através dos princípios básicos de universalidade (acesso a qualquer serviço de saúde); equidade (acesso em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema) e integralidade (ações integrais e não mais fragmentadas) a saúde como um “direito de todo cidadão brasileiro e dever do Estado”.

Juntos, os princípios constitucionais e as leis orgânicas (8.080/90 e 8.142/90) representam um grande avanço no projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Entretanto, ainda tem sido insuficiente para promover as transformações necessárias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde integral e familiar (SOUZA, 2002).

Surgem nesse contexto, o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia definida pelo Ministério de Saúde (MS) para oferecer uma atenção básica mais resolutiva e humanizada no país, operacionalizado mediante equipes compostas por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), baseados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

A estratégia de saúde do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de maneira integral e contínua encaminhando os casos mais complexos aos serviços especializados, oferecidos pelas redes de Atenção Especializada.

A Atenção especializada pode ser conceituada como um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracterizadas pela incorporação de processos de trabalho com tecnologias especializadas. Suas ações e serviços compõem-se de atividades ambulatoriais de média complexidade que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja demanda exige a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Na atenção secundária, as ações compreendidas estão representadas por serviços especializados, geralmente complexos, representadas por sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e reabilitação (MENDES, 2009).

Em acréscimo a esta definição, há uma relação de procedimentos de média complexidade<sup>3</sup> dentre as quais podemos citar:

- Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas;
- Procedimentos traumatológico-ortopédico;
- Ações especializadas em odontologia;
- Patologia clínica;
- Anatomopatologia e citopatologia;
- Radiodiagnóstico;
- Exames ultra-sonográficos;

---

<sup>3</sup> Disponibilizado pelo Portal do Ministério da Saúde através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).

- Diagnose;
- Fisioterapia;
- Terapias especializadas;
- Próteses e órteses;
- Anestesia.

A prestação de serviços neste nível de atenção pode ser considerada ainda, espaço de saber-fazer profissional, um território estratégico de intervenção do sistema de saúde. Assim, a atenção especializada deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada para assegurar a qualidade do serviço prestado, bem como garantir uma boa relação custo/benefício (MERHY, 1997).

Cabe ainda delimitar uma relação de especialidade médicas reconhecidas no Brasil dado pela modalidade de atenção secundária (serviços médicos ambulatoriais e de apoio diagnóstico e terapêutico), segundo a Resolução CFM N. 1.666/2003:

1. Acupuntura;
2. Alergia e imunologia;
3. Anestesiologia;
4. Angiologia;
5. Cancerologia;
6. Cardiologia;
7. Hemoterapia;
8. Ortopedia e traumatologia;
9. Cirurgia cardiovascular;
10. Cirurgia de cabeça e pescoço;
11. Infectologia;
12. Mastologia;
13. Cirurgia geral;
14. Pediatria;
15. Cirurgia vascular, entre outros.

Os serviços de alta complexidade do SUS caracterizam-se pelo predomínio do setor privado contratado e dos hospitais universitários, sendo a lógica de organização, que segundo a crítica, se baseia na oferta e não na necessidade epidemiológica, com credenciamento de serviços realizados sem parâmetros de base populacional, resultando em uma concentração relativa nas grandes cidades, principalmente nas regiões Sul e Sudeste (SOLLA & CHIORO, 2012).

Quanto aos procedimentos, podemos encontra-los relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar, e ainda no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade. Possui um impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

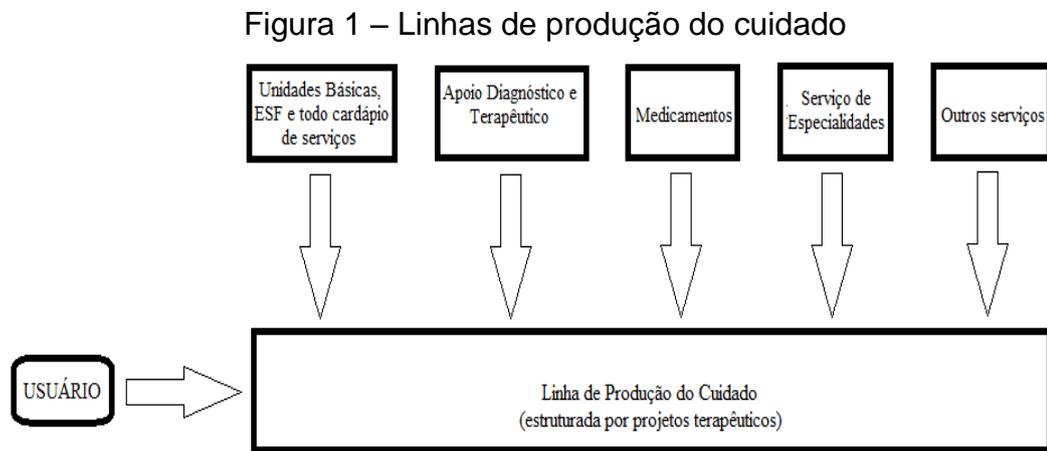
Com relação à oferta, este nível de atenção encontra-se desvinculada de linhas de cuidados, caracterizando-se pela fragmentação das ações de atenção à saúde, não havendo responsabilização pelos pacientes.

Até recentemente, havia baixa regulação do acesso aos procedimentos com portas de entrada, na maioria dos casos, próprias do prestador de serviços contratado e escolha da clientela, principalmente aquela oriunda do setor privado, o que inviabiliza os princípios do SUS (SOLLA & CHIORO, 2012).

Por essa razão, lembra esses autores lembram que a partir de 2003, foi instituída no âmbito do SUS uma nova política para a alta complexidade, formulada a partir de grupos de trabalho com ampla participação dos atores envolvidos: diversas áreas do Ministério da Saúde, as Agências Reguladoras de Vigilância Sanitária (Anvisa) e de Saúde Suplementar (ANS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), as sociedades de especialistas, as entidades da área de saúde coletiva, os hospitais universitários, as associações de portadores de patologias, o Conselho Nacional de Saúde, as entidades de representação de prestadores privados. (SOLLA & CHIORO, 2012).

Há alguns modelos assistenciais em saúde: uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde apresentado por Mendes (2001); um círculo, com múltiplas e qualificadas portas de entrada que permitem o acolhimento e o

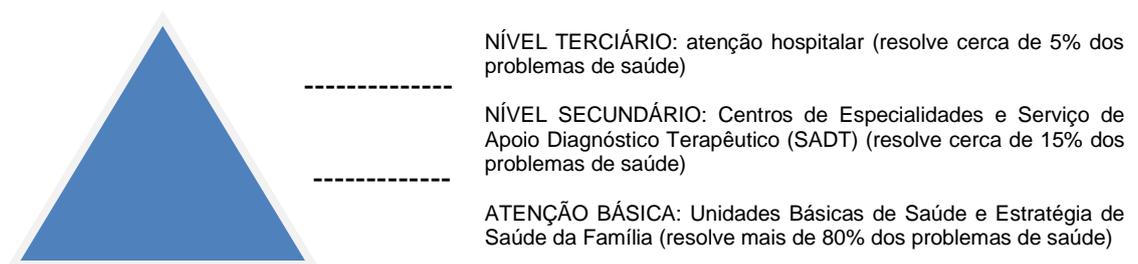
atendimento adequado a cada caso, como descreve Cecílio (1997); ou linhas de produção de cuidado, estruturadas a partir de projetos terapêuticos, conforme Franco & Magalhães Junior (2003) (Figura 1):



Essa perspectiva, segundo os autores, viabiliza a atenção especializada como parte de um sistema de cuidados integrais, cumprindo o objetivo de garantir uma assistência mais qualificada aos usuários, embora mesmo com o processo de diagnóstico e tratamento, o vínculo é mantido com a rede básica, com vistas a inverter a lógica dominante nos serviços especializados, modificando as relações estabelecidas entre os serviços prestados e o usuário que é atendido. E, é neste ideário que o nosso objeto de trabalho se apoia, onde acreditamos que sejam possíveis as diretrizes da Integralidade serem realizada de fato, já que ela pressupõe a busca por uma apreensão mais ampla das necessidades demandadas pela população usuária, embora essa não seja uma tarefa fácil.

No entanto, o modelo organizacional do sistema mais difundido (Figura 2), mencionado por Chioro dos Reis & Scaff (1998), citado por SOLLÁ & CHIORO (2012):

Figura 2 – Modelo da pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS



Por toda essa trajetória, consideramos que a Saúde Pública no Brasil teve grandes avanços após a promulgação da Constituição Federal de 1988, proporcionando grandes modificações.

Os princípios e as diretrizes firmados pelo SUS apontam para o resgate da responsabilidade social do Estado e para uma prática capaz de assegurar o acesso a todos os níveis de atenção, desde o nível primário, o nível secundário e o nível terciário. Antes do SUS, somente as pessoas com boas condições financeiras poderiam procurar por hospitais particulares, enquanto os menos favorecidos só dispunham dos serviços ofertados pelas Santas Casas por falta de acesso ao serviço. O SUS possibilitou e estendeu a todos o acesso a saúde, embora, ressaltar que na atenção básica, a maior parte das ações e dos procedimentos a serem realizados é destinada à maioria dos usuários.

O conjunto de redes de atenção básica para uma boa articulação pressupõe uma adequada integração, colocando sob a mesma gestão diferentes pontos de atenção em um mesmo sistema de saúde, viabilizando a continuidade da atenção aos usuários do sistema e a integralidade do cuidado a ser prestado. Porém, esta integração precisa se dar a partir da atenção básica, que deve ser a principal porta de entrada do sistema (a outra corresponde aos serviços de urgência/emergência) ordenando a necessidade de fluxos e contra-fluxos, referências e contra-referências pelo sistema.

Entre as principais vantagens permitidas por esta integração, está a melhoria da qualidade da atenção, a redução de custos com economia de escala e o aumento da eficiência do sistema (MENDES, 2001)

Desse modo, a configuração de uma rede regionalizada e hierarquizada é essencial para a garantia da atenção especializada, conforme pontuado por Fonseca & Davanzo (2002) torna-se imprescindível à identificação de recortes espaciais definindo um conjunto de municípios, com hierarquia estabelecida de acordo com a capacidade de ofertar determinadas ações e serviços especializados, tornando mais racional a atenção especializada e garantindo que todos os usuários possam ter acesso aos procedimentos necessários, seja no município onde residem ou fora dele através de referências intermunicipais ou até mesmo interestaduais.

### **3 A INTEGRALIDADE NA POLITICA DE SAÚDE EM CUIABA-MT**

Neste capítulo apresentam-se inicialmente aspectos históricos da Saúde Pública no contexto estadual, seguidos da caracterização sobre a esfera do planejamento das ações implementadoras na cidade de Cuiabá, que repercutem a perspectiva da Integralidade e a universalização do acesso. No último tópico, discutem-se alguns pontos sob a ótica das relações capitalistas, dada a atuação política de Mato Grosso, refletida na gestão da saúde no Município.

#### **3.1 A Política de Saúde em Mato Grosso**

Na área da saúde, o estado de Mato Grosso desenvolveu uma política fundamentada na lógica da regionalização, onde seus municípios foram incentivados a criar um sistema de consórcios entre si e em parceria com o governo estadual, o que contribuiria para a ampliação do acesso e a execução dos planos de descentralização.

A organização deste conjunto de ações com vistas a viabilizar a assistência em saúde, de maneira articulada e integrada de forma a contribuir para a melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização das atividades propostas. Esta é compreendida como a organização dos serviços que cobriam determinada região, organizados de forma hierarquizada, iniciando pelas unidades básicas de saúde, e avançando para unidades especializadas e para a rede hospitalar. (CARVALHO, 2002).

Sendo o terceiro maior estado do Brasil, com cerca de 03 milhões de habitantes e localizado na Região Centro-Oeste do país (IBGE, 2010), até 2000, registra-se que sua população estava distribuída em 126 municípios, 80% dos quais com menos de 20.000 habitantes. Ao final de 1998, todos, com exceção da capital, Cuiabá (em gestão plena), haviam se habilitado à gestão plena da atenção básica pela NOB 01/96 (SCATENA; TANAKA, 2012).

Do ponto de vista financeiro, pode-se dizer que os municípios mato-grossenses ainda dependem grandemente de repasses intergovernamentais. Essa dependência é maior entre os municípios

com menos de 20.000 habitantes, mas também é significativa nos municípios de médio e grande porte. Na capital, Cuiabá, onde as transferências financeiras foram as menores em todo o estado, ainda assim representaram 65% do orçamento municipal, em 1998 (SCATENA; TANAKA, 2012, p. 111).

Em relação à economia, o estado registrou o maior crescimento no país, a partir de 1985, resultante da atividade agropecuária e do comércio varejista na área de automóveis e material de construção. Em 2004, o Estado apresentou a maior taxa de crescimento desde 1994, ou seja, 10,2%. Mato Grosso passou para a 9ª posição no ranking nacional contra a 12ª no ano anterior, tonando-se a segunda maior do Brasil. Vale lembrar que esse crescimento foi acompanhado pelo aumento da arrecadação de impostos, do consumo de energia elétrica, das exportações e importações<sup>4</sup>.

Sendo o SUS um dos maiores programas de saúde pública do mundo e com maior conjunto de procedimentos executados em hospital pagos por um único financiador, a descentralização dos serviços de saúde, contemplada no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 como uma das diretrizes do SUS, prevê a articulação dos três entes federativos, ou seja, União, Estados e Municípios para conformação do sistema público de saúde e sua efetivação como direito de todo cidadão brasileiro.

Pela descentralização dos serviços de saúde e a consequente implementação do SUS, a regionalização ganhou impulso e destaque no final da década de 90, em vários municípios brasileiros. Em Mato Grosso os avanços nesse sentido começaram a ser conquistados desde 1995, quando o Estado iniciou a reorientação político-institucional da Secretaria de Estado de Saúde SES, ao definir estratégias para implementação do SUS por regiões de saúde visando fortalecer as instâncias públicas regionalizadas (MATO GROSSO, 2000, p. 130).

A regionalização, portanto, foi um instrumento utilizado para viabilizar a efetivação de outros princípios da atual Política de Saúde. Nessa perspectiva, compreende-se que tanto a descentralização como a regionalização tem por finalidade dar consecução ao princípio da integralidade em saúde.

---

4 Disponível em: <[www.mtseusmunicipios.com.br](http://www.mtseusmunicipios.com.br)>. Acesso: 12.out.2015

Nessa direção, o estado priorizou o plano das políticas e metas do governo, tendo como desafio implementar a descentralização da atenção e da gestão, dos recursos e das ações e serviços de saúde, através de um processo articulado de cooperação técnica e parceria com os municípios (MATO GROSSO, 2000, p. 130).

Quanto a descentralização pode-se dizer que este processo contribuiu para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, sendo a regionalização, uma ferramenta estratégica para se evitar o aprofundamento das disparidades regionais e da própria oferta de serviços. Em Mato Grosso, o Plano Estratégico do Governo, definido para 15 (quinze) microrregiões do estado, contemplou a implantação de políticas econômicas e sociais de Regionalização, Descentralização e Novos Modelos Assistenciais por meio de Políticas de Saúde com Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários (MATO GROSSO, 2000, p. 131).

Em 1998, a Secretaria de Estado de Saúde – SES, em parceria com os municípios, viabilizou espaços microrregionais de saúde, com o objetivo de qualificar instrumentos de gestão, já implantados em nível regional, dentre estes as Comissões Bipartites Regionais, Câmaras de Compensação de AIH's, Câmaras Regionais da Vigilância Sanitária e os Consórcios Municipais de Saúde (MATO GROSSO, 2000, p. 134).

A partir de 2003, devido às trocas sucessivas de secretários de saúde no Estado e formas diferenciadas de condução da política de saúde, apesar da política institucionalizada, desde a década de 90, o processo de regionalização estagnou (MARTINELLI, 2014, p.78). Dessa forma, pode-se afirmar que tanto o processo de Regionalização, quanto a construção das Políticas de Saúde, foram impulsionadas a partir da década de 90 em especial, após a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Como já enfatizado, Mato Grosso por meio da SES iniciou o processo um pouco mais cedo, ao definir ações para implementação do SUS já de forma regionalizada visando fortalecer os serviços de saúde nos municípios, de modo a cumprir os princípios constitucionais da descentralização, regionalização e principalmente de integralidade.

Nesse sentido, a criação dos Centros de Regulação também foram imprescindíveis, principalmente no que se refere a organização dos serviços de saúde de acordo com a necessidade dos usuários do SUS. Os Centros de Regulação foram criados pelo Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 1559 de 01/08/2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS.

A implantação da regulação, principalmente a do acesso, permite ao gestor atuar sobre a organização dos serviços de acordo com a necessidade dos usuários é o grande desafio na busca da integralidade e equidade da assistência disponibilizada à população brasileira. Enfatiza-se que a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (MS, 2008), instituída pelo Ministério da Saúde, estabeleceu que todas as unidades da federação deveriam implantar tal política como instrumento que possibilitasse a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

Mato Grosso, que já havia iniciado a organização de suas Centrais de Regulação, implantou o Sistema Estadual de Referência e Contra-Referência para Atenção à Saúde no Estado, através da Resolução CIB Nº 21, de 05/06/98. A consolidação das Centrais de Regulação, subprojeto desse sistema, pretendia obedecer à lógica da regionalização do Sistema de Saúde, tanto que a regulação deveria estar fortemente articulada e integrada à Programação Pactuada e Integrada – PPI (SCHRADER, 2002).

Em contrapartida foi instituído, pela Portaria SES/MT nº 183, de 27/12/2002, o complexo regulador da assistência à saúde, com o objetivo de definir os instrumentos gerenciais e operacionais do Plano Diretor de Regionalização – PDR; a Programação Pactuada e Integrada – PPI; o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde; o Sistema de Informações Ambulatoriais – SAI; o Sistema de Informações Hospitalares – SIH; além dos convênios e contratos de prestação de serviços estabelecidos entre os municípios e o Estado dependendo do nível de habilitação de cada um, e o Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CALLEJAS, 2008).

O Complexo Regulador foi formado em 2002 pela Central Estadual de Regulação do SUS (CER/SUS) de Cuiabá, Centrais Regionais e Centrais Municipais, implementado pela SES/MT, em parceria com os municípios, com a

missão de facilitar o fluxo do usuário em todo o estado. O gerenciamento das Centrais Regionais é de responsabilidade da SES/MT, em parceria com o órgão local, podendo ser o Consórcio Intermunicipal de Saúde de Municípios ou a Secretaria Municipal local.

Portanto, o nível de governo responsável pela gestão dos recursos assistenciais vinculados ao Complexo Regulador é o Gestor Estadual de Saúde em combinação com os demais níveis de governo. Pode ser implementado, plenamente dentro da ótica de regulação assistencial e, em conformidade com o projeto, sendo responsabilidade do gestor o custeio da manutenção dos recursos humanos e materiais necessários ao seu funcionamento.

Destaca-se que este modelo de gestão foi considerado inovador sendo que em 2002, abrangia a regulação dos sistemas de transplantes; serviços de apoio diagnóstico-terapêutico de média e alta complexidade; leitos hospitalares/vagas; consultas especializadas; urgência e emergência; retaguarda ambulatorial e tratamento fora de domicílio e; apoio e informação ao usuário (SCHRADER, 2002).

No que se refere aos centros de regulação da capital, cuja conjuntura política será explicada mais adiante, a Portaria SES/MT nº 4 de 2002 definiu que a administração e o gerenciamento dos mesmos seriam em conjunto entre a Central de Regulação/SUS, Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.

### **3.2 Aproximação com a realidade de Cuiabá: Pressupostos da Integralidade que orientam a Política de Saúde do Município**

Com base nos documentos consultados, a cidade de Cuiabá está localizada na região Centro-Oeste do Brasil. Fundada em 08 de abril de 1719, tem sua origem no processo de desenvolvimento das bandeiras em busca de riquezas e na conquista de novas fronteiras (SUS, 2007).

No final dos anos 30, inicia-se o processo de urbanização, quando presidente Getúlio Vargas anuncia a “Marcha para o Oeste,” que tinha como

perspectiva a promoção da migração para Mato Grosso. Este projeto trouxe várias mudanças a Cuiabá, que através do interventor Júlio Strubing Muller, começa as construções das chamadas “obras oficiais,” modificando a paisagem da cidade. Na década de 60, intensifica-se a urbanização de Cuiabá, passando-a para a condição de polo de apoio à ocupação da Amazônia Meridional Brasileira (SUS, 2007).

Em 11 de outubro de 1977, com a Lei Complementar n.º 31, temos a criação do estado de Mato Grosso do Sul, como parte desmembrada do estado de Mato Grosso. Cuiabá, capital de MT, continuou a se expandir como centro econômico, sendo hoje uma das cidades médias brasileiras que mais crescem (SMS, 2007).

Em 1990, auxiliados pela sociedade civil organizada, por determinação constitucional reunidos em Assembleia Municipal Constituinte para organizar legalmente a Cédula Federativa Democrática, promulga-se a Lei Orgânica do Município (Anexo 1), atualizada em 31 de Dezembro de 1996, já prevendo um novo modelo assistencial de atenção em saúde.

Como resultado de todo processo positivo sob a ótica da nova Constituição, a regulamentação da saúde como direito social fez nascer em Cuiabá uma nova perspectiva com vistas à ampliação do acesso aos serviços de saúde, tornando-se esta a diretriz norteadora para sua para organização.

O Art. 167 da Lei Orgânica do Município enfatiza as ações de saúde, no âmbito do Município e preceitua um modelo assistencial que contempla as ações promocionais preventivas e curativas, integradas por meio de uma rede assistencial composta pelos níveis básico, geral, especializado e de internação, conforme a complexidade do quadro epidemiológico local (CUIABÁ, 1990).

Nesta mesma década, Cuiabá apresentava uma estrutura populacional de 36,4% de crianças de 0 a 14 anos; 60,8% de 15 a 64 anos de idade e 2,8% de 65 anos e mais, conforme dados do (IBGE/1990). Já em 2009, estimativas populacionais do IBGE demonstram que, em Cuiabá, enquanto as crianças de 0 a 14 anos de idade correspondem a 24,5% e a população de 15 a 64 anos de idade 70,6%, a população com 65 anos de idade e mais corresponde a 4,9% do total de habitantes (SMS, 2013).

Dentro da perspectiva regionalizadora que nasce com a Carta Constituinte de 1988, temos ainda a estratégia de municipalização, outra ferramenta importante para o desenvolvimento da assistência em saúde, que se dá pelo foco sobre ações sanitárias prioritárias dentro de uma determinada área de abrangência.

Ao se falar em processo de municipalização da saúde, refere-se a estratégia de consolidação do SUS, pressupondo o fortalecimento da autonomia para gestão da política de saúde adotada, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território de acordo com as necessidades e características da população local (TEIXEIRA, 1991).

No que concerne a esta análise, Muller Neto (1991) nos acrescenta que a municipalização da saúde visa à descentralização de recursos, de poder e ações no setor saúde enquanto COSTA (2000) amplia este conceito para além da transferência de poder, incluindo outros elementos relacionados a recursos e competências entre as esferas de governo no plano político-administrativo e propiciar a participação de diversos atores envolvidos no processo no plano político-institucional, bem como a reorganização dos serviços de saúde e mudanças no processo de produção de serviços de saúde a população no plano técnico-organizativo e operacional.

Em Cuiabá, o órgão gestor da saúde é a Secretaria Municipal, criada pela Lei Complementar n.º 94 de 03 de julho de 2003, que consolida todas as leis municipais de saúde e dispõe sobre a regulamentação, fiscalização e controle, das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS/Cuiabá. Está habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal desde 1998, aprovado pela CIB – Resolução n.º 16/1998, tornando a Secretaria Municipal de Saúde responsável pela gerência de todas as unidades de saúde (rede própria, contratada e conveniada).

São órgãos de decisão colegiada do SUS em Cuiabá o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a Conferência Municipal de Saúde, conforme define a Lei Municipal de n.º 2820 de 19/12/1990 e a Lei Complementar n.º 94 de 03/07/2003.

De modo geral, as organizações públicas, nos seus diferentes níveis (federal, estadual e municipal) foram se transformando, através da implementação

de novos modelos de gestão, provocando expressivas mudanças nos processos de planejamento e gerenciamento, na busca de soluções aos problemas existentes.

No período de 1986-1988, com a redemocratização do país, a conquista do Estado de direito somada a uma gestão municipal comprometida e inovadora, Cuiabá incorporou diretrizes do movimento sanitário à política municipal de saúde. Nesse período, foi ampliada a rede própria de serviços de saúde, implantada a concepção de gestão e de atenção à saúde de forma descentralizada e hierarquizada em distritos sanitários e efetivada a constituição de conselhos interinstitucional como forma de democratização das decisões do setor saúde (SPINELLI et al, 2008).

Destaca-se ainda, que a partir da década de 90, a gestão do sistema de saúde em Cuiabá é marcada por profundas alterações na legislação municipal da saúde, substituindo as diretrizes anteriores por orientações genéricas da política de saúde (SPINELLI et al, 2008).

Alguns autores como Spinelli; Schrader; Müller Neto; Venites (2008) consideraram que entre 1993 e 2004 deu-se a consolidação do SUS em Cuiabá, processo que pode ser caracterizado em distintos períodos:

O da municipalização (1993-1995), quando ocorreu o processo de descentralização e a implantação do SUS sob a ótica da gestão, com a habilitação da SMS na Gestão Semiplena do Sistema de Saúde (1994), implantação da regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS, definição de responsabilidade sobre os prestadores de serviços privados, implantação da central de vagas com a autorização e agendamento de exames e internações eletivas, implantação da Ouvidoria do SUS vinculada diretamente ao CMS, fortalecimento da estrutura administrativa dos distritos sanitários e ampliação da rede de atenção com a transferência das unidades do Estado (SPINELLI ET AL., 2008, p.108).

Posteriormente, a SMS habilitou-se à Gestão Plena do Sistema de Saúde, ampliou a atenção básica (PACS, PSF), consolidou a descentralização das vigilâncias, ampliou serviços de média e alta complexidade através de convênio com a rede privada e criou ambulatorios especializados, o que culminou com a crise do financiamento do setor saúde associada ao descredenciamento de serviços especializados privados (SPINELLI ET AL., 2008).

Para Spinelli et AL (2008) houve a autonomia e fortalecimento do setor público (2001-2004), embora os novos dirigentes da saúde relacionou essas medidas à ingovernabilidade gerada pelo clientelismo e pela desconcentração administrativa em distritos sanitários, cuja situação levou a centralização administrativa, extinguindo os distritos sanitários e fortalecendo a gestão da rede pública, com a reorganização da atenção básica e da média complexidade, melhorando o monitoramento e o controle dos contratos (SPINELLI ET AL., 2008).

A Resolução nº 16/1998/CIB, Cuiabá, publicada em 5 de junho de 1998, passou então a responder pela definição de sua política de saúde, pela gestão de toda a rede de serviços do SUS a ele conferida pela SES e torna se referência para serviços de média e alta complexidade para o estado e, em contrapartida, o Ministério da Previdência Social deixou de repassar os recursos financeiros para a saúde.

Ao reconhecer esses desafios, exige-se a construção de mecanismos articulados e integrados que reúnam condições singulares para que se exercitem, em plenitude, os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Com relação à Cuiabá, ao se afirmar o compromisso da gestão com o SUS, apresenta-se o Plano Municipal de Saúde (PMS), que além de uma ferramenta de gestão e requisito legal no processo de construção do SUS é um documento que sistematiza o conjunto de proposições políticas do governo municipal na área da saúde para o enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde da população do município de Cuiabá.

O PMS encontra-se estruturado no Art. 15 da Lei nº 8080/90 para a elaboração e atualização periódica do plano de saúde; na Lei de diretrizes orçamentárias (LDO), onde os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária; na Lei 8142/90 e no Decreto 1232/94 – Plano de saúde como instrumento que subsidia a transferência de recursos federais.

Nesse documento, definem-se objetivos e diretrizes a serem seguidos pela gestão através do estabelecimento de metas, ações estratégicas e práticas que possibilitem o apoio a efetivação de uma política com mais qualidade. Segue o quadro abaixo:

Quadro 1. Principais aspectos da Integralidade que norteiam os Planos Municipais de Saúde de Cuiabá, 2006-2009, 2010-2013, 2014-2017.

	<b>Valores</b>	<b>Objetivos/Ações Estratégicas</b>
<b>PMS (2006-2009)</b>	Garantir o direito a saúde do indivíduo e da coletividade de forma humanizada, através da gestão e do gerenciamento público efetivo das ações e serviços de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir o coeficiente de mortalidade infantil, materna, nascidos vivos, bem como em decorrência de doenças do Aparelho Circulatório por diabetes mellitus até dezembro de 2009;</li> <li>• Fazer a inversão do modelo de Atenção Básica, implantar programa de atenção a urgência e emergência, fortalecer o controle social, implantar o programa de comunicação e educação em saúde e uma política de valorização dos trabalhadores do SUS/Cuiabá;</li> <li>• Implantar política de tecnologia de informação e gestão de processos, consolidar o modelo de gestão com foco em resultados.</li> </ul>
<b>PMS (2010-2013)</b>	Atender as necessidades dos usuários como um todo incluindo a promoção da saúde, à prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação; atender às pessoas em igualdade de condições de acesso aos serviços, respeitando a singularidade e a diversidade dos seres humanos; e fortalecer a participação da sociedade e dos trabalhadores nas instâncias de gestão e organização do SUS, respeitando as ideias, os valores, a cultura e as diferentes formas de organização.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevar a expectativa de vida da população, garantir a integralidade das ações e serviços, reduzindo as taxas de morbimortalidade; Contribuir com a melhoria da qualidade de vida, reduzir situações de risco à saúde humana; Elevar o grau de satisfação do usuário, fortalecendo a gestão e o controle social do SUS;</li> <li>• Implementar a Atenção Integral a Saúde, efetivar a Vigilância à Saúde e Ambiente e desenvolver a Gestão Participativa;</li> <li>• Efetivar a Atenção Básica como espaço prioritário de organização do SUS, ampliando para 100% a cobertura da população com serviços e ações básicas em saúde até dezembro de 2013;</li> <li>• Melhorar a assistência das principais causas de morbimortalidade.</li> </ul>
<b>PMS (2014-2017)</b>	Garantir o direito à saúde da coletividade e do indivíduo de forma humanizada por meio de gestão democrática e efetiva das ações e serviços de saúde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorização do Trabalhador do SUS;</li> <li>• Comunicação e diálogo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover modelo de atenção à saúde, organizando a rede de serviços por ciclo de vida, reduzindo riscos, agravos e a morbimortalidade na população cuiabana;</li> <li>• Fomentar a intersetorialidade entre as demais políticas públicas visando melhorias das condições de saúde da população.</li> </ul>

	com parceiros e sociedade; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolutividade da rede de atenção e satisfação do usuário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver a gestão interinstitucional para atenção à saúde da população referenciada e promover a melhoria da gestão do Sistema e Serviços de Saúde</li> <li>• Fortalecer da gestão e democratização do SUS.</li> </ul>
--	---	--

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2006-2009; 2010-2013; 2014-2017.

Partindo-se do pressuposto de que as políticas de saúde também se materializam nos serviços, mediante as ações de atores sociais e suas práticas cotidianas, pode-se afirmar que a Integralidade é um dos preceitos que orienta a gestão da saúde em Cuiabá.

A construção de um sistema de serviços de saúde democrático, universal, igualitário e integral constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também, e essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde (PINHEIRO & LUZ, 2003).

Com base nas informações identificadas no PMS para o quadriênio de 2006-2009, localizadas no Quadro 1, destaca-se a proposta de inversão do modelo de Atenção Básica, a implantação de um programa de atenção a urgência e emergência e uma política de tecnologia de informação e gestão de processos, com o objetivo de consolidar o modelo de gestão com foco em resultados.

Dentre os resultados, apresentam-se alguns desafios: o credenciamento do Hospital Geral de Cuiabá para assistência de Alta Complexidade, enfocando ações com vistas não somente a redução de filas, mas a Política Nacional de Humanização em todos os seus aspectos, embora, apenas tenha sido disponibilizada apenas 1 sala do Centro Cirúrgico para o atendimento em Neurocirurgia à demanda existente). Em 2006, a população de Cuiabá uma densidade demográfica de aproximadamente 160,9 (habitantes/km<sup>2</sup>) e uma taxa de crescimento populacional de 2,77%. Segundo o IBGE (2007), somavam-se 526.830 habitantes (SMS, 2007).

Esse contexto presume certa incapacidade da gestão do município de se estruturar uma rede de serviços e ações de saúde na assistência ao especializada, uma situação que requer uma atenção especial, levando-nos a pensar que tal incoerência pode ser elencada como um importante indicador de desigualdades.

No PMS 2010-2013 pode-se constatar: fomentar a intersetorialidade entre as demais políticas públicas, desenvolver a gestão interinstitucional para atenção à saúde da população referenciada e promover a melhoria da gestão do Sistema e Serviços de Saúde (SMS, 2013), reflete certo fortalecimento sobre a perspectiva da Integralidade em saúde, embora legitimar outros tipos de práticas de cuidado integral pudesse retratar um avanço mais significativo, lembrando que o município é referência estadual para os serviços de média e alta complexidade, sendo responsável pela contratação, programação, controle, avaliação, auditoria e regulação, assim como, o pagamento dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares.

Com relação a estrutura da rede de serviços existente, os dados serão demonstrados mais a adiante, no Quadro 3, valendo a ressalva: a população cresce, mas num cenário onde a assistência não se expande concretamente.

De acordo com o texto constitucional, complementado e aperfeiçoado pela Lei Orgânica da Saúde, a assistência à saúde pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças (CARVALHO & SANTOS, 2002), sendo esta portanto, uma dimensão importante do conceito da integralidade.

Nos serviços e práticas de saúde, tal como são organizados, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço, embora, numa visão mais idealista ela pressupõe horizontalizar as práticas dos programas de saúde, diferente do modelo vigente em que as políticas de saúde no Brasil tem sido marcadas pela verticalização destas ações, como mencionado no capítulo anterior.

A integralidade como parte de uma "imagem objetivo" conforme citada anteriormente, tem sido muito utilizada nas áreas de planejamento para designar uma certa configuração de um sistema considerado desejável. Não é uma utopia, já que tal configuração pode se tornar real num horizonte temporal definido (MATTOS, 2001).

Isso significa distinguir aquilo que se deseja do já existe, indicando-se uma direção que pode imprimir à transformação da realidade. Parte de um pensamento

crítico, que se recusa a reduzir a realidade ao que "existe", almejando superá-las (MATTOS, 2001).

O SUS, da forma como vem sendo implantado configura-se numa ação em constante construção, cujo processo tem na descentralização um dos mecanismos mais importantes para o fortalecimento da saúde através da articulação das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação nas dimensões individual e coletiva.

Cuiabá, enquanto capital, torna-se referência para os serviços de média e alta complexidade. Na prática, os usuários cuja avaliação exige que seu tratamento seja realizado fora do próprio município de origem, devem ser encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com relatório de referência e contra referência para a Central Regional de Regulação, onde serão avaliados quanto à necessidade de realizar seu tratamento fora do município polo.

Com relação a este amparo assistencial, Cuiabá executa o Serviço de Tratamento Fora Domicílio, um benefício que concede ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) o direito de requisitar auxílio financeiro para tratamento de saúde fora do seu domicílio, junto a prefeituras ou Secretarias Estaduais de Saúde.

Segundo a Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999 (**Anexo 3**), editada pelo Governo Federal, este auxílio pode incluir transporte (aéreo, terrestre ou fluvial), estada e ajuda de custo para alimentação nos tratamentos que precisam ser feitos em cidades distantes do local de origem do usuário. Em Cuiabá, a Gerência do Tratamento Fora do Domicílio - TFD está vinculada a Coordenadoria de Regulação, da Superintendência de Regulação Controle e Avaliação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Nesse sentido, quando esgotada a possibilidade de tratamento em seu próprio município, o usuário será encaminhado por um médico da rede pública de onde reside para outro centro de maior recurso, tendo como referência a capital, embora para alguns municípios a referência sejam os polos regionais de saúde através dos Hospitais Regionais.

Também atendendo o que preceitua a Integralidade em saúde, Cuiabá insere-se num cenário composto por um conjunto de compromissos sanitários para o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, colocando para as esferas locais o desafio de desenvolver políticas transversais, integradas e intersetoriais que visam o fortalecimento da promoção da saúde, embora, os municípios venham executando diversas experiências na construção de modelos alternativos ao modelo assistencial hegemônico (centrado na doença), como sugerem as metas estabelecidas nos Planos de Trabalho Anual. Trata-se do Pacto pela Vida.

### **3.2.1 Plano Municipal de Saúde - Cuiabá (2010/2013)**

O processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde tem colocado os municípios em situação de protagonismo na formulação e execução das políticas de saúde. Em Cuiabá, de acordo com a Assessoria de Planejamento e Gestão o Plano Municipal de Saúde 2010/2013 (Anexo 2) contemplou 08 (oito) itens prioritários, assim distribuídos: 1) Apresentação; 2) Caracterização do Município; 3) Metodologia; 4) Análise Situacional; 5) Identidade Institucional; 6) Objetivos Estratégicos e Específicos; 7) Diretrizes Estratégicas e; 8) Sistema de Acompanhamento e Avaliação.

O PMS de Cuiabá apresenta-se como um modelo de gestão flexível, com base na tomada de decisão de forma descentralizada, visando proporcionar maior autonomia de ação e ampliação de espaços na busca de soluções aos problemas existentes na área da saúde pública.

A Caracterização do município contempla, de forma sistematizada, informações referentes à localização geográfica, como limites e extensão territorial, informações demográficas, populacional e da infraestrutura municipal, como saneamento, transporte, composição da rede de educação e de serviços de saúde, além da disponibilidade de leitos por especialidades médicas e por cobertura populacional, de forma a possibilitar ao leitor informações mínimas e importantes sobre as condições socioeconômicas da população e a configuração dos serviços a

ela oferecidos, especialmente os de saúde.

A Metodologia destaca o referencial teórico utilizado pela da SMS para a formulação do plano, fundamentado em identificação e seleção de problemas, fatores causais, considerando contextos internos e externos e os atores sociais envolvidos no processo do planejamento, com ênfase no alinhamento das políticas de saúde nacional, estadual e municipal por meio do pacto pela saúde, tendo como base propostas e recomendações da Conferência Municipal de Saúde.

Análise Situacional incluía a análises do perfil demográfico, epidemiológico, indicadores sociais (educação, renda, habitação, saneamento, segurança e meio ambiente) e a relação dos problemas relacionados à gestão do sistema de serviços de saúde, à organização e infraestrutura da rede de serviços, ao financiamento e à gestão de pessoas.

Essa análise trazia uma reflexão inovadora ao incluir a comparação dos indicadores de saúde do município de Cuiabá com a situação observada nas várias regionais do Estado de Mato Grosso, discutindo as tendências positivas (melhorias), ou negativas (agravamento), a partir de série histórica dos últimos dez anos, comparando também a situação do município com outras realidades brasileiras.

A identidade institucional apresentava os propósitos que expressavam a razão da existência da instituição em manter a garantia dos direitos constitucionais à saúde do indivíduo e da coletividade, de forma humanizada e com uma gestão democrática, respaldada em valores e princípios do SUS e uma visão de futuro da organização em ser excelência na atenção à saúde.

Objetivos Estratégicos apresentava os três objetivos macros do plano, desdobrados em quatro objetivos específicos, definidos para o período de governo (2010-2013), desdobrados nos objetivos específicos contendo as linhas gerais de ações a serem seguidas, com as respectivas medidas, ou seja, ações e metas estratégicas, para as quais foram definidas responsáveis pela implementação.

Os objetivos específicos foram desdobrados em três Módulos Operacionais: 1) Atenção Integral à Saúde; 2) Vigilância à Saúde e Ambiente; 3) Gestão Participativa no SUS (apresentados no PTA 2010).

Os dois primeiros módulos contêm as ações voltadas para intervenção nos problemas relativos às condições de saúde da população, e o terceiro módulo concentrou-se nas propostas de intervenção sobre os problemas relacionados aos sistemas de serviços de saúde, ou seja, na gestão e rede de atenção.

**O Módulo Atenção Integral à Saúde** apresentava as ações e metas estratégicas definidas para a efetivação da atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, além de articulação setorial (interno e externo à organização) para atenção integral à saúde e melhorias na assistência das principais causas de morbimortalidade, medidas estas desdobradas em ações, procedimentos e atividades, contendo seus responsáveis e prazos, visando obter indicadores de acompanhamento e avaliação.

**O Módulo de Vigilância à Saúde** apresentava ações e metas estratégicas voltadas à identificação, acompanhamento, monitoramento, avaliação e intervenção nos fatores de risco à saúde da população, desdobrada em ações, procedimentos e atividades com os respectivos responsáveis e prazos, também com vistas a fornecer indicadores de acompanhamento e avaliação.

**O Módulo Gestão Participativa no SUS** apresentava ações e metas estratégicas para o fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, da política da informação em saúde para a tomada de decisão e implantação da política de valorização de recursos humanos, além de ações e metas estratégicas para o fortalecimento do controle social e do processo de planejamento constituído das etapas de elaboração, execução, acompanhamento e avaliação do plano (PDCA).

É importante enfatizar que para cada ação e meta estratégica, o plano apresentou um grupo de ações, desdobradas em procedimentos (atividades), responsáveis e prazos, especificando uma relação de indicadores de acompanhamento e avaliação, desenvolvidos, tanto na preparação quanto no processo de formulação do plano.

As Diretrizes Estratégicas e o Sistema de Acompanhamento e Avaliação apresentava o sistema de acompanhamento e avaliação do plano entendido como um processo permanente, visando à análise sistemática do processo de execução,

estabelecido através de análises das não conformidades apresentadas na execução das atividades previstas, identificadas através da elaboração de relatório de acompanhamento mensal, e avaliação dos

Na estrutura do CMS encontra-se a Ouvidoria do SUS, criada em 1994, com a função de ouvir reclamações e/ou denúncias e acolher sugestões e elogios relacionados à organização e ao funcionamento do Sistema Único de Saúde em Cuiabá, e suas atribuições são regulamentadas pelo Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde. Compõe a estrutura organizacional da Ouvidoria do SUS-Cuiabá 03 unidades de atendimento, sendo uma localizada na sede da Secretaria Municipal de Saúde, dois postos descentralizados, um no Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá e outro na Central de Regulação/CER-SUS. (SMS, 2008).

Segundo o Relatório de 2014 da Ouvidoria/SUS, Cuiabá registrou 1789 (mil, setecentos e oitenta e nove) atendimentos no ano de 2013 e 1274 (mil, duzentos e setenta e quatro) no ano de 2014, sendo que cada processo foram distribuídos nas áreas demandadas (SMS, 2014).

De acordo com a Ouvidoria do SUS/CBÁ sua meta é demonstrar e cobrar as necessidades dos usuários do SUS, pois se cada gestor melhorar e agilizar o seu fluxo de trabalho haverá uma redução considerável nas demandas. Em 2014, 905 (novecentos e cinco) processos foram concluídos/arquivados, o que representa 71% dos processos existentes.

Em relação à faltas e solicitações de medicamentos e materiais hospitalares verificaram-se as seguintes situações e quantitativos:

- Falta de Medicamentos da Atenção Básica (padronizados pelo município): 69;
- Falta de material hospitalar/suplementos/fralda e leite: 78;
- Solicitação medicamentos Atenção Básica: 35;
- Solicitação de material hospitalar/suplementos/fralda e leite: 74.

Dentre os medicamentos faltosos, com maior número de reclamações estão: Enalapril, Sinvastatina, Metformina, Diazepan, Clorpromazina, Prolopa,

Anlodipina, Metropolol (selozok), Depakene, Benzetacil (injetável), Lozartana, Valproato de Sódio.

Já os insumos faltosos com o maior número de reclamações estão: Esparadrapo, gazes, sonda, luvas, dispositivo urinário, xilocaína, óleo mineral, Fitas e aparelho para medir Glicemia. Para tais ausências em estoque tanto de medicamentos quanto de materiais hospitalares e suplementos a Ouvidoria realiza encaminhamentos, tais como: Confirmação da falta nas Unidades, Almoxarifado Central, Secretário de Saúde, Coordenadoria de Assistência Farmacêutica.

Em relação às consultas especializadas verifica-se pelo Relatório da Ouvidoria que esta recebeu 70 (setenta) denúncias no ano de 2014, sendo as principais reclamações relacionadas à dificuldade de acesso e a demora excessiva para agendamento. Em alguns casos os pacientes chegam a ser atendidos no Pronto Socorro entre duas e três vezes em crises, antes de serem atendidos pelo especialista. Em algumas especialidades mesmo depois de recorrer à Ouvidoria o paciente continuou esperando pelo agendamento, por até 04 (quatro) meses.

As consultas especializadas mais solicitadas, no período foram para: Neurologista, Oftalmologista, Pneumologista, Ortopedista, Endocrinologista, Proctologista, Urologista, Cardiologista, Psiquiatra, incluindo as consultas Pediátricas, bastante demandadas.

Nesse caso, os encaminhamentos da Ouvidoria são, conforme a devido à urgência que cada caso requer, realizar contato com a Central de Regulação ou ainda direto com os serviços de saúde para confirmação dos agendamentos.

O item exames também recebeu, segundo o Relatório da Ouvidoria várias reclamações, principalmente em relação a demora para realização, além de denúncias de ausência de serviços de apoio diagnóstico pelo SUS por falta de prestador credenciado, totalizando 165 (cento e sessenta e cinco) reclamações/denúncias.

Dentre os exames mais solicitados encontram-se: Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Holter 24 horas, Mapa, Teste de Esforço, Teste Ergométrico, Angiografia, Retinografia, Colonoscopia, USG com Doppler Venoso, Urografia

Excretora, Risco Cirúrgico, USG Tireóide, USG Globo Ocular, USG Abdômen Total, RX Coluna, RX Membros Inferiores, Endoscopia Digestiva, TC Abdômen Superior, TC de Crânio, Estudo Urodinâmico, Videolaringoscopia, Eletroneurografia, PAAF (Punção por Agulha Fina).

No caso de exames os encaminhamentos realizados pela Ouvidoria são direcionados à Diretoria de Controle e Avaliação, Secretário de Saúde. Outro item avaliado no Relatório, está relacionado à falta de atendimento à cirurgias, totalizando 112 (cento e doze) reclamações/denúncias. As principais reclamações são quanto a demora para autorização e realização dos procedimentos cirúrgicos, mesmo após autorização da CER/SUS.

As cirurgias mais solicitadas foram: Prótese (Peniana, Quadril e Joelho), Oftalmológicas (Mapeamento Retina, entre outras), Varizes Bilateral, Ortopédicas, Cardiovasculares para retirada de Tumor, Hérnia. Os principais encaminhamentos dados pela Ouvidoria foram realizar contatos com a Diretoria de Controle e Avaliação, Hospitais, Secretário de Saúde na tentativa de agilizar os procedimentos necessários ao atendimento dos pacientes.

Em relação aos recursos humanos a Ouvidoria recebeu entre 2013 e 2014, 224 (duzentos e vinte e quatro) reclamações/denúncias, sendo as mais comuns relacionadas ao mau atendimento de agentes públicos (grosseria, falta de cordialidade, falta de orientação e informações adequadas). Havendo também denúncias de erro, negligência, descaso no atendimento prestado, principalmente no atendimento médico e falta de maior atenção ao paciente, caracterizadas principalmente pela falta de atendimento por ausência do profissional (médico, enfermeiro, técnico de vacina, ACS).

Os principais encaminhamentos dados pela Ouvidoria foram comunicar e alertar Servidores, Chefias imediatas, Coordenadores e Diretores, Secretário de Saúde sobre as denúncias recebidas e os riscos de responsabilização.

Outros serviços demandados que também chegaram reclamações à Ouvidoria foram: oxigenioterapia – solicitação de aparelho de oxigênio domiciliar: 08; Home Care – solicitação tratamento domiciliar: 23; Saúde Bucal – dificuldade de acesso e falta de estrutura física: 17; Saúde Mental – dificuldade de acesso ao

ambulatório: 04; Transferência Hospitalar – dificuldade para conseguir leito: 12 e UTI – dificuldade para conseguir leitos: 06.

Outros procedimentos também foram alvos de reclamações e denúncias de usuários à Ouvidoria, totalizando 377 (trezentos e setenta e sete) casos, sendo os mais comuns: Solicitação de Transporte Hemodiálise: 48; Demora e dificuldade para conseguir atendimento (PA e ambulatórios de Unidades básicas de Saúde): 38; Reclamações referentes ao horário de agendamento nas UBS: 02; VISA (esgoto a céu aberto, alimentos, animais): 51; Dificuldade para vacinar nas unidades (geladeira danificada, apenas um período para vacinar): 67; Dificuldade de agendamento de consultas em UBS: 30; Falta de Informação: 18; Falta de segurança nas UBS: 04; Reclamações Estrutura Física UBS e Policlínicas (limpeza, unidade antiga, banheiros interditados): 38; Solicitação de informação sobre pacientes que estão internados HPSMC: 34; Orientação e informação (demandas que não fazem parte da nossa governabilidade): 36; O item elogios (cordialidade, informação adequada, satisfação com atendimento) totalizou apenas 11 usuários.

Com relação aos 905 (novecentos e cinco) processos concluídos/arquivados, é importante salientar que estes se referem àqueles que passaram por todos os encaminhamentos necessários que já sofreram todos os encaminhamentos possíveis, retornando à Ouvidoria e com retorno ao usuário para ciência.

Entre 2013 e 2014 foram visitadas pela Ouvidoria Itinerante 45 (quarenta e cinco) unidades de saúde com o objetivo de levar informações importantes e prestar esclarecimentos a estas sobre Consultas Especializadas, sobretudo em relação à Penalidades aos Prestadores de serviços por demora no agendamento, para pacientes classificados com observações de prioridade (idosos, acamados, entre outros); Exames sem Prestador: Angiografia, Retinografia, Teste Ergométrico, USG Doppler, Mapa; Exames que demandam urgência na realização tais como: Colonoscopia, Holter, Ecocardiograma, Eletrocardiograma; Demora para atender Cirurgias (Cardíaca Varizes /Hérnia /Implantação de Prótese Peniana).

Em consulta aos Relatórios de Gestão Anual da Ouvidoria/SUS referente aos anos de 2007, 2008, 2013 e 2014, podemos apontar alguns dados, conforme o quadro abaixo:

Quadro 2 – Número de atendimentos registrados pela Ouvidoria/SUS nos anos de 2007, 2008, 2013 e 2014.

Ano de referência	2007	2008	2013	2014
Número de atendimentos	1.372	1.271	1.752	1.274

Fonte: Relatórios de Gestão de 2007, 2008 e 2013; Relatório Anual da Ouvidoria de Saúde/CMS de 2014.

No ano de 2008, a Ouvidoria realizou 1.271 atendimentos (denúncias, reclamações, sugestões, elogios e orientações/informações), com 7,4% de queda no atendimento em relação ao período de 2007 (1372 atendimentos). As manifestações dos usuários são encaminhadas às áreas competentes da Secretaria Municipal de Saúde para os devidos encaminhamentos.

Em 2013 foram 1.752 reclamações/denúncias, destas 1.506 foram concluídas e 246 ainda não foram resolvidas. Já em 2014 foram 1.274 (Mil, duzentas e setenta e quatro) demandas recebidas pela Ouvidoria, destas 905 (novecentos e cinco) foram finalizadas restando até o momento 369 (trezentos e sessenta e nove) pendentes, ou seja, em trâmite ainda sem resolução.

Como pode ser observado, verifica-se uma diminuição de reclamações e denúncias e recebidas pela Ouvidoria em relação aos serviços de saúde e também maior agilidade na resolução dos problemas informados a esta, se considerado que o número de processos pendentes poderão ser reduzidos até o final do ano corrente.

Nessa perspectiva, entende-se que o estado e, por conseguinte, o município de Cuiabá ainda enfrenta sérios problemas nos serviços de saúde pública, por vezes, conquistados pelos usuários somente via judicial o que demonstra certa fragilidade do poder público em cumprir os princípios constitucionais.

### 3.2.2 Os Centros de Regulação em Cuiabá

O Complexo Regulador de Mato Grosso, formado em 2002 pela Central Estadual de Regulação do SUS de Cuiabá, Centrais Regionais e Centrais Municipais, foi concebido e implementado pela SES/MT, em parceria com os municípios, com a missão de facilitar o fluxo do usuário em todo o estado (SCHRADER, 2002).

Segundo dados do Tribunal de Contas da União – TCU, neste mesmo ano, existiam em Mato Grosso mais de cem Centrais de Regulação, instaladas nas Secretarias Municipais de Saúde, as quais encaminhavam pacientes para as cidades de maior porte, de acordo com os ajustes estabelecidos nas Regiões de Saúde. Esse número de Centrais Municipais de Regulação fez de Mato Grosso o Estado com o maior número de Centrais de Regulação no país (CAVALCANTI, 2011).

A lógica de organização do SUS, que pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada hierarquizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada área, com o objetivo de favorecer a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Para tanto foram criados os Centros de Regulação locais que em Cuiabá são considerados como a principal referência do Estado em serviços de saúde de média e alta complexidade oferecidos pelo SUS, consubstanciando num sistema de informações no processo gerencial dos serviços de saúde. Nesse sentido, a Central de Regulação tem papel importante no complexo regulador, haja vista gerenciar o acesso às vagas disponíveis aos serviços de saúde na capital.

A Central de Regulação Municipal, sob gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde regula o acesso da população às unidades de saúde, no âmbito do município e garante o acesso desta aos serviços de saúde conforme a Programação Pactuada e Integrada – PPI (MS, 2008).

A Central de Regulação de Cuiabá está inserida na estrutura da Diretoria de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC, a qual está subordinada à Secretaria Adjunta de Assistência da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá-MT. A DRAC possui duas Coordenadorias sob sua gestão: a Coordenadoria de Controle e Avaliação – CCA e a Coordenadoria de Controle e Avaliação. Lembrando que o acesso da população a rede de serviços de saúde deverá se dar através do nível primário de atenção, prestados pelos postos de saúde e clínicas da família (PSF).

O fluxo se dá por meio de encaminhamentos, ou seja, quando os centros de saúde identificam a necessidade de atendimentos mais complexos, que não poderão ser resolvidos em nível de atenção primária, necessitando ser referenciados aos Centros especializados (ambulatoriais ou hospitalares).

Segundo Merhy (1997), esses serviços são espaços de saberes-fazeres profissionais, sendo, portanto essencial à configuração de uma rede regionalizada e hierarquizada para a garantia da atenção especializada.

A Central de Regulação de Cuiabá-MT recebe e gerencia os pedidos de urgência e emergência, triados pela Central Estadual de Regulação, originários do interior do estado, bem como a própria demanda da capital, para esse tipo de atendimento, encaminhada pelos serviços de saúde locais (SCHRADER, 2002).

As solicitações de exames e procedimentos de média e alta complexidade eletivos, a Central de Cuiabá recebe as solicitações do interior do estado, via malote, encaminhadas pelas dezesseis Centrais de Regulação Regionais e a demanda local, também chega a Central pela mesma via de comunicação.

Já o gerenciamento das consultas de especialidades é feito mediante uma central telefônica. O setor responsável organiza a demanda por meio do cadastramento de funcionários das unidades solicitantes de todo o estado e define os horários para o atendimento telefônico das pessoas cadastradas (CAVALCANTI, 2011).

Quando o paciente é atendido pelo prestador de serviço, a Coordenação de Controle e Avaliação, composta pelos setores de Contratualização e Habilitação dos

Serviços Ambulatoriais e Hospitalares; de Supervisão Ambulatorial e Hospitalar; Supervisão Médica e Administrativa; e Pré Autorização iniciam a supervisão médica e administrativa de todos os procedimentos realizados.

A Central de Regulação de Cuiabá utiliza a base de dados do CNES para controlar a disponibilidade de vagas para a demanda por serviços (T2). Existem apenas 315 leitos disponíveis para execução dos mais variados tipos de cirurgia vinculados ao SUS, destes aproximadamente 50% estão na Santa Casa de Misericórdia e no Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá.

Dessa forma, em várias especialidades, a demanda por cirurgias supera a capacidade de oferta administrada pela Central de Regulação o que gera longas filas de espera pelo atendimento. O principal critério adotado para priorizar o atendimento de um pedido é a condição clínica do paciente.

Estudos realizados no período de 2010 à 2013, por acadêmicas do Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, revelam que os principais problemas levantados, na central de regulação do município de Cuiabá foram: o foco em média e alta complexidade, em contraposição à baixa cobertura de PSF; a inexistência de determinadas especialidades médicas; a baixa cobertura de exames citopatológicos; a desorganização da rede de atenção; a deficiência nos processos de regulação; e, a baixa capacidade resolutiva, influenciando nas ações de vigilância das doenças e agravos.

Na tentativa de minimizar os principais problemas existentes na Central de Regulação do município foi elaborado o Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2010/2013, que no planejamento seria a expressão da Política de Saúde e dos compromissos a serem assumidos pela gestão além de ser a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

### **3.2.3 Recursos Físicos Instalados e a Rede de Serviços do SUS/Cuiabá**

A rede de serviços em Cuiabá é organizada hierarquicamente, sendo constituídas de unidades assistenciais próprias e contratadas.

Quadro 3 - Rede de Serviços organizados conforme nível de complexidade, referente ao período de 2006, 2007 e 2008.

2006	<b>Atenção Básica de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 61 Unidades Básicas em Saúde – 30 <i>Centros de Saúde</i>, considerando os critérios: localização das unidades, acesso e capacidade instalada, a cobertura populacional foi estimada em 65,0% sendo e 31 <i>Equipes de Saúde da Família</i>, com cobertura estimada em 20,0%;</li> <li>- 10 Clínicas Odontológicas, com cobertura estimada em 3,9%;</li> <li>- Atendimento na área rural – 04 Postos de Saúde e 01 unidade móvel que atendem a 34 comunidades.</li> </ul>
	<b>Atenção Especializada e Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 05 Policlínicas;</li> <li>- 01 Centro de Reabilitação;</li> <li>- 06 Núcleos de Reabilitação;</li> <li>- 10 Residências Terapêuticas, com média de 8 usuários em cada;</li> <li>- 03 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) na área urbana e 01 no Distrito Municipal da Guia;</li> <li>- 01 Laboratório Municipal de Patologia Clínica;</li> <li>- 01 Laboratório Central Estadual;</li> <li>- 01 Serviço Ambulatorial Especializado (SAE);</li> <li>- 01 Centro de Especialidades Médicas;</li> <li>- 26 serviços complementares ao SUS/Cuiabá de apoio, diagnóstico, terapêutico;</li> <li>- 01 Pronto Socorro Municipal;</li> <li>- 02 Hospitais Públicos (01 sob gestão federal e 01 sob a gestão estadual);</li> <li>- 03 Hospitais Filantrópicos, todos vinculados ao SUS/Cuiabá e</li> <li>- 17 Hospitais Privados, sendo 10 vinculados ao SUS/Cuiabá.</li> </ul>
2007	<b>Atenção Básica de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 65 Unidades Básicas em Saúde – 27 <i>Centros de Saúde</i>, considerando os critérios: localização das unidades, acesso e capacidade instalada, e 38 <i>Equipes de Saúde da Família</i>;</li> <li>- 10 Clínicas Odontológicas;</li> <li>- Atendimento na área rural – 02 Equipes de Saúde da Família, 02 Postos de Saúde e 01 unidade móvel que atendem a 34 comunidades.</li> </ul>
	<b>Atenção Especializada e Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 05 Policlínicas;</li> <li>- 01 Centro de Reabilitação;</li> <li>- 06 Núcleos de Reabilitação;</li> <li>- 10 Residências Terapêuticas, com média de 8 usuários em cada;</li> <li>- 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na área urbana;</li> <li>- 01 Laboratório Municipal de Patologia Clínica;</li> <li>- 01 Laboratório Central Estadual;</li> <li>- 01 Laboratório contratado pelo município (AFIP);</li> <li>- 01 Serviço Ambulatorial Especializado (SAE);</li> <li>- 01 Centro de Especialidades Médicas;</li> <li>- 26 serviços complementares ao SUS/Cuiabá de apoio, diagnóstico, terapêutico;</li> <li>- 01 Pronto Socorro Municipal;</li> <li>- 02 Hospitais Públicos (01 sob gestão federal e 01 sob a gestão</li> </ul>

		estadual); - 03 Hospitais Filantrópicos, todos vinculados ao SUS/Cuiabá - 17 Hospitais Privados, sendo 10 vinculados ao SUS/Cuiabá.
2008	<b>Atenção Básica de Saúde</b>	95 Unidades Básicas em Saúde - 22 <i>Centros de Saúde</i> , - 63 <i>Equipes de Saúde da Família</i> , sendo 03 na zona rural. - 10 Clínicas Odontológicas; - Atendimento na área rural – 03 Equipes de Saúde da Família e 01 unidade móvel que atendem a 22 comunidades.
	<b>Atenção Especializada e Hospitalar</b>	05 Policlínicas; - 01 Centro de Reabilitação; - 05 Núcleos de Reabilitação; - 09 Residências Terapêuticas, com média de 8 usuários em cada; - 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na área urbana; - 01 Laboratório Municipal de Patologia Clínica; - 01 Laboratório Central Estadual; - 01 Laboratório contratado pelo município (AFIP); - 01 Serviço Ambulatorial Especializado (SAE); - 01 Centro de Especialidades Médicas; - 32 serviços complementares ao SUS/Cuiabá de apoio, diagnóstico, terapêutico; - 01 Pronto Socorro Municipal; - 02 Hospitais Públicos (01 sob gestão federal e 01 sob a gestão estadual); - 03 Hospitais Filantrópicos; - 18 Hospitais Privados.

Fonte: Relatório de Gestão 2006, 2007, 2008 do Município de Cuiabá-MT

Em 2006, havia 1.996 leitos hospitalares (0,004 leitos/habitante) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, dos quais 57,0% são vinculados ao SUS. Desses, segundo a SMS, 17,9% eram municipais e 10,6% estavam sob gestão federal (universitário); portanto, 71,5% dos leitos SUS da cidade de Cuiabá estavam localizados em hospitais filantrópicos/privados. Dos leitos públicos, contratados/conveniados ao SUS, 29,5% eram em clínica cirúrgica, 24,3% em clínica médica, 10,3% em obstetrícia e 17,2 em pediatria. Dos leitos de UTI (105), 39,0% são de adultos, 11,4% infantil e neonatal (31,4%) (CMC, 2006).

O município, em 2006, registrou 1.711 estabelecimentos que prestam atendimento ambulatorial. Desses, 824 (48,2%) são vinculados ao SUS. Na área de apoio diagnóstico e terapêutico, dos 238 estabelecimentos, 40,3% estão vinculados ao SUS, enquanto que a metade dos ambulatórios e 41,0% das unidades de urgência são vinculadas ao SUS.

Quanto ao número de leitos hospitalares, em 2007, o SUS/Cuiabá continha no Cadastro Nacional Estabelecimentos Saúde (CNES), 1.817 (0,003 leitos/habitante), dos quais 60,7% eram vinculados ao SUS. Dos leitos públicos, contratados/conveniados ao SUS, 27,3% são em clínica cirúrgica, 21,2% em clínica médica, 10,7% em obstetrícia e 18,3% em pediatria. Dos leitos de UTI (111), 27,9% são para adultos, 7,2% infantil e 33,3% neonatal. No total geral dos leitos vinculados ao SUS, 10,05% são leitos de UTI (SMS, 2007)

Em 2008 o SUS Cuiabá, o número de leitos hospitalares foi para 1.828 (0,003 leitos/habitante), dos quais 62,8% estavam vinculados ao SUS. Dos leitos públicos, contratados/conveniados ao SUS, 29,5% são em clínica cirúrgica, 23,0% em clínica médica, 10,1% em obstetrícia e 17,4% em pediatria. Dos leitos de UTI cadastrados no CNES (229), 7,5% eram para adultos, 1,6% pediatria e 3,4% neonatal. No total geral dos leitos vinculados ao SUS, 8,6% eram leitos de UTI (SMS, 2008).

Em relação à rede básica, podemos inicialmente imaginar como ela pode contribuir ou não para uma melhor performance da assistência especializada. Uma maior resolutividade da assistência prestada em nível das Unidades Básicas de Saúde poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários. Atualmente, parte dos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas, não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na Unidade Básica (MERHY, FRANCO, et al, 2003, pag. 02)

Em 2014, a rede física prestadora de serviços ao SUS Cuiabá, segundo dados apresentados pelo CNES, conta com 213 estabelecimentos de saúde destes 78,9% com gestão municipal, 15,5% gestão estadual e 5,6% dupla gestão. A rede de saúde sob gestão municipal se constitui de: a Atenção Primária - composta de 92 Unidades Básicas de Saúde sendo 70 Equipes de Saúde da Família (ESF); 21 Centro de Saúde tradicional e; 01 Posto de Saúde na área rural (SMS, 2014).

Acerca dos recursos físicos instalados e a rede de serviços, percebe-se um certo distanciamento do cumprimento da legislação e das metas pactuadas, cuja insuficiência não pode ser resultante da ineficiência da atenção primária, mas pela a oferta de serviços e recursos assistenciais para atender áreas que exigem maiores

recursos, oriundas a uma proteção específica para o diagnóstico rápido e tratamento precoce.

De acordo com Relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá das 70 ESF, 07 não estão cadastradas no CNES, pois o município aguarda a realização de Concurso público para a contratação de ACS. Destas, 05 equipes atendem na Clínica da família (antiga Policlínica do CPA) e 02 equipes atendem nas Unidades do Bela Vista e Carumbé.

A Atenção Secundária conta com 38 serviços, sendo 05 Policlínicas, 01 Unidade de Pronto Atendimento, 23 Centros/Clínicas de Especialidades e 03 Centros de Atenção Psicossocial, 01 Laboratório Central e 04 Centros de Convivência de Idosos. A Atenção Terciária possui 11 hospitais, 21 unidades de saúde de apoio diagnóstico. O Sistema Público de Saúde conta ainda com uma rede de serviços complementares contratualizada através das necessidades estabelecidas pela regulação, controle e avaliação visando à melhoria das ações e dos serviços prestados pelo SUS à população (SMS, 2014).

A assistência à saúde, nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, em geral são um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde (MERHY, FRANCO et al, 2003).

Diante do exposto, observa-se que, embora as expressões negativas da gestão em saúde pública estejam longe de serem resolvidas, haja vista que a simples formalização de leis, tanto na Constituição Federal de 1988 quanto nas leis específicas da saúde, criadas posteriormente e que asseguram a “saúde como direito de todo cidadão brasileiro e dever do Estado”, ainda são insuficientes para garantir esta premissa, de fato.

A resposta para esses problemas que desafiam a assistência integral em saúde, segundo MERHY, FRANCO, et al (2003), encontra-se na reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas outras ações assistenciais, seguindo o que CECÍLIO & MERHY (2003) afirmam ser: “... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde”.

### **3.3 Reflexões acerca da onda privatizante sobre a saúde pública de Cuiabá**

A implementação das ações das políticas sociais depende de um processo de tomada de decisões, cujas influências podem interferir muito no padrão de proteção social desejado. Por isso, na tentativa de garantir a manutenção sobre as relações sociais, o Estado intervém de maneira diferenciada nas sociedades. É o que acontece hoje na sociedade capitalista. O Estado atua como regulador a serviço da manutenção das relações capitalistas através da política social.

Não raro, toma-se conhecimento, por meio desse cenário, que as ações empreendidas pelos municípios também não se implementam automaticamente, têm movimento, e por sua vez também têm suas contradições, já que é através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as políticas públicas se materializam.

As atividades desenvolvidas pelo Estado apresentam-se como uma prática resultante dos segmentos da sociedade, interessados nos seus serviços. Equilibrar as contas públicas é apenas um dos argumentos que são utilizados em defesa das OSs, como ocorre na gestão da saúde nos municípios brasileiros, levando ao sucateamento e amputação inconsequente de serviços e organizações públicas através da restrição dos recursos.

O modelo de construção do SUS, resultante de uma combinação complementar e ao mesmo tempo antagônica do modelo médico-assistencial privatista e do modelo assistencial "sanitarista" dicotomiza assistência e prevenção, posto que o modelo assistencial é considerado um dos entraves mais do sistema público de saúde brasileiro (PAIM, 2003).

Sabe-se que tal operação corresponde a uma relação custo/benefício altamente desvantajosa para o setor público, este se torna a alavanca necessária para o desenvolvimento dos investimentos para o mercado. Nessa perspectiva, o desenvolvimento dos municípios centraliza-se na setorização de interesses financeiros e políticos que, por um lado desconsidera a formulação de programas com ações integradas, ou seja, tipos de estruturas desta natureza reforçam lacunas de difícil transposição no processo de implementação das políticas sociais. A privatização da saúde na nossa realidade é um exemplo dessa lógica.

No cenário mato-grossense, a perspectiva dessa corrente privatizadora inicia-se com o Governo Blairo Maggi<sup>5</sup> (2003-2007), também reeleito para o exercício 2007-2010, período em que é assinada a primeira lei que autorizava a terceirização dos serviços, e reforçada em 2011, quando foi aprovada a segunda lei, dando prosseguimento ao projeto privatista, no sentido de se moralizar a máquina administrativa do Estado.<sup>6</sup>

Como pano de fundo, temos a cidade de Cuiabá, sede da Secretaria Estadual de Saúde.

Em 2011, com Silval Barbosa, o governo do estado entrega a saúde pública a investidores espanhóis, assim como São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia, sendo convidado para conhecer os modelos de parcerias e a possibilidade de um acordo internacional que poderia representar recursos novos a serem aplicados na saúde pública. Sinalizando ainda que as perspectivas fossem mais do que favoráveis e que a Espanha não apenas escolheu os Estados, mas também analisou números e resultados para definir onde melhor empregar recursos e parcerias.

Esta entre outras medidas, agora inclusive com a circunstância de modo a aprovar junto ao Conselho Estadual de Saúde, um modelo de gerenciamento de unidades de saúde por meio de parcerias com Organizações Sociais (OSS), mesmo sob muitos protestos dos movimentos sociais.

Conforme matéria jornalística veiculada nos meios de comunicação local nesse campo, o pacote de serviços é imenso: Assinatura de contratos emergenciais com os hospitais particulares que também foram referenciados pelo Sistema Único de Saúde para o atendimento da alta complexidade; Proposta de privatização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, o SAMU, do MT Hemocentro, do Hospital Neuropsiquiátrico; Aquisição de prédios particulares, somando-se R\$ 3,8

---

5 Considerado o maior produtor individual de soja do mundo (através do Grupo Amaggi), é responsável por 5% da produção anual do grão brasileiro. Na safra de 2005/2006 perdeu o título para seu primo Eraí Maggi Scheffer, presidente do Grupo Bom Futuro. Também em 2009, segundo a *Revista Forbes* considerou o empresário como 62º entre os 67 líderes mais influentes do mundo. Em fevereiro de 2013, Blairo Maggi assumiu a presidência da Comissão de Meio Ambiente, Fiscalização e Controle do Senado Federal do Brasil, apesar da resistência dos parlamentares ligados ao movimento ambientalista.

6 SOUZA, Antonio de. Especial – Governo Itinerante leva Blairo Maggi para mais perto do povo. Disponível em: <[www.mt.gov.br](http://www.mt.gov.br)> Acesso: 13 Ago 2013.

milhões e que somente anos mais tarde, conseguiram dar a estas estruturas certa funcionalidade, mesmo que parcialmente. Porém, um, sendo o maior deles, ainda se encontra fechado (WERNEC, 2013).

Ainda conforme matéria jornalística veiculada no site DN Notícias (2013) a respeito do imóvel onde funcionaria um centro especializado de transplantes, que nunca saiu do papel, além de adquirir e não usa-lo adequadamente, o Estado pagou de aluguel R\$ 145,8 mil mensalmente. Em relação ao MT Hemocentro, por exemplo, anualmente a instituição teria um orçamento entre R\$ 16 a 20 milhões, porém foram empenhados apenas R\$ 10 milhões. Por essa razão, existem problemas na unidade como a falta de lâmpadas e kits para realização de exames e transfusões.

Quanto as OSs outra publicação mostrou que o governo de MT pagou 2.000% mais caro para mantê-las. Os repasses ao Hospital Regional de Cáceres, por exemplo, caso mais extremo entre as seis unidades de saúde estudadas pelo Comitê em Defesa da Saúde Pública, subiram de quase R\$ 2 milhões em 2010 para cerca de R\$ 37 milhões em 2012.

Com base num estudo realizado no período de um ano, o relatório apresentado por este comitê mostra ainda, que em 2010, a produção do hospital do município de Cáceres por exemplo, foi avaliada em R\$ 3 milhões. Já em 2012, após o aumento de repasses em quase 2.000%, a avaliação do grupo constatou uma produção de aproximadamente R\$ 4 milhões.

Conclusão, o Comitê entendeu que, se esses repasses fossem feitos nos anos que antecederam às OSS, certamente o estado teria hospitais de ponta. No entanto, os gestores fazem o seu papel e na atual conjuntura emitem opiniões na mídia sobre os benefícios das OSs, na tentativa de convencer a população de que esse seria o melhor caminho.

Assim, dado ao movimento deflagrado pela atuação política do governo estadual em contratar Organizações Sociais para administrar hospitais regionais do Estado, procedimento semelhante ocorreu no município, com a participação do terceiro setor (empresa privada) na gestão do Pronto Socorro Hospital Municipal, conforme notícias veiculadas na mídia, desencadeando movimentos e manifestações públicas de resistência por parte do Conselho Municipal de Saúde,

dos profissionais, universidades, Ministério Público, com apoio de alguns parlamentares do legislativo municipal e estadual, o que gerou tentativas de negociações políticas partidárias para (re) estadualização de serviços municipalizados, revogação de legislação da cessão de profissionais da municipalização exigindo-se retorno imediato aos respectivos órgãos de origem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contextualizando, do ponto de vista político-institucional e também histórico, verifica-se a conformação legal dos planos e normatizações na ânsia pela Integralidade da atenção no processo de construção da política de saúde de Cuiabá, vislumbrada sob uma visão de futuro, expressada numa imagem-objetivo para a SMS.

Nos planos desse novo modelo assistencial consolidado, a Integralidade foi assumida como diretriz ideal e norteadora para a organização e a ampliação do acesso aos serviços de forma descentralizada.

Sabendo-se que a Integralidade foi uma das últimas questões a ser detalhadamente ampliada dentro da proposta original do SUS, sendo a mais explicada, porém menos trabalhada, do ponto de vista da produção científica, a experiência do presente estudo revelou que na cidade de Cuiabá após a criação do SUS, os modelos através dos quais a Política de Saúde foi organizada tem influência na observância do preceito constitucional da Integralidade nas expressões de suas legislações.

Teoricamente, estes valores estão presentes, embora no âmbito da prestação de serviços esteja mais garantida na atenção primária do que em relação à média e alta complexidade, tornando a população carente de recursos mais especializados e de referência por fragilidade dos mecanismos de acesso disponíveis e da rede serviços oferecidos.

Diante da complexidade do tema deste trabalho e a reflexão sobre o conceito ampliado de saúde, há necessidade de ações intersetoriais no sentido de atuar para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, incluindo maior participação no controle desse processo, identificando, satisfazendo necessidades e buscando a modificação de comportamentos, ou seja, a promoção da saúde não pode ficar sob a responsabilidade exclusiva do setor da saúde.

Com relação a processo de construção da Política de Saúde em Cuiabá, a análise documental demonstrou que o planejamento elaborado se baseia na análise situacional (indicadores de morbidade e mortalidade, dados populacionais, do sistema de serviços de saúde e outras informações como saneamento, educação, renda, segurança e habitação) e a partir daí estabeleceram alguns parâmetros orientadores da política a ser formulada.

As questões aqui colocadas não esgotam a intensidade e a complexidade da temática, mas certamente a utilização dos instrumentos teóricos aliada à experiência enquanto usuária e profissional de saúde foram essenciais para apreensão da realidade e assim poder colaborar ativamente para a defesa dos direitos sociais, potencializar a discussão sobre mecanismos de acesso e levar parte do conhecimento sobre o modo concreto como esses modelos assistenciais estão funcionando em âmbitos diferentes. Acreditamos não ser suficiente analisar apenas os documentos institucionais que formalizam as ações adotadas pela SMS, sendo também necessário investigar as bases norteadoras para sua formulação, o que nos levou ao campo da pesquisa que trata da integralidade, já que esta tem sido ao longo dos anos, o princípio direcionador para as políticas sociais brasileiras.

Este estudo contribui para a apreensão de que, a qualidade dos serviços de saúde ofertada deve basear-se em necessidades de saúde e essa condição deve ser utilizada como instrumento de fortalecimento das políticas públicas, já que a Integralidade na saúde perpassa a condição da qualidade sobre o acesso do indivíduo aos serviços.

Por fim, apresentamos, a seguir, uma citação que retrata o preceito de nossas reflexões: *“Cuidar. Ir ao encontro do outro para acompanhá-lo e juntos promoverem e fomentarem a vida boa para todos. Nesta compreensão, toma-se o cuidado como proposta ética e não como ato isolado de assistência ou atenção à saúde, apenas.”* (ZOLOBI, 2009, pag. 63).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando L.; SOARES, Márcia M. **Redes federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. 236 p.

ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: Fapesp, 2000. 304 p.

\_\_\_\_\_. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. *In*: VIANA, M.L.W.; GERSCHMAN, S. **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1997.

BARROS, E. Implementação do SUS: re-centralizar será o caminho? **Ciênc. saúde coletiva**. V. 6, n. 2, 2001.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília: LGE; UnB, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2001.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. **Brasil em contra – reforma: desestruturação do estado e perda de direitos**. 2 ed. São paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080** de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Coletâneas e normas para o controle social no sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 5ª ed. - São Paulo: Cortez, 2008.

BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. (org.) **Reforma Sanitária Itália e Brasil**. Tradução Tânia Pellegrini. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde/São Paulo: HUCITEC, 1998.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**: Trajetória histórica, In capacitação para Conselheiros de Saúde. Textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

\_\_\_\_\_. **Capacitação para Conselheiros de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CALLEJAS, E. F. Implantação do setor de controle, avaliação, regulação e auditoria no município de Cuiabá, no período de 1993 a 2003. **Monografia** apresentada para conclusão do Curso de Especialização em Gestão Pública. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, 2008.

CAMPOS, G.W.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciênc. saúde coletiva**. V. 12, n. 2, 2007.

\_\_\_\_\_. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: HuCITEC, 1992.

\_\_\_\_\_. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à lei orgânica de saúde (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). 3.ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002.

CAVALCANTI, A. G. A regulação assistencial no Sistema Único de Saúde: o caso da Central de Regulação de Cuiabá/MT. 2011. 101 f. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá. 2011.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.), **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, VIII. 2000. Discurso de Roberto Figueira Santos, Min. Estado da Saúde. Disponível em: <www.fiocruz.br> Acesso em: 08 jan./2012.

COHN, Amélia. A Cúpula para o Desenvolvimento Social, saúde e a América Latina. **Cad. Saúde Pública**, 1995 Jun; 11(2). ISSN 0102.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas Urbanas Controle Sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.

DN Notícias. **Hospitais comprados pelo Governo de MT viram “elefantes brancos”**. Disponível em: <www.dnnoticias.com.br> Acesso: 13 Ago 2013.

DONNANGELO, F. M. C; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1976.

EFICIÊNCIA NEWS. **MT HEMOCENTRO Servidores fazem protesto contra sucateamento da unidade**. Disponível em <[www.eficiencianews.com.br](http://www.eficiencianews.com.br)> Acesso: 13 Ago 2013.

ELIAS, P.E. Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, 2 (1): 59-73, 1993.

\_\_\_\_\_. Afinal, de qual descentralização falamos? **Ciênc. saúde coletiva**. V. 6, n. 2, 2001.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciênc. saúde coletiva**. V. 12, n. 2, 2007.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. **Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930**. In: Cadernos de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Pret., Ouro Preto, p. 1-33, 2009.

GOULART, F.A.A. Descentralização da saúde pós constituição de 1988: entre (boas) intenções e gestos desencontrados. **Ciênc. saúde coletiva**. V. n. 1, 2001.

\_\_\_\_\_. Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 126 p.: il. (NAVEGADORSUS, 4)

\_\_\_\_\_. Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOB. **Ciênc. saúde coletiva**. V. 6, n. 2, 2001.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health**. V. 16(4), October 31, 2004.

GOHN, Maria da Glória. **O protagonismo da sociedade civil: Movimentos sociais, ONGs e redes solidárias**. 2º Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações inter-governamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**. V. 6, n. 2, 2001.

LUCIA, Rosa. **Governo de MT quer entregar saúde pública a investidores espanhóis**. Disponível em: <[www.viomundo.com.br](http://www.viomundo.com.br)> Acesso: 13 Ago 2013.

MACHADO, C.V. **Direito universal e política nacional**: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Ed. Museu da República, 2007.

\_\_\_\_\_. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. **Rev. Panam. Salud Publica**. V. 20, n. 1, 2006.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado da Saúde. **Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso 1995- 1998**. Cuiabá: SES, 2000.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. V.6, p. 41-66, 2001.

MARTINELLI, Nereide Lúcia. A regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso: o processo de implementação e a relação público-privada na região de saúde do Médio Norte Mato-grossense. **Dissertação de Doutorado**. Universidade de São Paulo. 2014.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo II. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.

\_\_\_\_\_. **Os Dilemas do SUS**: Tomo II. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MERHY, E. E. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. ET AL. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o sus no cotidiano**. HUCITEC, SÃO PAULO, 2003.

MENDONÇA, M. H. M; M. M. VASCONCELLOS; VIANA, A. L. D. **Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S4-S5, 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 399/GM** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.

NORONHA, J.C.; SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc. saúde coletiva**. V.6, n. 2, 2001.

OLIVEIRA, M.H.B. Pactos de gestão: divisão de responsabilidades entre estados e municípios na descentralização. *In*: PIERANTONI, C.R.; VIANNA, C.M.M. (org). **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. IMS; UERJ, 2003.

PAIM, Jairsnildon Silva Salvador. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. EdUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. Modelos de atenção e vigilância da saúde. *In*: ROUQUAYROL. M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003a.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003.

SANTOS, N.R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva**. V. 12, n. 2, 2007.

SARAIVA, Paulo Lopo. **Garantia Constitucional dos Direitos Sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1983.

SCHRADER, F. A. Implantação das Centrais de Regulação. In: SES/MT – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade**. Cuiabá-MT, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ - SMS. **Plano Municipal de Saúde 1999-2000**. Coordenadoria de Planejamento. Cuiabá, 1999.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde 2002-2005**. Coordenadoria de Planejamento. Cuiabá, 2002.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Assessoria de Planejamento e Gestão. Cuiabá, 2010.

\_\_\_\_\_. **Relatórios de Gestão**. Assessoria de Planejamento e Gestão. Cuiabá, 2007.

\_\_\_\_\_. **Relatórios de Gestão**. Assessoria de Planejamento e Gestão. Cuiabá, 2008.

\_\_\_\_\_. **Relatórios de Gestão**. Assessoria de Planejamento e Gestão. Cuiabá, 2013.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual da Ouvidoria de Saúde**. Conselho Municipal de Saúde. Cuiabá, 2014.

SILVA, L.M.V. Organização do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**. v.6, n.2, 2001.

SILVA, Ivone Maria Ferreira. **Conselhos de Saúde: construindo uma nova linguagem**. Cuiabá: EdUFMT, 1998.

SILVA, Priscilla. **Governo de MT paga 2.000% mais caro para manter Organização Social de Saúde**. Disponível em: <[www.olhardireto.com.br](http://www.olhardireto.com.br)> Acesso: 13 Ago 2013

SOLLA, J.J.P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**. V. 30, n. 2, 2006.

SOLLA, J. CHIORO, A. **Atenção Ambulatorial Especializada**. In POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL. Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. 1100p.

SOUZA, C. Relações intergovernamentais e a reforma da administração pública local. In: Seminário **A reforma da Administração Pública**: possibilidades e obstáculos. Recife, agosto 1998.

\_\_\_\_\_. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciênc. saúde coletiva**. V. 7, n. 3, 2002.

SOUZA, H. M. **Saúde da Família**: desafios e conquistas. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2002.

SOUZA, R.R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. V. 6, n. 2, 2001.

SPINELLI, M. A.S; MÜLLER-NETO, J.S.; SCHRADER, F.A.T; VENITES, V. As práticas avaliativas entre a racionalização do sistema e as demandas dos usuários: o caso do SUS Cuiabá. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção Básica e Integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro, Editora: CEPESC, IMS/ UERJ, ABRASCO, 2008.p.105-127.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura - Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, C. F. A municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Saúde Debate**, n. 33, p. 27-32, 1991.

\_\_\_\_\_. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**. V. 18, supl., 2002.

VIANA, A.L.D. Descentralização: uma política (ainda) em debate. **Ciênc. saúde coletiva**. V. 6, n. 2, 2001.

WERNECK, Keka. **População protesta contra privatização do SAMU em Mato Grosso**. Disponível em: <[www.andes.org.br](http://www.andes.org.br)> Acesso: 13 Ago 2013.

ZOBOLI, E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009.

# **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

## **ANEXO 2**

## **ANEXO 3**

# APÊNDICE

## LISTA DE DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. Relatório da Produção de Serviços da Rede Assistencial do SUS/Cuiabá, própria, contratada e conveniada referente ao segundo Quadrimestre de 2014 (DOC - SMS, 2014)
2. Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2006-2009 (DOC - SMS, 2006)
3. Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2010-2013 (DOC – SMS, 2010)
4. Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2014-2017 (DOC – SMS, 2013)
5. Relatório de Gestão do Município de Cuiabá 2006 (DOC – SMS, 2006)
6. Relatório de Gestão do Município de Cuiabá 2007 (DOC – SMS, 2006)
7. Relatório de Gestão do Município de Cuiabá 2008 (DOC – SMS, 2006)
8. Relatório de Gestão do Município de Cuiabá 2012 (DOC – SMS, 2006)
9. Relatório de Gestão do Município de Cuiabá 2013 (DOC – SMS, 2006)
10. Relatório Anual da Ouvidoria de Saúde/CMS de 2014 (DOC – CMS, 2014)