

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO

MARIA DO CARMO DOS SANTOS GONÇALVES

POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO
E O DIREITO À SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

Prof. Dr. Ricardo Mariano

Orientador

Porto Alegre
2007

MARIA DO CARMO DOS SANTOS GONÇALVES

POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO
E O DIREITO À SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-graduação de Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dr. Ricardo Mariano

Porto Alegre
2007

MARIA DO CARMO DOS SANTOS GONÇALVES

POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO
E O DIREITO À SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-graduação de Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Eduardo Mendes Ribeiro – PUCRS

Prof. Dr. Emil Sobottka – PUCRS

Prof. Prof. Dr. Ricardo Mariano – PUCRS

AGRADECIMENTOS

À Congregação das Irmãs Missionárias de São Carlos Borromeo – Scalabrinianas.

Aos meus queridos pais e irmãos.

Às queridas amigas da Rua da Amizade

Aos estimados amigos que me apoiaram e estimularam ao longo da construção
desse trabalho.

Às estimadas Irmãs das Comunidades Menino Deus, João Paulo I, Nossa Senhora
do Rosário e Hospital Mãe de Deus.

Aos caríssimos amigos do Hospital Mãe de Deus com quem tive a grande alegria de
trabalhar e aprender.

Aos estimados colegas de curso pela partilha de conhecimento e das distintas
trajetórias de vida pessoal e profissional

Aos professores do Programa pelo empenho e dedicação na arte de ensinar

Ao Prof. Ricardo Mariano que me orientou na construção desse trabalho meu
especial reconhecimento e afeição.

A todos minha estima, prece e amizade.

"Navigare necesse; vivere non est necesse" (Pompeu)

Frase de Pompeu (general romano, 106-48 aC)
dita aos marinheiros, amedrontados,
que recusavam viajar durante a guerra.

RESUMO

No Brasil, desde o início do século XX, o Estado tem-se ocupado gradativamente com a questão da saúde. Ao longo do século, foram se consolidando conquistas relativas à ampliação ao direito à saúde. Num primeiro momento, esse direito foi incorporado pela classe trabalhadora urbana assalariada. Foi somente a partir da Constituição de 1988, porém, que esse direito tornou-se universal. Passadas duas décadas da implementação do SUS, contudo, o acesso da maioria da população ao direito à saúde ainda é muito precário. Diante disso, nos últimos anos foram lançadas algumas políticas públicas, tais como as de humanização do SUS, buscando incidir sobre o modelo de gestão e atenção do sistema como forma de garantir a melhoria da atenção à saúde e a concretização do direito à saúde. No Rio Grande do Sul, essas políticas públicas não têm obtido muita efetividade por conta da singularidade do sistema de saúde no estado, centrado no modelo que prioriza o papel do hospital no atendimento à saúde.

Palavras-chave: direito à saúde; SUS; humanização da saúde.

ABSTRACT

Since the beginning of 20th century, health care has been target of a increasing investment of Brazilian govern, and number of achievements has been seen during that time. At first the right to the healthcare was embodied by working class, which consolidates that in a Constitution of 1988, when that right became universal. However, after two decades of *Sistema Único de Saúde* (SUS), the access to health care service is very hard and unsure. To overcome this challenge, many policies were implemented, in particular one which intends to humanize access and the management of health service. Doing this would have two advantages: improve health care and consolidate his rights. This policies didn't get the results as planed, in Rio Grande do Sul, mainly because some particularities of whole system, in particular of been very hospital centered.

Key-words: Health care rights, humanized care, Sistema Único de Saúde

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
ANSS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASSEDISA – Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde
CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CIB – Comissão Intergestora Bipartite
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES* - Conferência Estadual de Saúde
CES – Conselho Estadual de Saúde
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNS** - Conselho Nacional de Saúde
CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CPMF – Contribuição Provisória sobre Circulação Financeira
CREMERS – Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
CIT – Comissão Intergestora Tripartite
DAHA – Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial
DCR – Departamento de Coordenação das Regionais
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
DMP – Departamento de Medicina Preventiva
EC – Emenda Constitucional
ESP – Escola de Saúde Pública
FAMURS – Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul.
FBH – Federação Brasileira dos Hospitais
FEGE – Fator de Estímulo à Gestão Estadual
FEHOSUL – Federação dos Hospitais do Rio Grande do Sul
FEM – Fator de Estímulo à Municipalização
FENAESS – Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
GED – Grupo Especial para Descentralização
GTH – Grupo de Trabalho de Humanização
IAP's – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPB – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
IAPC - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
IAPETEL – Instituto de Aposentadorias e Pensões e dos Estivadores e Transportadores de Cargas
IAPI – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IAPM – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
IDA – Integração Docente-assistencial
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde

MRS – Movimento de Reforma Sanitária
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCCS – Plano de Carreira, Cargos e Salários
PHAS/RS – Política de Humanização da Assistência à Saúde/ Rio Grande do Sul (HumanizaSaúde)
PNH – Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)
PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPA – Plano de Pronto Ação
PSF – Programa Saúde da Família
SAMDU – Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
SBH – Sociedade Brasileira de Higiene
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SINDIBERF – Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
Humanização na saúde: um mosaico de ações	12
Políticas de humanização: por uma mudança no sistema público de saúde	16
Sobre a pesquisa	18
I.A UNIVERSALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	22
1.1. A questão da saúde nas três primeiras décadas do século XX	22
1.2. Ampliando a agenda da saúde do país	29
1.2.1. A saúde pública na agenda internacional pós-Guerra	30
1.2.2. A “era Vargas” e a primeira “universalização” da assistência médica individual	33
1.3. A política setorial de saúde no pós-64	38
1.3.1. A política social do governo militar	39
1.3.2. O Sistema de saúde previdenciário	41
1.3.3. O movimento pela reforma sanitária	46
II. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NOS ANOS 90	54
2.1. A influência das organizações internacionais sobre a agenda brasileira de reformas na saúde	56
2.2. A diretriz da descentralização	60
2.3. Seguridade social e reforma sanitária	63
2.4. O Sistema Único de Saúde	64
2.4.1. O papel das NOB-SUS no processo de implantação do SUS: primeiro tempo	69
2.4.2. Financiamento e crise: a “dança dos desesperados”	75
2.4.3. O papel das NOB-SUS no processo de implantação do SUS: segundo tempo	78
2.5. O SUS de “cara nova”: o usuário cidadão	83
III. POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E NO RS	86
3.1. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)	87
3.2. Em busca da “mudança em saúde” e a construção da PNH	92
3.3. “O dia em que o SUS visitou o cidadão”: dispositivos da PNH para pôr em curso a mudança em saúde	99
3.4. A Política de Humanização da Assistência à Saúde no RS	106
IV. “DO MANPITUBA PRA BAIXO”	111
4.1. O SUS no RS: atores e conflitos	112
4.2. Implementação da PHAS nos hospitais	127
4.2.1. O processo de constituição dos GTH nos hospitais	128
4.2.2. A atuação dos GTH em prol dos trabalhadores da saúde	131
4.2.3. A atuação dos GTH em prol dos usuários	135
CONCLUSÃO	140
REFERÊNCIAS	143

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a questão da 'humanização' ganhou relevância em diferentes áreas da vida social. Daí as expressões: "humanização do trânsito", "humanização do meio ambiente", "humanização da economia", "humanização da educação", "humanização das empresas", "humanização do direito". Na área da saúde, a expressão humanização tem sido usada em diferentes frentes de atividade e com significados variados (Puccini, 2004). A tentativa de delimitar o conceito de humanização na saúde é algo recente e se deve em grande parte à visibilidade pública por ele adquirido através das iniciativas governamentais inauguradas no início deste século. O termo "humanização da saúde" não tem significado homogêneo, mas polissêmico. Na área da saúde, de forma geral, se refere às questões éticas envolvidas no ato de cuidar da pessoa enferma, à melhoria das relações entre profissionais da saúde e usuários, com um enfoque especial à relação médico-paciente e às condições de trabalho dos profissionais da área da saúde (Caprara, 1999; 2006; Silva, 2002; Junior, Guimarães, 2003; Martin, 2004; Minayo, 2004; Pessini, 2004).

Neste trabalho analisaremos as políticas governamentais de humanização do Sistema Único de Saúde relacionadas ao direito à saúde no Brasil. O interesse inicial pelo tema decorreu da experiência pessoal da pesquisadora como coordenadora de um comitê de humanização de um hospital privado no município de Porto Alegre pertencente a uma organização católica. Essa instituição, atualmente com 27 anos de existência, passou por diversas transformações ao longo do período, operadas pelas mudanças ocorridas no campo social, político, econômico, cultural e religioso. Desde sua fundação, a questão da humanização esteve presente como valor e compreendia a primazia da pessoa no processo de tratamento. De modo que a assistência técnica deveria estar sempre vinculada a um atendimento humanizado, ou seja, atencioso e respeitoso. A humanização estava calcada nos valores cristãos que regem a organização proprietária da instituição. As mudanças ocorridas no campo da saúde, descritas ao longo desse trabalho, imputaram à concepção de humanização nessa instituição o deslocamento do eixo axiológico cristão para o eixo ético. Nesse processo, a humanização, a assistência espiritual prestada aos doentes e a assistência social, vinculada a projetos sociais, foram sendo gradativamente

desvinculadas umas das outras. A humanização nesse hospital necessitava encontrar outros pilares de sustentação para além dos valores cristãos como forma de preservar seus princípios. Os êxitos, dificuldades e conflitos ocorridos ao longo do desenvolvimento do trabalho na instituição instigaram-me a procurar compreender como era efetivada a humanização em outras instituições de natureza não-confessional, investigar sobre quais pressupostos se baseava, quem eram seus proponentes e quais ações estavam sendo implementadas. Essas indagações foram assumindo novos contornos a partir do gradativo acesso ao referencial teórico disponibilizado no curso, que me auxiliou a problematizar a questão da humanização. O percurso investigativo percorrido, partindo da tentativa de compreender melhor o fenômeno da humanização na instituição em que trabalhava, passando pela revisão bibliográfica sobre o tema, pela investigação sobre as ações que estavam sendo efetuadas em outros hospitais e pela familiarização com o aporte teórico, conduziu-me ao ponto de intersecção do fenômeno da humanização nas instituições hospitalares com a questão da construção do direito à saúde e a luta por cidadania. Esse processo foi possível à medida que, diante da pluralidade de discursos referentes à humanização na saúde, restringimos o objeto de pesquisa à investigação das políticas públicas de humanização. Dado que a humanização não é uma noção evidente, auto-explicativa, e em face de nossa opção de delimitação do tema, apontaremos a seguir alguns dos principais aspectos discutidos na literatura acadêmica sobre a humanização da saúde.

Humanização na saúde: um mosaico de ações

As questões relacionadas à humanização da saúde têm sido tratadas em vários campos disciplinares, não sendo matéria exclusiva das ciências da saúde. Ao termo humanização pode-se associar a imagem de um grande mosaico que comporta uma pluralidade de concepções e iniciativas. Ayres (2004, 2006) e Minayo (2004, 2006) problematizam a questão da humanização na saúde com um enfoque filosófico, visando pensar “o lugar do ser humano no mundo e nas inter-relações com seus semelhantes”, retomando, para tanto, “as raízes e transformações do conceito de humanismo, de onde deriva o termo ‘humanização’” (Minayo, 2006, p. 23).

Deslandes (2006) recapitula o debate teórico sobre a humanização tendo como referência o enfoque da sociologia médica americana. As questões referentes à humanização do processo de trabalho em saúde têm sido abordadas pela psicologia social (Lacaz; Sato; Nogueira-Martins, 2006), que analisa a melhoria das condições de trabalho do cuidador através das iniciativas governamentais. Provém da área da psicologia também a discussão sobre as redes sociais de suporte ao usuário para a efetivação de um atendimento humanizado (Braga, 2006). Na literatura de enfermagem, de acordo com Cassate & Corrêa (2005), a questão da humanização da assistência vem sendo tratada desde os anos 50 sob diferentes enfoques conforme o período histórico. De modo geral, nessa literatura a humanização se refere à desumanização em face do avanço da tecnologia no campo da saúde; do lugar ocupado pelo paciente no contexto dos serviços de saúde; das más condições de trabalho dos profissionais de saúde e do baixo investimento na formação desses profissionais (Cassate & Corrêa, 2005).

A humanização também está relacionada à questão dos direitos do pacientes. A discussão pioneira nessa linha ocorreu em 1970 nos Estados Unidos (Fortes, 2004). A primeira declaração dos direitos dos pacientes foi emitida pelo Hospital Mont Sinai (Boston/USA), em 1972. A questão dos direitos do paciente assumiu importância a partir da realização de uma série de lutas em prol dos direitos fundamentais da pessoa, que se disseminaram desde a promulgação, pelas Nações Unidas, da “Declaração Universal dos Direitos do Homem”, em 1948. Segundo Gauderer (1991), a Declaração dos direitos do homem e a Declaração dos Direitos das Crianças (1958) deflagraram uma grande onda de movimentos de conscientização e mobilizações comunitárias em prol dos direitos das pessoas doentes: direitos do deficiente físico, direitos do deficiente mental, direitos do paciente psiquiátrico, direitos do idoso, direitos da pessoa portadora do vírus da AIDS, direitos do paciente oncológico, etc.

Em 1979, a Comunidade Econômica Européia apresentou a “Carta do Doente Usuário de Hospital”, que afirmava o direito do paciente “à autodeterminação, o direito para aceitar ou recusar os cuidados propostos pelos profissionais de saúde tanto para diagnóstico como para tratamento, como também a obrigatoriedade do fornecimento das informações sobre todos os fatos referentes ao estado de saúde (Fortes, 2004). Em 1984, o Parlamento Europeu ampliou a perspectiva hospitalar dos direitos e adotou a Carta Européia dos Direitos do Paciente, sublinhando o

“direito à informação sobre o tratamento e o prognóstico, o direito à consulta, pelo usuário, a seu prontuário médico, assim como o direito de consentir ou de recusar ser submetido a tratamentos” (Fortes, 2004, p. 32).

No Brasil, a mobilização em torno dos direitos do paciente, segundo Gauderer (1994), teve início com os médicos e não com movimentos comunitários organizados, como no caso americano. Como prova disso, o autor cita a “Proposta do grupo de Brasília”, oriunda da I Conferência Nacional de Ética Médica realizada no Rio de Janeiro em 1987. Nessa carta, fica implícita a adesão à proposta da saúde como direito universal do cidadão defendida pelo movimento da reforma sanitária. Em 1995, o Estado de São Paulo foi o primeiro a contemplar a questão dos direitos do paciente no “Código de Saúde do Estado de São Paulo”. No mesmo ano, o Conselho de Saúde do Estado de São Paulo lançou a “Cartilha dos Direitos do Paciente”, nascida do Fórum Permanente de Patologias Crônicas, cujos princípios aí dispostos foram inspiradores da lei estadual nº 10241, promulgada em março de 1999, relativa aos direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado” (Fortes, 2004, p.32). Em março de 2006, o Ministério da Saúde lançou a “Carta dos Direitos dos Usuários do SUS”, dispondo sobre os direitos e deveres do cidadão e dos prestadores de serviços públicos, inclusive do Estado, de acordo com o critério de respeito à cidadania. O documento foi elaborado em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), com a contribuição da equipe técnica da Política Nacional de Humanização. A carta baseia-se em seis princípios de cidadania considerados “básicos”, entre eles o direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.

A questão da relação entre profissionais da saúde e pacientes/usuários/clientes constitui outro tema corrente na literatura humanização da saúde. Uma parte significativa dessa literatura foi elaborada por trabalhadores da área da saúde e abarca uma pluralidade de concepções sobre a humanização (Masetti, 1998; Caprara, Lins, Franco, 1999; Cortés, 2002; Silva, 2002; Campos, 2003, 2004; Junior, Ghellere, 2004; Guimarães, 2003; Ayres, 2004, 2005; Martin, 2004; Minayo, 2004; Pessini, 2004; Pucinni, 2004; Gallian, 2000). Por serem recentes as iniciativas governamentais referentes à humanização, existem poucos trabalhos que enfocam as políticas públicas de humanização da saúde (Deslandes, 2004; 2006, Fortes, 2004).

Na literatura de enfermagem da década de 50, a relação entre os profissionais da enfermagem e os pacientes é permeada pelo aspecto caritativo (Casate e Corrêa, 2005). Na década de 70, quando ocorreu o avanço da medicina previdenciária e a ampliação da rede hospitalar prestadora de serviços, a humanização das relações é tratada do ponto de vista administrativo, ficando atrelada ao bom atendimento do paciente/cliente (Mezomo, 1979). Com a incorporação à medicina de novas tecnologias para efetuar o diagnóstico e tratamento de doenças, surgem os discursos de “re-humanização” da relação médico-paciente, enfatizando a importância do contato humano respeitoso e atencioso com o paciente (Caprara *et al*, 1999; Cortez, 2002; Gallian, 2006). Esse aspecto foi particularmente abordado no Brasil pela sociologia da saúde, através dos trabalhos de Nunes (1992; 1999). A questão da ética da relação entre profissionais da saúde e pacientes está presente na discussão sobre humanização referente aos cuidados paliativos (Bertachini, Pessini, 2004; Martin, 2004), à pesquisa com seres humanos e ao papel dos comitês de bioética nas instituições hospitalares (Francisconi, 2002). De modo geral, as instituições geridas por organizações religiosas também apregoam a humanização dessas relações. Nesse caso, freqüentemente a humanização relaciona-se à assistência espiritual aos pacientes e ao bom atendimento baseado em princípios e valores institucionais de matiz cristão e confessional (Mezzomo, 2003).

A questão da melhoria das relações entre profissionais da saúde e usuários constituiu um dos enfoques principais do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e também está referida nas políticas posteriores que pautam a relação profissional e usuário pelo princípio da cidadania. Nos documentos das políticas governamentais, o usuário não é concebido como um cliente, nem apenas como um paciente em busca de serviços de saúde, mas como sujeito portador de direitos de cidadania. Encontra-se uma indicação disso numa das principais características da PHAS/RS: “interagir com as instâncias da rede do SUS, articulando as ações de humanização, corresponsabilizando todos os atores envolvidos na direção de consolidar o SUS como direito universal à saúde com qualidade” (Rio Grande do Sul, 2005, p.5).

Políticas de humanização: por uma mudança no sistema público de saúde

Como projeto de mudança do Sistema único de Saúde, a humanização teve início em meados dos anos 90 através das iniciativas de um pequeno grupo de sanitaristas no Estado de São Paulo.

A visibilidade pública da humanização da saúde no Brasil, porém, só ocorreu a partir de 2000, quando foi lançado, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Em 2003, no primeiro ano do Governo Lula, o PNHAH foi extinto e substituído pela Política Nacional de Humanização (PNH), HumanizaSus. No Estado do Rio Grande do Sul, foi criada a Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS/RS), HumanizaSaúde. Essas políticas propuseram parâmetros para a melhoria do atendimento no sistema público de saúde e colocaram em curso estratégias diferentes para sua implementação. Guardadas as diferenças entre a PNH e a PHAS/RS, ambas propõem mudanças no Sistema Único de Saúde (SUS), buscando incidir sobre o modelo de atenção à saúde. A HumanizaSus e a HumanizaSaúde fazem parte do esforço para melhorar o sistema público de saúde e são tributários do contexto de reforma sanitária, inaugurada na década de 80 e formalizada na Constituição de 1988, que visava assegurar o direito universal à saúde no país. Isso se evidencia no próprio documento da HumanizaSus, quando afirma que a saúde, como “direito de todos e dever do Estado”, é uma “conquista do povo brasileiro” e que toda conquista, é “resultado e início de um outro processo” (HumanizaSus, 2004, p.7). No documento constata-se que o processo a ser iniciado no SUS refere-se às mudanças no modelo de atenção à saúde. Esse aspecto também está presente na política do Rio Grande do Sul. Conforme o documento da PHAS/RS, a humanização é um “processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e culturais dos profissionais e pacientes para melhorar as condições de trabalho e qualidade do atendimento” (Faiman *et al.*, Apud Angnes, 2004, pg.11). Dado a relevância dessas políticas para o processo de construção do direito à saúde elegemos como objeto de pesquisa a implementação dessas políticas no Rio Grande do Sul, analisando de modo particular a PHAS/RS em função de suas peculiaridades.

A instituição da saúde como um direito no Brasil integra a trajetória brasileira de organização dos direitos sociais e é marcada por uma reduzida participação da

população. Isto dificulta sua percepção dos serviços de saúde como um direito adquirido e obstaculiza sua mobilização em torno da consolidação desse direito. Além disso, o processo de construção desse direito se deu em duas frentes distintas calcadas por concepções antagônicas acerca do modelo de atenção à saúde. A primeira estava relacionada ao direito à assistência médica individual, adquirido por meio da inserção no mercado de trabalho formal. A segunda relacionava-se à saúde pública preventiva. Quando se oficializou a universalidade do direito à saúde e ocorreu o processo de descentralização do setor, a cultura predominante era a da assistência individual com a super-valorização do tratamento curativo realizado na rede hospitalar. Em muitos municípios, até mesmo nos de pequeno porte, a construção de um hospital local era o ideal de muitos governantes, o sonho de consumo da população e sinônimo de progresso. Isso dificultou, num primeiro momento, a percepção sobre a abrangência do que estava sendo formalizado como direito à saúde na Constituição de 88 e, em seguida, na Lei Orgânica da Saúde. Após uma década e meia de sua criação, o SUS ainda enfrenta dificuldades para atender seu objetivo, predominando uma cultura orientada pelo paradigma curativo.

A distinção da PNH e da PHAS/RS das demais políticas do setor reside na sua finalidade principal. Enquanto as outras políticas estão focadas na promoção da saúde para parcelas específicas da população (rural, gestante, criança, mulher, idoso, indígena, negro, etc.), as políticas de humanização incidem sobre o funcionamento do próprio sistema de saúde. Portanto, incidem diretamente nas relações que aí se estabelecem entre os diversos atores que compõem o SUS – usuários, trabalhadores da saúde, gestores públicos – e na produção e oferta dos serviços de saúde.

Sobre a pesquisa

Tendo em conta a relação entre as políticas de humanização e o processo histórico de construção e consolidação do direito à saúde no Brasil, estabelecemos como objetivos: 1) compreender as transformações históricas ocorridas no campo da saúde brasileiro que levaram à construção do SUS no final dos anos 80; 2) descrever o processo de implementação desse Sistema, identificando os elementos

que conduziram à elaboração das propostas governamentais de humanização do sistema de saúde; 3) analisar a implementação da política de humanização no Sistema de Saúde no Rio Grande do Sul.

A articulação entre as principais proposições das políticas de humanização e a questão da consolidação do direito à saúde, através da efetivação de uma mudança no modelo de atenção à saúde, está presente nos documentos oficiais e no discurso dos principais atores articuladores dessas políticas. De modo especial, a PHAS/RS tem mobilizado alguns atores sociais em prol da melhoria da qualidade do atendimento. Contudo, essa política carece de estudos que evidenciem as linhas de continuidade entre o processo de construção do direito à saúde no Brasil, através do Sistema Único de Saúde, e suas propostas, bem como de estudos que investiguem de que forma essas propostas se conformam à arena política do setor no Estado.

Para atender aos objetivos do trabalho, nos valem de pesquisa empírica na qual empregamos os seguintes procedimentos qualitativos: a) análise histórica e sociológica dos discursos referentes ao processo de construção do Sistema Único de Saúde; b) coleta e análise de documentos oficiais da PNH e da PHAS/RS, de relatórios disponíveis em meio eletrônico sobre as ações realizadas pelos hospitais vinculados à Política Humanização da Assistência à Saúde (PHAS/RS) e à Política Nacional de Humanização (PNH); c) entrevistas semidiretivas com coordenadores e participantes no Grupo de Trabalho de Humanização de seis hospitais em Porto Alegre; d) entrevistas semidiretivas com atores sociais participantes e/ou engajados em questões pertinentes à pesquisa e com agentes públicos do Estado do Rio Grande do Sul; e) observação-participante no Seminário Regional de Humanização, no Seminário Estadual da HumanizaSaúde e na audiência pública sobre o tema 'Crise nos hospitais do Rio Grande do Sul'. Para as entrevistas, selecionamos pessoas que participaram diretamente do processo de implementação da política no estado. Em relação aos hospitais, elegemos instituições públicas e privadas e de portes diferentes, de modo a abranger um leque maior de realidades.

O Hospital Espírita de Porto Alegre é uma sociedade civil de direito privado e de caráter filantrópico. É um hospital psiquiátrico, que recebe usuários com problemas de saúde mental, incluindo dependentes químicos. Os usuários provêm da 1ª, 2ª, 18ª coordenadorias regionais de saúde, que correspondem a Porto Alegre, Grande Porto Alegre e litoral, somando cerca de 90 municípios. Atende 80% de internações SUS, possui 366 leitos, cerca 300 funcionários e 10 unidades de

internação. O Hospital São Lucas é uma instituição universitária e filantrópica, que atende cerca de 65% de pacientes SUS. Pertence à União Brasileira de Assistência e Educação (UBEA), da ordem religiosa Marista. O Hospital Parque Belém é uma instituição privada e filantrópica que atende 89% de pacientes SUS, possui 200 leitos e 424 funcionários ativos. Das cinco unidades de internação, duas são destinadas a pacientes conveniados ou particulares. Pertence à Sociedade Sanatório Parque Belém. O Hospital de Clínicas, de Porto Alegre, é uma instituição universitária, pública, de direito privado, vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atende 92% de pacientes SUS. O Hospital Beneficência Portuguesa, de Porto Alegre, é uma instituição filantrópica, fundada pela Sociedade Portuguesa para atender os imigrantes e seus filhos em Porto Alegre. Tem 150 anos, atende 70% de pacientes SUS e possui 320 funcionários. O Hospital Conceição é uma instituição pública, federal e universitária, que atende 100% de pacientes SUS.

As entrevistas com os coordenadores e participantes dos grupos de humanização foram realizadas no período de agosto a dezembro de 2006. O roteiro de entrevistas foi dividido em sete blocos, versando sobre: 1) a instituição; 2) a participação do hospital no Programa de Humanização (PNHAH); 3) a participação do hospital na Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS/RS); 4) a participação do usuário na PHAS/RS através da instituição; 5) a participação dos trabalhadores na PHAS/RS através da instituição; 6) o voluntariado na instituição e 7) o entrevistado. As questões visaram, entre outras coisas, averiguar a implementação da política e o grau de permeabilidade das propostas da política de humanização nessas instituições.

A dissertação está organizada em quatro capítulos. O primeiro capítulo consiste numa breve reconstituição histórica dos principais momentos e políticas públicas que contribuíram para a formalização do direito universal à saúde na Constituição de 1988, através da criação do SUS. Nas três primeiras décadas do século XX, observa-se a organização de uma saúde pública que, pela primeira vez, passa a ocupar um lugar relevante na agenda política do Estado, devido ao investimento no crescimento econômico e à ação organizada de médicos sanitários. Concomitantemente, surgem as primeiras organizações de seguro para os trabalhadores urbanos, que, entre outras funções, cumprem o papel de assegurar assistência médica. Nas décadas seguintes, a agenda da saúde no Brasil é ampliada pela influência, no plano externo, do contexto pós-II Guerra e das agências

internacionais, que passaram a ocupar-se da saúde dos povos, e, no plano interno, da política social dos governos militares. Na década de 60, observa-se expressivo crescimento da medicina previdenciária, ofertando atendimento médico individual aos trabalhadores, principalmente urbanos. Conjuntamente às mobilizações contra a ditadura militar, tem início um movimento por uma reforma sanitária no Brasil, que agregou atores sociais contrários ao modelo de saúde que vinha sendo fomentado pelo governo, que acabaram por influenciar em grande parte a agenda de reforma sanitária do país. Esses fatores propiciaram o processo de universalização da saúde, formalizado pela Constituinte de 1988.

No segundo capítulo, analiso aspectos do processo de implementação do Sistema Único de Saúde relevantes para a criação da política de humanização. A implantação do SUS foi balizada pela diretriz da descentralização financeira e política do sistema de proteção social, aliada ao desafio de organizar o setor nos moldes do sistema de seguridade social preconizado na Constituição. Nesse processo, foi criado um vasto arcabouço legal construído em meio à disputa entre os diferentes atores sociais e aos diversos interesses em jogo. As dificuldades encontradas para a efetivação do SUS desencadearam um processo de avaliação da política de saúde, que, no final dos anos 90, passou a incluir a percepção do usuário do sistema. Esse processo evidenciou a “fratura” existente no modelo de atenção, que não conseguiu estabelecer o princípio da integralidade no Sistema. Disso resultou a reivindicação de mudança no modelo de gestão e atenção de saúde, fomentando a criação e disseminação de práticas alternativas para atender aos princípios do SUS de integralidade, universalidade, equidade e participação cidadã. A política de humanização insere-se nesse contexto ao visar a promoção de um “SUS que dá certo”, resgatando, em seu discurso, os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

No terceiro capítulo, apresentaremos o processo de implementação das propostas governamentais de humanização da saúde no Rio Grande do Sul e no Brasil. Concomitantemente, evidenciaremos algumas das possíveis armadilhas presentes nessas iniciativas e suas implicações para a efetivação da proposta humanizadora do sistema de saúde.

No quarto capítulo, analiso a implementação da PHAS/RS com base na análise dos conflitos existentes no setor em torno do modelo de atenção à saúde e nos dados coletados sobre a implantação da PNH e PHAS/RS. Evidencio alguns dos

principais entraves à efetivação das políticas de humanização no estado que afetam a consolidação do direito à saúde.

I. A UNIVERSALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

A construção do direito universal à saúde no Brasil remonta ao processo de construção da própria cidadania no país. Dado que o surgimento dos direitos civis, políticos e sociais no processo de constituição de uma nação é fruto de uma construção histórica (Carvalho, 2004), o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil, entre eles o direito universal à saúde, resulta de um longo processo que formalmente atingiu seu ponto culminante na Constituição de 1988. Ao afirmar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federal do Brasil, Art. 196), o país inaugurou um novo capítulo na história dos direitos sociais.

O caminho percorrido pelo Brasil em direção à consolidação dos direitos sociais é marcado pela atuação de diversos atores, individuais ou coletivos e por mudanças sociais, culturais, políticas e econômicas, internas e externas ao país. Neste capítulo, tendo como ponto de partida o início do século XX, quando se observam mudanças significativas na condução das políticas de saúde no país, identificaremos os principais eventos que contribuíram para a construção do SUS e a universalização do direito à saúde.

1.1. A questão da saúde nas três primeiras décadas do século XX

A política de saúde pública brasileira até o início do século XX era incipiente. A atenção governamental estava concentrada no combate às epidemias, no cuidado segregacionista dos doentes mentais¹ e nos serviços de higiene pública. Foi no início do século XX que a saúde emergiu como questão social em resposta às

¹ Em 1830, a Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro apresentou publicamente seu protesto contra a desumanidade com a qual eram tratados os doentes mentais. Em 1841, Dom Pedro II criou o Hospício D. Pedro II, que recolhia os “alienados”. Daí se seguiu uma ampla expansão de casas com esse escopo em todo país: São Paulo (1852), Recife (1861), Olinda (1864), Bahia (1874), Porto Alegre (1884), Alagoas (1891), Belém do Pará (1892), Manaus (1894), Ceará (1886), Paraná (1890) (Raefray, 2005).

demandas geradas pela promissora economia cafeeira. O governo de Rodrigues Alves (1902-1906) marcou o início da ampliação dos serviços de saúde pública na área urbana. O quadro de morbidade do país na época “era de doenças como a cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola, tuberculose, lepra e febre tifóide” (Raefray, 2005, p.156). Credo que as condições de saneamento influenciavam o quadro de morbidade dos meios urbanos, Rodrigues Alves iniciou a remodelação da capital federal, Rio de Janeiro: ampliou o Porto, saneou a Lagoa Rodrigues de Freitas e melhorou o abastecimento de água. Visando resolver o problema das epidemias que grassavam pelo país, de modo especial na capital, Alves designou o médico Osvaldo Cruz para dirigir o Departamento Federal de Saúde Pública. Osvaldo Cruz, conhecido por ser um excelente microbiologista, organizou seu trabalho de combate às epidemias urbanas sob a forma de campanha, nos moldes militares. As pessoas deviam ser vacinadas, deviam combater os focos de proliferação do mosquito, deviam ser hospitalizadas, estando de acordo com isso ou não (Scliar, 2002). Osvaldo Cruz iniciou uma ação ostensiva de combate às pestilências para erradicar a febre amarela no Rio de Janeiro. Com isso, introduziu um novo capítulo na história da saúde pública brasileira.

A forma como foram realizadas as ações de saúde pública, contudo, desagradou a maioria das pessoas, que se sentiram invadidas e agredidas por essas campanhas. A polêmica foi imensa. Diante do mal-estar causado à população pela ação da “brigada sanitária”, Rodrigues Alves chegou até a pedir a Osvaldo Cruz para não queimar mais os colchões e as roupas dos doentes (Polignano, 2001). Esse tipo de intervenção, embora se mostrasse bastante eficaz – a febre amarela foi de fato erradicada naquele período no Rio de Janeiro –, causou enorme descontentamento da população e, em 1904, desencadeou a revolta da vacina². Osvaldo Cruz inaugurou o modelo campanhista de fazer saúde pública, forma marcada por forte autoritarismo estatal e sustentada pelo *status* científico que a microbiologia conferiu à medicina. Apesar da polêmica, as campanhas mostraram-se eficazes e obtiveram o apoio do governo federal. Graças a isso, a saúde pública conquistou espaço social do qual necessitava para consolidar-se, abrindo caminho para o campo da medicina sanitária.

² Revolta que se opunha à Lei 1261, de dezembro de 1904, que tornava obrigatória a vacinação anti-varíola em todo o território nacional.

Na década seguinte, as campanhas, que eram destinadas de modo preferencial aos centros urbanos, voltaram-se para a zona rural. Foi um período de expedições científicas pelo interior do país. Segundo Lima e Hochman (1996), a medicina experimental abriu novos caminhos para a interpretação dos males que assolavam o país, elaborando outra explicação para o atraso econômico, cultural e social da nação: a doença. O Brasil estava doente. Um dos mais célebres personagens do escritor Monteiro Lobato, “O Jeca”, segundo Lima e Hochman, foi redimido de sua indolência inata mediante a revelação do quadro sanitário no qual se encontrava o Brasil. A indolência do Jeca, antes explicada por sua origem étnica e pelo clima tropical do país, passou a ser elucidada pela patologia (Lima e Hochman, 1996). As expedições científicas pelo interior do Brasil, protagonizadas pelo Instituto Osvaldo Cruz, revelaram um quadro sanitário desconhecido, até então, pelas autoridades. Uma dessas expedições, de modo especial, gerou um relatório que teve grande impacto na época, trazendo à tona a imagem de um país com uma população “desconhecida, atrasada, doente, improdutiva, abandonada e sem nenhuma identificação com a pátria” (Lima e Hochman, 2000, p. 315). Causava perplexidade às elites políticas, com suas pretensões desenvolvimentistas, a idéia de um país com as proporções do Brasil estar inteiramente tomado por doenças. Um dos protagonistas desse período foi Belisário Penna, sanitarista fundador da Liga Pró-saneamento em 1918. Esse movimento “pretendia chamar atenção para a necessidade de saneamento do interior do país e para o cuidado dos indivíduos, de modo a redescobrir os sertões” (Lima e Pinto, 2003, p. 1041). A Liga se opunha ao determinismo racial e climático, idéia que ainda encontrava espaço entre as elites políticas e intelectuais na época. Defendia o combate às endemias rurais, que, na visão de seus integrantes, era o maior obstáculo para o desenvolvimento da nação (Lima e Hochman, 1996). As expedições, realizadas sob a égide da cientificidade, difundiram a crença de que a “indolência”, a “preguiça” e a “baixa produtividade econômica” da população rural se deviam à doença e ao descaso das elites políticas, e não ao clima ou à raça (Lima e Hochman, 1996). Portanto, “redimir o Brasil seria saneá-lo, higienizá-lo, uma tarefa obrigatória dos governos” (Lima e Hochman, 1996, p. 1).

Em 1918, a epidemia de gripe espanhola gerou uma das maiores crises sanitárias do país. Nesse período o cientista Carlos Chagas assumiu a coordenação do Departamento Geral de Saúde Pública. Seu propósito era implementar um tipo de

organização sanitária inspirado no modelo dos “jovens turcos”³, segundo o qual era necessário investir na formação de recursos humanos qualificados para enfrentar os problemas de desenvolvimento do país. Os jovens turcos, por sua vez, inspiravam-se no modelo americano que, segundo esse grupo, teria feito a população norte-americana atingir altos níveis de padrão de vida, graças à adoção de avançadas técnicas sanitárias (Lima & Pinto, 2003). Convicto de que o país só começaria a se desenvolver quando consolidasse um bom modelo de saúde sanitária, Chagas criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação sanitária, modificando e inovando o modelo policial estabelecido por Osvaldo Cruz.

Se a redenção do homem rural se deu a partir da descoberta de um Brasil doente, a redenção urbana iniciou-se com a possibilidade de crescimento da indústria através das mãos de um outro grupo social, que se constituiu na época: o operariado. A entrada dos trabalhadores urbanos na cena política, de acordo com Luca (2003), desempenhou relevante papel “na concretização de mecanismos mais amplos de participação na vida pública e na busca por uma divisão mais justa e igualitária da riqueza social” (Luca, 2003, p. 469). Entre os trabalhadores industriais, havia expressivo grupo imigrante⁴, principalmente em São Paulo. Os imigrados eram majoritariamente da Europa, que possuía forte tradição sindicalista consolidada (Carvalho, 2004; Luca, 2003; Signor, 2005). Os imigrantes trouxeram novas ideologias, entre elas o anarquismo, que predominou até 1917 e influenciou na organização operária da época (Signor, 2005). Em 1917 houve uma greve geral em São Paulo influenciada pelos anarquistas que repercutiu em todo o país. O período de 1917-1920 registrou as mais expressivas mobilizações e greves da primeira República. As greves reivindicavam melhorias nas péssimas condições de trabalho: longas jornadas, baixos salários, ambientes fétidos, escuros, úmidos e superaquecidos (Signor, 2005). Metade da força de trabalho era constituída por menores de 18 anos e um terço por mulheres (Luca, 2003; Signor, 2005). O governo

³ “Jovens turcos” era a forma como se conheciam os sanitaristas brasileiros que iam para os Estados Unidos a fim de complementar sua formação médica. Ao voltar tentavam impor suas idéias baseadas na experiência adquirida naquele país, de maneira extremamente autoritária, a exemplo da atuação dos jovens oficiais que ascenderam ao poder na Turquia após o golpe militar do Marechal Ataturk (Lima e Pinto, 2003, p.1042).

⁴ Entre 1884 e 1920, entraram no Brasil cerca de 3 milhões de imigrantes, dos quais 1,8 milhão foram para São Paulo. Muitos imigrantes dirigiram-se inicialmente para as fazendas de café de São Paulo. Mas grande número acabou se fixando na capital, como empregados na indústria ou no comércio (Carvalho, 2004, p. 58).

não interferia nas relações trabalhistas⁵. Exceção foi a lei que punia os estrangeiros com a deportação em caso de desrespeito à ordem pública⁶, como nos casos de participação em greves e manifestações. Os mecanismos de proteção ao trabalhador eram praticamente nulos e o Estado, quando interveio, o fez em favor do patronato.

Mediante o quadro de crescentes mobilizações, o patronato buscava alternativas para apascentar os ânimos (Luca, 2003). Exemplo disso eram as sociedades de socorros mútuos criadas por algumas empresas. De modo geral, essas sociedades ofereciam serviços médicos, auxílios em caso de doença, invalidez, velhice, pensões para viúvas e filhos menores e cobriam as despesas do funeral dos sócios. Essas associações eram “controladas pelos empresários e cumpriam clara função desmobilizadora” (Luca, 2003, p. 476). Entretanto, para as empresas mais antigas, as finanças mutuais já não eram suficientes para fazer frente a esses gastos. Nesse período, um engenheiro da São Paulo Railway Company, cujos trabalhadores haviam participado da greve de 1917, tomou conhecimento sobre o funcionamento das *Cajás de Jubilaciones* argentinas (Luca, 2003). Da discussão com seus pares de outras companhias resultou a idéia de criar algo semelhante no Brasil. Encontrado um consenso, o grupo representante do patronato encaminhou para o deputado paulista Eloy Chaves a proposta para apresentar o projeto (Luca, 2003).

Em 1923, o decreto nº 4.682, Lei Eloy Chaves, considerada a primeira lei brasileira de Previdência Social, regulamentou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). As Caixas eram financiadas pelas empresas empregadoras (1% de sua receita bruta) e pelos empregados (3% do salário mensal) e os seus presidentes, nomeados pelo Presidente da República. Os benefícios oferecidos pelas Caixas, previstos na lei, eram a assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos, a aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, a pensão para os dependentes dos empregados e o auxílio pecuniário para funeral (Raeffray, 2005). A Lei Eloy Chaves inseria-se no contexto de expansão da indústria. Era imperativo naquele momento resguardar a mão-de-obra produtiva, tendo em conta a

⁵ A Constituição republicana proibia ao governo federal intervir na regulamentação do trabalho. Tal interferência era considerada violação da liberdade do exercício profissional (Carvalho, 2004, p. 62).

⁶ Em 1907 o Congresso aprovou o projeto de Adolfo Gordo, que autorizava a expulsão de todo estrangeiro suspeito de colocar em perigo a segurança nacional e a tranqüilidade pública (Luca, 2003, p. 472).

perspectiva de que um operário saudável seria um operário produtivo. Contudo, para que a lei fosse aprovada houve a necessidade de estabelecer um acordo entre as elites industriais e o grupo político-econômico dominante: as oligarquias rurais. As oligarquias viam com desconfiança as propostas do poder central, pois, naquela conjuntura, qualquer possibilidade de fortalecimento do governo federal ameaçava os poderes locais. Segundo Polignano (2001), para que a Lei Eloy Chaves fosse aprovada no Congresso Nacional, no qual prevaleciam os interesses das oligarquias rurais, impôs-se a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Condição que na história da Previdência Social do Brasil perdurou até a criação do FUNRURAL, na década de 60. As CAP's também deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais, o que limitava a organização das classes trabalhadoras. Essa forma de organização favoreceu os grupos hegemônicos constituídos, ao não afetar as relações trabalhistas estabelecidas pelas oligarquias rurais no campo e, ao mesmo tempo, resguardar a força produtiva das indústrias e apaziguar possíveis conflitos. Esse modelo expandiu-se ao longo da década. Em 1930, o sistema de Caixas de Pensão já contava com a organização de 47 Caixas (Polignano, 2001). Ao estabelecer como direito dos assegurados pelas Caixas o acesso à consulta médica, estendendo o universo de beneficiados, a lei abriu o campo para a oferta da medicina privada. Ao mesmo tempo, deixou o governo numa posição confortável, pois não precisou prover esse tipo de serviço.

Nas três primeiras décadas do século XX, o acesso à saúde resumia-se à organização da saúde pública pelo Estado e ao acesso do serviço de atendimento médico individual por meio de seguro social das empresas. Desse período, resgatamos alguns pontos relacionados à discussão do processo brasileiro de universalização do direito à saúde. O primeiro deles diz respeito à idéia de responsabilização do Estado com relação à saúde pública da população. Os modelos implementados por Osvaldo Cruz e Carlos Chagas eram motivados pelo ideal da consolidação de uma identidade nacional, com vistas ao desenvolvimento através da libertação dos grilhões da doença. Essa tarefa competia, na perspectiva desses sanitaristas, tão-somente ao Estado, na qualidade de única instância capaz de disciplinar os indivíduos e as coletividades em prol do bem comum. Responsabilizar-se pela saúde pública visando ao desenvolvimento do país era um dever do Estado. Esse período estabelece, portanto, a crença na responsabilização

do Estado com relação à saúde coletiva. A consolidação da saúde coletiva como base do desenvolvimento de uma nação e competência do Estado serviu de arcabouço ideológico para futuras lutas empreendidas pelo grupo dos sanitaristas em prol de um modelo de saúde pública. Ao mesmo tempo, essa convicção colocou em segundo plano a necessidade da atenção médica individual, ajudando a fundar o sistema previdenciário de saúde que cresceu e consolidou-se nas décadas seguintes à revelia das crenças dos médicos sanitaristas.

Outro aspecto é o nascimento da medicina previdenciária ancorada na manutenção da saúde da classe trabalhadora através das caixas de pensão. As caixas foram a base da Previdência Social, e o estabelecimento da assistência médica individual como um benefício cobriu uma lacuna deixada pelo Estado. Entretanto, cumpre sublinhar que a extensão desse benefício através da regulamentação das CAP's não ocorreu por causa da mobilização dos grupos operários. A iniciativa foi do poder Executivo para responder à necessidade de desenvolvimento econômico através da industrialização e para atender as inquietações das elites industriais diante da organização operária. Pode-se afirmar que o primeiro passo à “universalização” do direito de acesso a um serviço de saúde para a classe trabalhadora urbana ocorreu nesse momento.

1.2. Ampliando a agenda da saúde do país

O período que segue de 1930 até o golpe militar de 64, definido de forma ampla como “a era Vargas”, é marcado por grandes embates políticos nos quais se alternaram abertura democrática e ditadura. De modo especial, esse período assistiu ao surgimento e fortalecimento de novos atores políticos e sociais: as forças armadas, o operariado e as oligarquias industriais (Carvalho, 2005). Carvalho (2005) segmenta esse período em três fases de acordo com as relações que se estabeleceram entre o presidente e as forças armadas. Na primeira fase, que se estende de 1930 a 1937, Vargas, estrategicamente, transformou as forças armadas

em ator político e “fez delas um dos pilares de sua sustentação, um contrapeso às forças oligárquicas” (Carvalho, 2005, p. 102). Em 1937, com apoio dos militares, Vargas deu início ao Estado Novo, inaugurando o que Carvalho identifica como a segunda fase da “era Vargas”, na qual a confluência dos interesses do presidente e dos militares atingiram seu ápice.

Com o acordo em torno do Estado Novo, Vargas e as Forças Armadas atingiram o ponto máximo de sua influência, derrotando os adversários e eliminando sua capacidade de reação pelo fechamento dos mecanismos de participação. Os militares se consolidaram como atores políticos assumindo, pelo lado político, a promoção dos interesses da burguesia industrial emergente (Carvalho, 2005, p. 110).

Tal processo foi feito sem a ampliação da participação democrática e constituiu-se num “reordenamento, via Estado e Forças Armadas, do antigo sistema de dominação” das oligarquias rurais (Carvalho, 2005, p. 110). Entretanto, no fim do Estado Novo, houve uma ruptura entre Vargas e os militares. A perspectiva do estabelecimento de uma democracia fez com que Vargas buscasse cooptar o operariado – emergente ator coletivo com poder de voto. Ao colocar-se como interlocutor dos interesses do operariado, Vargas se opôs às forças armadas, que associava esse grupo à ameaça comunista. A terceira fase tem início com a crise na relação de Vargas com os militares e estende-se – mesmo depois da morte de Vargas – até 1964, quando, as forças armadas, “convencidas do poder que tinham adquirido e obcecadas pelo anticomunismo, foram incapazes de aceitar a competição de novos atores e o conflito democrático” (Carvalho, 2005, p. 117) e deflagraram o golpe militar. Os arranjos políticos da “era Vargas” fizeram com que os direitos sociais experimentassem sua maior guinada entre 1930 e 1945. Nesse período “foi implantado o grosso da legislação trabalhista e previdenciária. O que veio depois foi aperfeiçoamento, racionalização e extensão da legislação a um número maior de trabalhadores” (Carvalho, 2004, p. 123-124).

A conjuntura interna também sofreu forte influência do contexto externo que, nesse período, foi marcado pela II Guerra Mundial e pelas ações que se seguiram, após seu término, de reconstrução dos países afetados. Nesse processo consolidou-se a hegemonia econômica e política dos Estados Unidos, que passaram a formular a agenda de desenvolvimento dos países do terceiro mundo, incidindo diretamente sobre as políticas setoriais desenvolvidas pelos estados nacionais. Influência que

ocorreu em grande parte através de agências internacionais, como Banco Mundial, Organização das Nações Unidas, Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, etc.

1.2.1. A saúde pública na agenda internacional pós-Guerra

O cenário internacional estava marcado pela II Guerra Mundial. Os resultados do conflito bélico, além de demandarem reflexões de ordem ética, exigiam ações emergenciais de reconstrução dos países afetados e de suas economias. Esse processo gerou perspectivas inovadoras para a área da saúde. Uma delas foi a disseminação de uma idéia de seguridade social sustentada no princípio da existência de direitos fundamentais universais do ser humano. A propagação, no plano internacional, desse conceito de seguridade social partiu da Inglaterra no contexto da II Guerra, quando o governo inglês decidiu avaliar seu sistema de seguros sociais. Contudo, o termo *social security*, de acordo com Boschetti (2003), popularizado e universalizado após sua incorporação no Plano Beveridge, já havia sido utilizado oficialmente pela primeira vez nos Estados Unidos, em 1935, pelo Governo Roosevelt em seu *Social Security Act*, mas com sentido bastante restritivo se comparado ao atribuído por Beveridge (Boschetti, 2003). A avaliação dos sistemas de seguro ingleses resultou no Relatório Beveridge, de 1º de dezembro de 1942, que propôs um sistema de seguridade social que passaria a vigorar após o término da guerra. Beveridge “arrogou-se a tarefa de consolidar os vários planos de seguro social, padronizando os benefícios, quando oportuno, e adicionando novos benefícios quando necessários” (Marshall, 1967, p. 98). O sistema propunha a universalidade, pela qual todos contribuiriam para que todos pudessem usufruir os benefícios, que deveriam abranger a maior gama possível de riscos sociais, entre eles o risco doença (Raefray, 2005). Existiam experiências realizadas por alguns países (Rússia – 1919, Estados Unidos – 1935, Suécia – 1939, Chile – 1938, Nova Zelândia – 1938) que contemplavam a questão da saúde na perspectiva de seguridade social. Contudo, foi a partir do Relatório Beveridge que a saúde, como componente fundamental de um sistema de seguridade social, entrou na agenda internacional. Na Inglaterra, a proposta de Beveridge abriu a possibilidade do recebimento de benefícios sociais para os indivíduos sem emprego formal.

Juntamente com a contabilização das perdas humanas e materiais, ao final da Guerra houve a contabilização das perdas e ganhos econômicos e políticos. A matemática da Guerra favoreceu os Estados Unidos, econômica, política e ideologicamente. A Guerra também descortinou novas possibilidades de articulação internacional entre os países. O mundo passou a assistir ao florescimento de organizações internacionais, como o Banco Mundial, sob a égide da manutenção da paz mundial e da reconstrução dos países que haviam sido desolados pela Guerra. O Banco Mundial surgiu no bojo do esforço empreendido pelos vencedores da 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” (Rizzotto, 2000, p.54). Essa instituição passou paulatinamente a influenciar a formulação das agendas de políticas sociais nos estados nacionais graças a sua capacidade de mobilizar recursos financeiros para esse fim e ao caráter de cientificidade que conferiu a suas propostas (Rizzotto, 2000). A necessidade de superação da crise gerada pelo longo período de guerra e a urgência na retomada do crescimento econômico e social fez com que a questão da saúde assumisse um papel importante no novo contexto que se inaugurava. A interferência estatal “na área da saúde parecia promissora como forma de transformação social e econômica” (Raefray, 2005, p. 105).

No contexto pós-guerra, também surgiu o movimento pelos direitos humanos, incentivado pela criação em 1945 da Organização das Nações Unidas, que se propunha a primar pela promoção e incentivo do respeito aos direitos humanos como uma de suas principais propostas (Nygren-Krug, 2004). Inspiradas nesse propósito surgiram novas organizações voltadas para setores específicos, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), criada em 1946, que ratificou, no plano internacional, a questão da saúde como direito fundamental de todo ser humano. A OMS inaugurou um novo paradigma para a saúde, que rompia com o conceito de saúde restrito ao bom funcionamento biológico do corpo, afirmando que a saúde era um somatório de bem-estar físico, psíquico e social. A Organização Mundial da Saúde assumiria, nesse sentido, importante papel junto aos Estados nacionais, disseminando a idéia de que a melhoria das condições de saúde seria capaz de modificar o desenvolvimento econômico dos países, perspectiva que motivou muitos programas no Brasil patrocinados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em conjunto com a OMS.

Em 1948, a Assembléia das Nações Unidas lançou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que, em relação à saúde, retomava o princípio do direito à saúde como um bem universal defendido pela OMS e em conformidade com princípios enunciados pela seguridade social.

Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (Declaração Universal dos Direitos Humanos, art. XXV, 1948 apud Gauderer, 1991, p. 219).

Na visão pós-guerra sobre a saúde, “o Estado torna-se responsável pela sua proteção. Era o mínimo que se podia oferecer ao povo ofendido, doente e miserável, especialmente o da Europa” (Raeffray, 2005, p. 104). Se a universalidade do direito à saúde e de outros direitos sociais na Europa estava relacionada às demandas geradas pela guerra, no Brasil e em outros países subdesenvolvidos o ideário apregoado pelas agências internacionais era o de combate à pobreza com vista ao desenvolvimento econômico e ao enfrentamento do fantasma do comunismo. Havia a preocupação, por parte das agências internacionais, em relação às berrantes desigualdades sociais que assolavam o terceiro mundo. Diferenças que, na visão ideológica americana, poderiam insuflar conflitos e alimentar as propostas comunistas que rondavam esses países. Então, se fazia necessário que os estados garantissem o mínimo para a sobrevivência da população a fim de evitar rebeliões. O combate à pobreza tornou-se o grande ideário das agências internacionais e quanto maior fosse a disposição dos governos nacionais em responsabilizar-se por uma cesta básica de direitos – incluído o direito à saúde –, maior seria a possibilidade de injeção de recursos dessas agências no desenvolvimento de programas para minorar os efeitos da desigualdade. A OPAS exerceu um papel importante no Brasil na formação de profissionais da saúde dedicados aos serviços de saúde pública, principalmente, através das Escolas de Saúde Pública e Coletiva, ajudando na disseminação do paradigma da saúde preventiva, que mais tarde seria incorporado pela Lei Orgânica da Saúde.

1.2.2. A “era Vargas” e a primeira “universalização” da assistência médica individual

A política implementada por Getúlio Vargas tinha por objetivo minorar o poder das oligarquias locais. Ao assumir o governo, em 1930, Vargas promoveu diversas medidas para ampliar a centralização financeira e administrativa das funções públicas (Oliveira, 2004). Em novembro de 1930, criou o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que formulou leis de proteção ao trabalhador, de enquadramento dos sindicatos pelo Estado e de criação de órgãos para arbitrar conflitos entre operários e patrões. A política trabalhista de Vargas tinha como objetivo principal reprimir os esforços organizacionais da crescente classe trabalhadora urbana, que se encontrava fora do poder do Estado, e atraí-la para o apoio difuso ao governo (Raeffray, 2005). Constituía-se em um “nítido exemplo de uma ampla iniciativa que não derivou das pressões de uma classe social e sim da ação do Estado” (Raeffray, 2005, p. 166).

As políticas direcionadas à saúde, no primeiro governo Vargas, seguiram essa mesma lógica. Em relação à saúde pública, em 1930, Vargas criou o Ministério dos Negócios de Educação e Saúde Pública. O Ministério era composto por um gabinete, uma diretoria e quatro departamentos (Departamento Nacional de Ensino, Departamento Nacional de Saúde Pública, Departamento Nacional de Medicina Experimental e Departamento Nacional de Assistência Pública). Os departamentos eram independentes entre si e estavam subordinados ao Ministro (Lima, 2003). O empreendimento de ações voltadas à saúde pública foi dinamizado em grande parte pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que, ao ser incorporado pelo novo Ministério, ampliou o campo de abrangência. Após o golpe de 1937, o DNSP foi reestruturado e passou a centralizar a direção política, administrativa e financeira de todas as atividades sanitárias do país (Lima, 2003). As ações mais importantes do DNSP foram o combate à febre amarela, com a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela (1937), e o combate à malária no nordeste do país, através do Serviço de Malária do Nordeste. A atuação do DNSP nesse período contou com o apoio da Fundação Rockefeller, que em 1942 criou o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que atuou prioritariamente na região produtora de

borracha da Amazônia, visando minorar os efeitos das epidemias que se alastravam entre os “soldados da borracha”⁷.

Após o golpe militar de 1937, foram efetuadas as Conferências Nacionais de Saúde (CNS). A primeira ocorreu em 1941 e visava facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades referentes à saúde realizadas no país e orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e saúde e na concessão de auxílio e subvenção federal. A realização da CNS durante o Estado Novo serviu à estratégia de consolidar o poder do governo central na área da saúde frente aos estados, através da organização do serviço público uniformizado por um padrão nacional (Pinheiro 2005). A primeira CNS foi uma reunião predominantemente técnica. Contudo, gradativamente elas foram se tornando espaços de articulação política dos grupos que defendiam um estado democrático e o direito universal à saúde.

As atividades de saúde pública do período estavam direcionadas, principalmente, “para a prevenção e o combate de doenças como a tuberculose, a malária, a febre amarela e a peste, tendo como foco a ‘coletividade’” (Hochman, 2005, p. 136), ao passo que a saúde previdenciária continuava a expandir-se impulsionada pela demanda de tratamento médico individual. A expansão dos serviços de atendimento médico individualizado da previdência foi possível graças à nova estrutura previdenciária inaugurada por Vargas em 1933, quando foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP’s). Esses Institutos se diferenciavam das Caixas, na medida em que buscavam organizar os trabalhadores por categorias profissionais em todo o território nacional e não mais por empresas, o que beneficiou os trabalhadores das pequenas empresas, que antes estavam excluídos dos benefícios⁸ (Raefray, 2005). O estabelecimento dos IAP’s significou um processo de expansão da cobertura dos benefícios – anteriormente providos pelas Caixas – para um número significativo de trabalhadores assalariados urbanos. De acordo com Lima (2003), a aceleração do processo de urbanização, o crescimento da massa

⁷ “Soldados da Borracha” é o nome dado aos seringueiros que foram chamados pelo governo a migrar para a Amazônia e trabalhar na produção de borracha para atender a grande demanda na época da Segunda Guerra. Milhares de brasileiros do Nordeste foram enviados para os seringais amazônicos, em nome da luta contra o nazismo. Fato que ficou conhecido como a “Batalha da Borracha”. Cerca de 60 mil pessoas foram enviadas para os seringais amazônicos entre 1942 e 1945. Desse total, quase a metade acabou morrendo em razão das péssimas condições de transporte, alojamento e alimentação durante a viagem, pela falta de assistência médica, e inúmeros problemas e conflitos enfrentados nos seringais. Só a partir da Constituição de 1988 os “soldados da borracha” ainda vivos passaram a receber uma pensão como reconhecimento pelo serviço prestado ao país (http://portalamazonia.globo.com/artigo_amazonia_az.php?idAz=130, acessado em 3/8/2006).

⁸ A organização das Caixas era facultativa para empresas que tinham menos de 50 empregados.

trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação e a acumulação de capital industrial faziam com que grupos da elite solicitassem políticas sociais, principalmente na área da saúde, visando a higienização dos centros urbanos e a manutenção da saúde da mão-de-obra assalariada.

O primeiro instituto de aposentadoria foi o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM), criado em 1933, seguido dos Comerciários (IAPC), de 1934, dos Bancários (IAPB), de 1936, dos Industriários (IAPI) e dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL), de 1938. Nesse período consolidou-se um tipo de organização da área da saúde que dissociou a saúde pública, caracterizada pelo investimento do Estado na saúde básica da população e pelo combate às endemias e epidemias, da saúde individual, acessada pelos trabalhadores através dos IAP's.

O fim do Estado Novo, em 1945, foi marcado pela crise na política nacional de saúde. O movimento nacional desenvolvimentista, liderado pelo médico sanitaria Mário Magalhães da Silveira, se opunha ao modelo campanhista que vinha sendo aplicado à saúde pública desde a década de 20 (Lima e Pinto, 2003). O cenário da redemocratização, com a organização dos partidos políticos e o encaminhamento de uma nova Constituição, favorecia a discussão sobre os problemas sanitários do país. Na Assembléia Constituinte, os deputados médicos Alcedo Coutinho (PCB) e Miguel Couto Filho (PSD) apontavam as precárias condições de saúde nas quais se encontrava grande parte da população brasileira, defendendo a criação de uma pasta independente para a saúde (Hamilton e Fonseca, 2003). No período que se segue até a efetiva criação do Ministério da Saúde, em 1953, ocorre a organização política do grupo de médicos sanitaria. Esses médicos estavam dispersos pelos departamentos de saúde e muitos deles associados à Sociedade Brasileira de Higiene (SBH)⁹. Essa sociedade objetivava servir como núcleo de organização nacional de especialistas em saúde pública e organizar o debate científico em torno dos problemas sanitários do país. A SBH também tinha a pretensão de aumentar a influência dos médicos sanitaria na definição de políticas públicas para o setor (Hamilton e Fonseca, 2003). Além disso, defendia, quando da criação de um ministério para a saúde, que o cargo de ministro fosse assumido por um sanitaria, tendo sempre presente a responsabilidade do Estado com a saúde da coletividade.

⁹ A Sociedade Brasileira de Higiene foi criada em 1923 por Carlos Chagas.

Os médicos e sanitaristas consideravam as ações coletivas de saúde essencialmente distintas das ações individuais, concordando que o campo da saúde pública não deveria se misturar com o da assistência médica individual oferecida pela Previdência Social. Os centros de saúde poderiam oferecer assistência médica às populações rurais, porém visando sempre a proteção da coletividade, e não somente a recuperação da saúde por meio do combate exclusivo da doença no plano individual – tal como era prestada pela Previdência Social, de caráter basicamente urbano e corporativo (Hamilton & Fonseca, 2003, p. 805).

Embora o grupo de sanitaristas divergisse do modo como vinha sendo efetivada a saúde pública – que não havia sido renovada e continuava restrita ao modelo inaugurado por Chagas na década de 20 – e reivindicasse sua modernização, permaneceu a crença de que o Estado deveria ocupar-se tão-somente com a saúde das coletividades. A assistência individual era vista por esse grupo como algo residual e até mesmo dispensável, o que fez com que seu ônus recaísse sobre a classe assalariada urbana. O grupo sanitarista participou ativamente da construção da proposta de um Ministério da Saúde. Proposta que, depois de uma longa tramitação no Congresso, foi aprovada em 1953 com muitas modificações, conservando os moldes anteriores. De acordo com Hamilton e Fonseca (2003), durante o processo decisório de criação do Ministério da Saúde, os sanitaristas, embora tivessem participado do processo de elaboração da proposta e tivessem seus objetivos alcançados com a criação do Ministério, não obtiveram o controle sobre o processo decisório, “não podendo interferir sobre a escolha do ministro a ocupar a nova pasta” (Hamilton e Fonseca, 2003, p.819). Além dos arranjos políticos internos, outro fator que deu força à criação do Ministério foi a influência da Organização Mundial da Saúde, que via com bons olhos essa iniciativa, visto que significava uma gradativa ampliação da responsabilidade do governo na defesa e proteção da saúde da população, ideário que vinha sendo difundido e respaldado por ela, principalmente na América Latina (Lima e Pinto, 2003). Contudo, foi somente na década de 90 que o Ministério da Saúde adquiriu expressão política suficiente para desempenhar um papel efetivo na condução das políticas de saúde no país e para o conjunto da população.

O investimento financeiro na industrialização com vista ao desenvolvimento econômico, o crescimento da mão-de-obra assalariada contribuinte dos IAP's e a dissociação entre saúde pública e combate das doenças no plano individual foram elementos que alimentaram a vertiginosa expansão da saúde previdenciária a partir

da década de 50. O projeto de unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) teve início em 1960, através da criação da Lei Orgânica da Previdência Social. Ao estabelecer a saúde como um benefício a ser assegurado pela previdência social, a lei abriu caminho para a expansão do sistema de saúde previdenciário já presente nos IAP's. Contudo, a sanção dessa lei aconteceu em meio a um intenso debate político no legislativo, onde estavam em jogo os interesses dos políticos e os das diferentes categorias de trabalhadores ligadas aos IAP's. "Os representantes das classes trabalhadoras se recusavam à unificação, uma vez que isso representava o abandono de muitos direitos conquistados" (Polignano, 2001, p. 12). Isso reflete o forte corporativismo das categorias profissionais, o que dificultava o entendimento dos benefícios – entre eles o acesso a serviços de saúde – como um direito adquirido pelo conjunto de trabalhadores. Já para alguns políticos, os Institutos "eram importantes feudos políticos e eleitorais", o que causava sua resistência à regulamentação da lei, indicando sua falta de comprometimento com a questão social envolvida, sobreposta por interesses pessoais ou partidários. Esse jogo de interesses fez com que a Lei 3807 ficasse no papel. Embora promulgada em 1960, a unificação dos IAP's só foi viabilizada com o golpe militar de 64, que, no mesmo ano, passou a intervir em todos os IAP's, "sendo os conselhos administrativos substituídos por juntas interventoras nomeadas pelo governo revolucionário" (Polignano, 2001, p. 13).

1.3. A política setorial de saúde no pós-64

O golpe militar de 1964 deu início a outro período ditatorial na história brasileira. Os governos ditatoriais, de acordo com Carvalho (2004), foram responsáveis, em grande parte, pela peculiaridade do processo brasileiro de construção democrática. O autor observa que foi justamente durante os governos militares que ocorreram os grandes avanços em direção ao estabelecimento dos direitos sociais no Brasil, afetando o processo de consolidação da democracia conquistada.

Esse período do início da ditadura, passando pelo lento e gradual processo de redemocratização até a promulgação da Carta Constituinte de 1988, foi

determinante para a afirmação da universalidade do direito à saúde no país. Destacam-se três arranjos preponderantes nesse processo: a política social do governo militar, a extensão da cobertura de assistência médica pela previdência e a mobilização pela reforma sanitária.

1.3.1. A política social do governo militar

As políticas sociais dos anos 30 e 40, no governo Vargas, “tiveram notável visibilidade na construção do projeto populista, embora não tivessem como objetivo eliminar a pobreza ou instaurar uma redistribuição significativa de renda” (Costa, 1998, p.36). Os arranjos institucionais desse período, de acordo com Costa (1998), fizeram com que no Brasil a cidadania se desenvolvesse “subordinada a um sistema de estratificação ocupacional definido por normas legais, e não por um código de valores políticos” (Costa, 1998, p. 37). Portanto, “a extensão da cidadania se fez mediante um escopo de direitos associados às profissões, antes que pelo reconhecimento da condição de membro da comunidade nacional” (Costa, 1998, p. 37). O golpe de 1964 representou a vitória do setor conservador sobre o projeto nacionalista do “varguismo”. Ao assumir o poder em 1964, os militares mantiveram a aliança com o setor industrial, mas sem a característica nacionalista do período anterior. “A nova modernização proposta passava pela intensa participação do setor privado, nacional e estrangeiro” (Carvalho, 2005, p.134).

A política social desenvolvida durante os dois principais períodos ditatoriais balizou a história da construção dos direitos sociais no Brasil. Segundo Carvalho (2004), o processo de construção dos direitos no Brasil ocorreu de forma peculiar em virtude das ditaduras militares. A evolução da cidadania, de acordo com Marshall, poderia ser visualizada historicamente através do surgimento e consolidação dos direitos civis, políticos e sociais. Essa evolução seguiria uma seqüência linear, iniciando-se pelo reconhecimento dos direitos civis, seguidos pelos direitos políticos, culminando com o estabelecimento dos direitos sociais. Carvalho (2004), referindo-se a essa seqüência lógica, constata que esse trajeto, observado por Marshall em outras sociedades, não se aplica ao Brasil. Aqui, historicamente os direitos sociais foram concedidos primeiro em detrimento dos civis e políticos, alterando a seqüência lógica de surgimento e consolidação desses direitos (Carvalho, 2004).

O “caminho brasileiro” dos direitos, segundo Carvalho (2004), foi marcado pela atuação dos governos militares nos períodos ditatoriais, que se assemelharam justamente na ênfase dada aos direitos sociais em detrimento dos direitos civis e políticos. “A manutenção do direito do voto combinada com o esvaziamento de seu sentido e a expansão dos direitos sociais em momento de restrição de direitos civis e políticos” foram as estratégias utilizadas pelos governos militares para legitimar seu poder (Carvalho, 2004, p. 172-173). Os direitos sociais e o paternalismo social visavam compensar a falta de liberdade política. De modo geral, os trabalhadores conquistaram benefícios trabalhistas e sociais em virtude das leis sociais implementadas por governos militares, e não em decorrência de uma atuação política e sindical (Carvalho, 2004). Isso trouxe prejuízo para o próprio entendimento dos direitos sociais no país, visto que sua antecipação à luta política para conquistá-los fazia com que não fossem percebidos como tais, como independentes da ação governamental, mas como um favor usado como moeda de troca pelo governo ditatorial (Carvalho, 2004). Além disso, sendo os direitos sociais implantados quando “o Legislativo ou estava fechado ou era apenas decorativo, criou-se a imagem, para o grosso da população, da centralidade do Executivo” (Carvalho, 2004, p. 221).

Essa forma de ampliação dos direitos sociais também afetou o processo de construção da universalidade do direito à saúde no Brasil. Já observamos que, nos períodos anteriores, o direito de acesso à assistência médica individual foi incorporado pelas classes trabalhadoras urbanas através do sistema de previdência social, cuja guinada ocorreu no Estado Novo. Nos anos seguintes, a extensão desse benefício a um contingente maior de trabalhadores se deu por inércia e de forma corporativa, e não em virtude da mobilização das classes trabalhadoras. Embora no primeiro período ditatorial pós-64 tenha ocorrido uma investida do governo contra os benefícios corporativistas de algumas categorias profissionais, em um segundo momento esses benefícios foram estendidos a uma parcela maior de trabalhadores. Os benefícios, entre eles a assistência médica, antes considerada privilégio corporativo, transformaram-se em tática para a legitimação do governo militar.

Costa (1998) observou, no desenvolvimento das políticas sociais de saúde pós-64, que o período de 64 a 73 caracterizou-se pelas políticas de ajuste do regime, que promovera uma ruptura com a herança do período corporativo-populista e impusera perdas às populações assalariadas urbanas, provocando uma regressão dos indicadores de qualidade de vida e uma crise de legitimação do regime

autoritário. De 1974-1985, como estratégia para superar a crise, o governo militar acelerou a expansão de investimentos sociais, buscando ampliar suas bases de apoio (Costa, 1998).

Disso resulta que a universalização do direito à saúde não foi reconhecida como a conquista de um direito pela maioria da população assistida. O acesso à saúde, a seu ver, era um serviço que o Estado prestava à população pobre, conforme constatou Cohn (1991) em uma pesquisa realizada em São Paulo. Se a universalização do direito à saúde ocorreu gradativamente a partir da ação do Executivo, não se podia esperar que ocorresse forte mobilização popular em prol de sua real efetivação no período posterior a 1988.

1.3.2. O Sistema de saúde previdenciário

A paulatina extensão da cobertura médica previdenciária foi influenciada pela dinâmica estabelecida nos governos militares. O sistema previdenciário de saúde existente garantiu, quando da formalização da universalidade do direito à saúde, uma estrutura mínima, ainda que insuficiente, capaz de dar conta de parte da demanda aí gerada.

A política de atenção médica e hospitalar no Brasil teve um desenvolvimento institucional significativo, como política nacional, desde os anos 30, diretamente articulada aos interesses organizados do mundo do trabalho e das instituições de proteção social (Costa, 1998). Pode-se dizer que o sistema de atenção médico-hospitalar brasileiro foi constituído sob o enquadramento da previdência social. Para Costa,

As agências governamentais de caráter nacional de atenção médico-hospitalar, salvo as instituições específicas de tutela ao louco e exclusão de leprosos e outros estigmatizados, foram organizadas com base nas determinações e constrangimentos da cultura organizativa da Previdência Social e suas clientelas (Costa, 1998, p.91).

Observando o percurso da previdência social no Brasil, constata-se seu peso na provisão de assistência médica à classe trabalhadora. Enquanto o Ministério da

Saúde priorizou a saúde pública, a previdência cuidou da expansão da assistência médica individual. Em janeiro de 1967, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que reuniu os IAP's existentes, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. Todo trabalhador urbano com carteira assinada passou automaticamente a ser contribuinte e beneficiário do novo instituto (Polignano, 2001). A implementação do INPS significou a expansão de uma série de benefícios a uma parcela maior de trabalhadores assalariados, à semelhança do ocorrido em 1923, com a criação das CAP's e, em 1933, com a criação dos IAP's. Por meio da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, ocorreu a "universalização" da assistência médica no mundo do trabalho assalariado urbano.

O governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um destes era a assistência médica, que já era oferecida pelos vários IAP's, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios (Polignano, 2001, p.15).

Em relação à administração do INPS, prevaleceu o quadro técnico oriundo do extinto Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI). Esses técnicos, conhecidos como "cardeais do IAPI" (Polignano, 2001), eram simpáticos à idéia da compra de serviços privados na área da saúde para atender ao significativo aumento da demanda por serviços de saúde. A posição dos "cardeais" traduzia a opção do próprio regime militar que, ao direcionar-se para a iniciativa privada de saúde, buscava "cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia" (Polignano, 2001, p.15). Em oposição a esse grupo, colocavam-se os "publicistas", que se constituía num grupo reduzido dentro dos quadros técnicos do INPS e que, de acordo com Escorel (1998), defendiam o fortalecimento do setor público, não se vinculando, assim, aos interesses empresariais e ao grupo técnico burocrata dos "cardeais do IAPI". Os "publicistas" estavam representados no interior do INPS por Murilo Villela Bastos, Nildo Aguiar, Carlos Gentile de Mello e por um pequeno grupo que os seguia (Escorel, 1998). Posteriormente, alguns componentes desse pequeno grupo, já estando fora dos quadros do INPS, constariam entre os principais articuladores do movimento pela reforma sanitária no país.

O crescimento do sistema previdenciário, que estava sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho, levou à criação, em 1974, do Ministério da Previdência e

Assistência Social, que passou a gerenciar o INPS. Concomitantemente, o aumento da demanda por atendimento médico e a complexificação da estrutura criada para atendê-la levaram à criação, em 1978, de uma estrutura administrativa própria para a saúde dentro do sistema previdenciário. Nascia o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Se o aumento do número de beneficiados constituía o fator positivo, a carência de estruturas adequadas para atender as crescentes demandas por serviços de saúde pelos trabalhadores – principalmente no período de forte crescimento da indústria e da urbanização – constituía um enorme problema. A necessidade da rápida expansão dos serviços levou o governo a fomentar convênios do INAMPS com entidades filantrópicas e privadas. Em muitos casos, financiou a construção de hospitais mediante empréstimos da Caixa Econômica Federal. Esse novo cenário favoreceu a organização de grupos de medicina privada, constituídos por empresas médicas, normalmente de caráter regional, que administravam planos de saúde para empresas, indivíduos e famílias. A medicina de grupo, as entidades privadas de saúde e as entidades filantrópicas obtiveram grande impulso a partir de 1964.

A Previdência Social, maior financiadora da medicina curativa, dispunha mais de 80% de seus recursos em convênios com hospitais de fins lucrativos. Essa política impossibilitava a adequada distribuição dos serviços de saúde, beneficiando, ao contrário, as multinacionais responsáveis pelos medicamentos e equipamentos, os donos das casas de saúde e os médicos não assalariados – remunerados pelos serviços prestados (Raefray, 2005, p. 232).

O investimento na saúde privada através da Previdência acarretava a redução dos investimentos estatais na saúde pública (Raefray, 2005). Em 1968, ocorre o estabelecimento de um ponto de corte na assistência à saúde através da dicotomia assumida pelo Estado entre a saúde individual, entregue ao setor privado mediante convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), e a saúde coletiva, assumida pelo Ministério da Saúde (Raefray, 2005, p. 233).

O Ministério da Previdência Social ratificou e ampliou uma tendência de comprar serviços de saúde na área privada, desta forma favoreceu a adoção de um modo capitalista de produção de serviços médicos (Raefray, 2005, p. 234).

Nos anos seguintes a 1974 a assistência médica privatizou-se ainda mais. “Nesse período foi implantado o Plano de Pronta Ação (PPA) que aumentava a participação do setor privado na prestação de serviços de assistência médica de responsabilidade do Estado” (Raeffray, 2005, p. 234).

A Previdência alocava grande volume de recursos para a saúde denominada “curativa” em oposição à “preventiva”. Até fins da década de 70, “a base do financiamento desta expansão do gasto em saúde foi a contribuição de empregadores e empregados para o fundo da Previdência operado sob o regime de repartição simples” (Costa, 1998, p.96). Ademais, isso não impedia que o Estado destinasse recursos da União para a saúde pública através do Ministério da Saúde, que, naquela conjuntura, respondia pelos programas de saúde pública em geral. Em que pese o fato de que empresas privadas da área da saúde tenham se beneficiado das necessidades criadas com o crescimento da saúde previdenciária, através da ampliação do número de beneficiados, deve-se considerar o que isso significou para o processo de universalização do direito à saúde. De acordo com Costa (1998), o diagnóstico do privatismo, mercantilização e inutilidade da política social pós-64 obscureceram a avaliação do processo desencadeado nesse período, minorando os

Elementares efeitos redistributivos que foram provocados na estrutura previdenciária pela incorporação dos trabalhadores rurais à previdência social em 1971 (Funrural); das empregadas domésticas (1972) e autônomos (1973). A universalização da cobertura de atendimento médico que acompanhou este processo permitiria afirmar que a agenda da universalização da década de 80 fora antecipada nas mudanças nos critérios de elegibilidade propostos pelo Sistema Previdenciário pela incorporação dessas categorias (Costa, 1998, p. 95).

Em oposição ao posicionamento de Raeffray (1998), Costa (1998) afirma que o PPA foi, na época, a iniciativa mais expressiva de universalização da cobertura para a clientela não segurada, ao desburocratizar o atendimento nos casos de emergência e incorporar Secretarias de Saúde e Hospitais Universitários ao sistema previdenciário, por meio de convênios globais (Costa, 1998). Mesmo que essas ações fossem fruto de um arranjo político realizado pelos governos militares, eles não detinham o controle sobre os efeitos dessas ações a médio e longo prazos. Não demorou muito tempo para que o processo de universalização ali iniciado, de forma “enviesada”, se tornasse irreversível e para que o sistema previdenciário não mais

suportasse mantê-lo. Isso forçou sua discussão pública e o debate sobre propostas alternativas para responder ao desafio da universalidade do acesso à saúde para além da estrutura previdenciária.

A ampliação da cesta de benefícios da previdência social, com a inclusão da atenção médica, foi viável nos anos 40 e 50 porque reuniu algumas pré-condições: clientelas de beneficiários específicas, capacidade de intermediação de interesses e compartilhamento de crenças substantivas sobre a justiça dos benefícios recebidos (Costa, 1998). Essa clientela, segundo Costa, estava diretamente referida ao mundo do trabalho, vínculo que tornou possível ao sistema previdenciário suportar a expansão dos gastos em atenção à saúde sem que fosse colocado em dúvida o *status* de “titularidade” de seu financiamento (Costa, 1998). Entretanto, a expansão desse sistema realizado a partir dos anos 70 com a gradativa absorção de uma clientela de não contribuintes levou ao estrangulamento da fonte financiadora e ao questionamento sobre o *status* de titularidade. Isso sustenta a tese de Costa (1998) de que

As mudanças na política de saúde no pós-64 incorporaram massivamente a “comunidade nacional” ao mercado consumidor de cuidado médico, rompendo com o modelo restrito do período corporativo, mas pôs em marcha uma profunda fragilização institucional do setor que perderia as bases de sustentação (clientelas, burocracias especializadas, titularidade do financiamento) no plano decisório e organizativo federal (Costa, 1998, p. 94).

Esse aspecto seria o grande vetor da crise que irrompeu nos anos 80, retornando agravada nos anos 90. Segundo Costa (1998), o modelo de financiamento do sistema, quando confrontado com a gradativa universalização do atendimento médico,

criava uma razoável tensão entre os *constituencies* que contribuía para o fundo previdenciário, as agências de governo que zelavam por estes vínculos e a expansão de direitos universalizados na atenção médica para grupos populacionais que não contribuía para ele” (Costa, 1998, p.96).

1.3.3. O movimento pela reforma sanitária

A mobilização em prol da universalização do direito à saúde nos anos 70 foi empreendida conjuntamente com a luta pela redemocratização do país. Esse período, que se estendeu ao longo dos anos 80, foi marcado pelas discussões acerca dos rumos que o país deveria dar ao setor de saúde (Cohn, 1991). Essa construção foi matizada pelos diferentes interesses em jogo, pelos diversos atores em ação: instituições públicas e privadas, profissionais da saúde, sindicatos, associações, partidos políticos, igrejas, movimentos sociais e o próprio governo. Entretanto, foi o movimento¹⁰ pela Reforma Sanitária¹¹ (MRS) que conseguiu formular uma proposta de política para o setor e, paulatinamente, mobilizar grande parte desses atores em torno de sua proposta, principalmente os profissionais ligados à saúde pública.

As bases do movimento foram as faculdades de medicina, mediante as discussões realizadas nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP). De acordo com Escorel (1998), o modelo preventivista de saúde teve sua origem nos Estados Unidos na década de 50 com um movimento ideológico que propunha uma mudança na prática médica. Essa mudança consistiria na transposição do foco curativo para o foco preventivo da saúde. Representava uma leitura liberal e civil “dos problemas do crescente custo da atenção médica nos EUA e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico” (Escorel, 1998, p. 20). No Brasil, o incentivo à incorporação da medicina preventiva no currículo das faculdades se deu por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), representante da OMS na América Latina. Desde a década de 50, a OPAS já se interessava por uma reformulação do ensino na medicina preventiva e promovia seminários regionais com essa finalidade (Escorel, 1998). Essa iniciativa estava relacionada às propostas da OMS para a América Latina, incentivando uma visão de promoção da saúde pública que deveria considerar os aspectos da desigualdade social e promover o desenvolvimento de programas para atender a saúde das populações empobrecidas, conforme a proposta de combate à pobreza em prol do desenvolvimento.

¹⁰ Compreende-se movimento social enquanto “atores coletivos mobilizados que perseguem o objetivo de provocar, evitar ou reverter mudança social fundamental” (Sobottka, 2003, p. 50).

¹¹ Reforma Sanitária designa variadas experiências de reformulação normativa e institucional no campo da assistência à saúde dos cidadãos em vários países (Cohen, 1989, p. 123). No Brasil, a reforma mais significativa ocorreu oficialmente em 1988 a partir da prerrogativa constitucional de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e da criação do Sistema Único de Saúde, firmando o compromisso de garantir universalidade, integralidade e equidade da atenção em saúde no Brasil.

Na década de 60, a fundação Milbank e a OPAS financiaram um estudo sobre educação médica na América Latina e viabilizaram visitas às várias faculdades e a distribuição de bibliografia, estimulando a criação de mestrados em medicina social e a articulação institucional através de seminários regionais e nacionais (Escorel, 1998). A Reforma Universitária de 68 incorporou a medicina preventiva – adaptada à realidade brasileira – ao currículo das faculdades de medicina. Isso tornou obrigatória a existência dos departamentos de medicina preventiva em todo o país (Escorel, 1998). Esses departamentos

Foram as bases na qual se desenvolveu a produção de conhecimentos sobre o estado de saúde da população e sobre a organização das práticas sanitárias, produção esta freqüentemente articulada com modelos experimentais de organização da prática médica, quer para efeito de demonstração, quer para finalidades didáticas (Escorel, 1998, pg. 19).

Em algumas universidades, a organização do movimento estudantil em prol da redemocratização do país contou com a luta dos DMP por um projeto alternativo de saúde à população que considerava também os aspectos sociais relacionados à doença. Foi dos departamentos de medicina preventiva das maiores universidades do Brasil, segundo Dâmaso, que se originou grande parte da “massa crítica intelectual que trouxe à ordem do dia a questão dos condicionantes sociais das doenças” (Dâmaso, 1995, p.81).

As experiências realizadas nos DMP inspiraram a ruptura com o paradigma predominante nas escolas de medicina que orientavam a saúde pública no Brasil. Pode-se dizer que essas iniciativas visando fortalecer a saúde comunitária reformularam algumas das convicções dos ‘velhos’ sanitaristas das décadas de 40 e 50 e revitalizaram os anseios de construção de um projeto político alternativo de saúde. Extrapolando o muro das academias, surgiram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Juntas, formaram as bases institucionais do movimento pela reforma sanitária em prol da saúde pública e pela universalidade e equidade da assistência à saúde (Cohn, 1989, p.123). O CEBES, criado em 1976 por profissionais da saúde, na sua maioria médicos, ajudou a articular o movimento sanitário com outros movimentos sociais, como os sindicatos dos médicos e demais profissionais da saúde, entidades corporativas médicas e os movimentos

sindical e popular (Teixeira e Mendonça, 1995). A ABRASCO foi fundada em 1979 com o apoio da OPAS e, segundo Santana (2004), passou a articular os docentes que haviam protagonizado experiências de ensino em serviços locais de saúde, denominadas projetos IDA (integração docente-assistencial) ou medicina comunitária. Essas experiências originaram uma incipiente organização de grupos de professores que buscavam ampliar o intercâmbio de reflexões e trabalhos produzidos no campo da saúde comunitária. Além disso, a ABRASCO tentou responder à demanda de recém-egressos dos cursos de graduação que procuravam dar continuidade à sua formação no campo da Saúde Pública, da Medicina Social ou da Saúde Coletiva (Santana, 2004).

Essas instituições, juntamente com as Escolas de Saúde Pública¹² existentes na época, formularam a base conceitual sobre a qual se assentaram as propostas políticas do movimento e, ao mesmo tempo, fundaram um novo paradigma em saúde pública: a saúde coletiva. A saúde coletiva significou a redefinição de teorias e práticas, com a ampliação dos objetos e sujeitos envolvidos em sua concepção, e sinalizou uma nova prática política na qual o fazer teórico e o fazer prático se aproximaram (Barata, 2004). Assim, o movimento da Reforma Sanitária constituiu-se caracteristicamente como um movimento composto por profissionais da saúde em defesa de um modelo saúde coletiva, contando com “a liderança dos intelectuais da área da saúde coletiva, congregando estudiosos da saúde pública e da medicina social, e de profissionais do setor público de serviços” (Cohn, 1991, p. 23). As proposições nucleares do movimento repousavam “seus princípios articuladores na estatização dos serviços de saúde, na constituição do Sistema Único de Saúde, na descentralização, na universalização e equidade do direito à saúde” (Cohn, 1991, p. 23).

O arcabouço teórico e prático elaborado pelo movimento proporcionou a construção de uma proposta política para o setor. A permeabilidade dessa proposta na arena política se deu em virtude da fragilização do regime, da estratégia utilizada pelo governo de enfatizar as questões sociais, da tática empregada pelo próprio movimento e da crise previdenciária. Ao implementar programas sociais voltados à

¹²No Rio Grande do Sul, a Escola de Saúde Pública (ESP/RS) participou ativamente do projeto de formulação de propostas para a saúde coletiva. Criada em 1962, desenvolvia ações “no sentido de implantar as políticas e programas propostos pela Secretaria Estadual da Saúde, pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde” (Moreira, 2002, p.127), atuando na formação de profissionais e engajando-se no MRS nos anos 80.

saúde pública, o governo contratou quadros técnicos de instituições que já haviam desenvolvido programas com esse cunho. Como muitos desses técnicos já vinham participando da construção da proposta do movimento, usaram esse primeiro aceno de abertura do regime como oportunidade para ocupar espaços institucionais no aparelho burocrático estatal. Isso marcou um tipo de estratégia do movimento. Segundo Escorel (1998),

Quando o regime AB [autoritário-burocrático] entrou na fase da 'nostalgia das mediações', necessitando de 'canais' com a sociedade para legitimar seu modelo econômico e político, passou a enfatizar as questões sociais, particularmente no nível discursivo. O uso das questões sociais como fonte de legitimação abriu espaços institucionais no Ministério da Saúde, a partir de 1974, resultantes também da ação de representantes do pensamento racionalizador na condução da máquina governamental nessa esfera (Escorel, 1998, p. 177).

A participação na máquina estatal propiciou que o movimento colocasse em prática algumas ações e influenciasse na criação de programas segundo a lógica da saúde coletiva, fortalecendo sua posição na arena política. Entretanto, essas ações e programas, quando comparados ao tamanho da máquina burocrática estatal, eram ainda muito diminutos. De acordo com Escorel (2004), o movimento sanitário ocupou alguns espaços com um pensamento contra-hegemônico, mas com baixa capacidade de interferir nas decisões institucionais. "A experiência acumulada nos anos 'Geisel' iria traduzir-se nos projetos que o movimento sanitário desenvolveu nos 'anos Figueiredo', independentemente de sua operacionalização, desde o PREVSAÚDE até as Ações Integradas de Saúde" (Escorel, 1998, p.178).

O ponto culminante de mobilização em torno da reforma sanitária foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, na qual foram constituídas a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a Plenária Nacional de Entidades de Saúde¹³. Essa plenária

¹³ A Plenária Nacional de Entidades de Saúde estava constituída por entidades representativas do movimento popular (Mops e Conam), do movimento sindical (CUT, CGT e Contag), dos profissionais de saúde (Federações, Confederações, Associações Nacionais, Sindicatos e Conselhos de uma vasta gama de trabalhadores de saúde), dos partidos políticos (PCB, PC do B, PT e PSB) e de representantes da Academia (Abrasco, Departamento Nacional de Estudantes de Saúde da UNE, entidades científicas), além de entidades representativas setoriais, como o Cebes, o Conass e o Conasems (SCOREL, 1998, p. 190).

Se fez representar intensamente no processo Constituinte visando à aprovação das propostas da VIII CNS, obteve vitórias que culminaram na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional, refletindo o pensamento e a luta histórica do movimento sanitário (Escorel, 1998, p. 187).

Foi nessa conferência, apontada como a “Pré-constituinte da Saúde”, que foram delineadas as principais propostas para o sistema de saúde brasileiro com ênfase na descentralização, estatização e universalização dos serviços de saúde. De acordo com o Décio Angnes, coordenador da PHAS/RS, havia uma certa perversidade no modo como o sistema de saúde estava organizado, o que suscitou a reivindicação de mudanças durante a VIII Conferência. Segundo ele, a proposição de um sistema único de saúde baseado nos princípios de equidade e universalização já era por si mesma uma tentativa de humanização dos serviços de saúde, na medida em que lutava por maior justiça social. Naquela época, o trabalhador com carteira assinada possuía a carteirinha do INAMPS e, quando precisava de atendimento médico, era atendido mediante sua apresentação. Os demais – os desempregados e aposentados, por exemplo – eram considerados o ‘resto’ e, quando atendidos, eram registrados no sistema como indigentes. “Ora, que sistema de saúde é esse que classifica o cidadão que eventualmente está desempregado como indigente?”. Segundo Angnes, a Conferência Nacional de 86 já apontava para a humanização dos serviços de saúde, à medida que denunciava a desigualdade presente no sistema e propunha a universalização e a equidade na prestação dos serviços de saúde. “Ou, qual é o sujeito que eventualmente estando desempregado gostava de ter ferida sua dignidade ao ser classificado como indigente? Que indigente é esse que tem nome, sobrenome, família, endereço”¹⁴.

O movimento da reforma sanitária desempenhou papel singular na universalização do direito à saúde no Brasil. É importante identificar algumas características da ação do movimento para entender parte das dificuldades enfrentadas para a efetivação das propostas oriundas da VIII CNS e, posteriormente, da própria Constituição. Para Costa (1998), a agenda formulada pelo Movimento da Reforma Sanitária ignorou que a viabilidade de processos de reforma do Estado exige um complexo jogo de negociações com os grupos que serão beneficiados ou afetados pelas mudanças. A agenda da reforma sanitária “definiu as relações entre a expansão da atenção médica na Previdência Social com o processo de

¹⁴ Entrevista concedida em 10/04/06, Porto Alegre.

consolidação de uma área privada de acumulação de capital financiada pelos trabalhadores e gerida pelo Estado”; “afirmou que a expansão da atenção médica previdenciária não respondia às reais necessidades da população” e filiou-se “ao discurso antiautoritário ao reduzir qualquer agência governamental de natureza nacional a instrumento da lógica decisória insulada do período burocrático-autoritário” (Costa, 1998, p.98). A leitura que o movimento da reforma sanitária fez sobre as políticas setoriais de saúde do governo militar dificultou perceber que o “conjunto de inovações setoriais realizava uma agenda de ampliação da equidade e justiça social, ainda que tenha adiado a definição sobre que fonte de recursos financeira esta ampliação de clientela” (Costa, 1998, p. 100).

O alargamento da agenda, proposto pelo movimento de reforma sanitária nos anos 80, produziu uma base de identidade para vários grupos sociais incidirem sobre a arena de poder da saúde – em especial a ‘comunidade espitêmica’ dos sanitaristas e os representantes de interesses municipais (Costa, 1998). Entretanto, esta organização discursiva da inovação setorial teve dificuldade de perceber o acirramento do dilema que era a expansão da atenção médica “para clientela cada vez mais amplas e não-contribuintes, que recorria especialmente a uma modalidade de financiamento por fundo público estruturado sobre uma base social restrita (fundo da previdência social)” (Costa, 1998, p. 101). Isso, a nosso ver, pode ser atribuído ao fato de que a atenção médica individualizada e a atenção médico-hospitalar ocupavam no projeto sanitarista um lugar residual, visto que a agenda do movimento contava com uma reestruturação dos serviços de saúde orientada pelo paradigma da saúde coletiva e preventiva.

Outro ponto relacionado à ação do movimento reside na estratégia adotada: a conquista de poder institucional. Segundo Cohen (1989), a ocupação de espaços institucionais e a criação de projetos institucionais faziam parte do entendimento de que a partir da ocupação desses espaços “estes passariam a ser palcos de luta” (Cohen, 1989, p. 133). Entretanto, para promover um processo de mudança a partir de dentro da máquina estatal, o movimento abriu mão da mobilização da sociedade civil. De acordo com Escorel (1998),

Nos primeiros anos da Nova República, o movimento sanitário viveu um ciclo de euforia quando, inserido nas instituições de saúde, conseguiu promover uma inflexão na direcionalidade política de saúde como um todo. Esse período foi caracterizado por alguns

autores como a institucionalização do movimento sanitário, que perdera a base na sociedade civil e abandonara as propostas transformadoras em favor de simples reformas administrativas. Não há dúvida de que, excetuando-se a VIII CNS e a luta na Constituinte, a atuação do movimento sanitário esteve concentrada no plano das instituições de saúde (Escorel, 1998, p. 190).

Essa decisão afetaria a própria consolidação do direito à saúde, na medida em que grande parcela da população não se mobilizaria em prol das propostas do movimento nos períodos críticos de sua implementação, relegando essa luta aos trabalhadores da saúde e a outros setores interessados na consolidação do sistema, como os secretários estaduais e municipais de saúde, que foram os maiores beneficiários da descentralização do sistema. Além disso, a estratégia adotada pelo movimento reforçou uma das principais conseqüências daquilo que Carvalho (2004) identificou como a excessiva valorização do poder Executivo. O fato de propostas consideradas progressistas para a área da saúde terem sua origem no Executivo consolidou a centralidade de seu poder em detrimento da mobilização civil.

Isto posto, percebe-se que o processo histórico de construção da universalidade do direito à saúde no Brasil é marcado por continuidades e descontinuidades. Na Constituição de 1988 ocorreu a formalização da universalidade desse direito, o que, ao certo, marcou o início de um outro processo que foi afetado pelos problemas elencados até aqui. Se a redemocratização trouxe a garantia formal da responsabilização do Estado pela universalização do direito à saúde mediante a instituição do Sistema Único de Saúde, não assegurou, porém, a transformação da maneira de operar do Estado nessa área, tampouco garantiu a mudança de paradigma no modelo de atenção. Aprovado, o projeto da universalização esbarraria no problema do financiamento e no dilema do reconhecimento da população do SUS como meio de efetivação do direito à saúde. Passada a euforia da Constituinte, observa-se que “a democracia política não resolveu os problemas econômicos mais sérios, como a desigualdade e o desemprego” (Carvalho, 2004, p. 199), assim como o SUS não garantiu a efetivação da universalidade do direito à saúde. A política distributiva dos recursos operada nos anos 80 fez com que o sistema de saúde brasileiro, em fins da mesma década, apresentasse dois grandes subsistemas: o Sistema Único de Saúde (SUS), voltado predominantemente para o atendimento da população pobre, e o subsistema de mercado, orientado para a população com emprego formal e as classes médias e

altas (Costa, 1996). Esse quadro inaugura um novo estágio para o setor no país, como veremos no próximo capítulo.

II – AS POLÍTICAS DE SAÚDE NOS ANOS 90

Nos anos 90, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi a mais significativa política de saúde do governo para o setor. Sua implementação estava alinhada ao processo de descentralização que, naquele primeiro momento pós-Constituinte, foi formalizada como diretriz a ser aplicada na reformulação do sistema de proteção social, pautado pelo modelo de seguridade social. Esses fatores determinaram a reorganização do campo da saúde. A agenda de construção do SUS deu continuidade ao processo de reforma sanitária que vinha sendo engendrado, ainda no período anterior à Constituinte, através da atuação de organizações da sociedade civil e de instituições governamentais. Por conseguinte, a formulação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), que criou o SUS, foi um processo de “acomodação” dos interesses dos diversos atores que integravam o setor dentro do limite dos parâmetros estabelecidos pela Constituição. A LOS constituiu-se, assim, numa espécie de pacto, que, contudo, demonstrou-se insuficiente ao longo da década, demandando uma série de regulamentações posteriores (normas operacionais). A formulação das normas operacionais foi marcada pela disputa entre os interesses dos atores em jogo aliada às necessidades de ajustes à reforma do Estado.

Somada a isso, a articulação entre as áreas da saúde, previdência e assistência social, de acordo com o modelo de seguridade social, demonstrou-se débil, repercutindo significativamente na implementação do SUS. Isso ocorreu, em grande parte, graças aos ajustes efetuados na economia nacional visando ao ingresso do Brasil no competitivo mercado internacional, afetando diretamente o modelo de seguridade e criando uma tensão entre a agenda econômica e a agenda de renovação do sistema de proteção social preconizado pela Constituição de 1988. Essa tensão foi reproduzida no interior do campo da saúde, repercutindo na proposição de políticas públicas para o setor e na histórica tensão existente entre a assistência à saúde pública e a assistência à saúde individual.

Ao mesmo tempo, nesse processo foram sendo incorporados novos atores sociais ao campo da saúde, que sofreu uma significativa ampliação. Os novos atores em jogo, nacionais e internacionais, exerceram forte pressão sobre a estruturação do sistema de saúde e sobre a formulação e execução das políticas do setor. No final da década de 90 observa-se uma mudança na condução das políticas de

saúde, marcada pela redefinição do papel das esferas governamentais e pela criação de agências reguladoras. Concomitantemente, no interior do Sistema único de Saúde nota-se o surgimento de propostas, transformadas em políticas, que objetivam assegurar os princípios do SUS alicerçados na universalidade, equidade e integralidade do atendimento como direito do cidadão. Entre essas políticas, insere-se a de humanização do SUS que pretende incidir sobre o modelo de gestão do sistema e sobre o modelo de atenção à saúde integrando gestores, trabalhadores da saúde e usuários do sistema.

O desenvolvimento das políticas de saúde nos anos 90 é um tema amplo e que abrange uma variedade de fatores, os quais não temos a pretensão discuti-los todos aqui. Neste capítulo nos deteremos nos elementos relacionados ao processo de implantação do SUS relevantes para compreender a formulação da política de humanização. Como o processo de criação do SUS foi o resultado da conjunção de forças políticas e sociais identificadas, naquele momento histórico, com uma proposta democratizante para o setor, consideramos que essas forças continuaram presentes na arena da saúde, dando continuidade à disputa em torno do modelo de atenção à saúde a ser adotado pelo SUS. Assim como a consolidação democrática e a do SUS, a adesão dos atores sociais aos valores democráticos não se dá de modo prévio. “A adesão às regras democráticas é circunstancial, contingente. Depende, sobretudo, de considerações estratégicas” (Dahal, 1997, p. 21). A vitória progressista durante o processo Constituinte de 1988 não garantiu a adesão à proposta do SUS por parte de todos os atores sociais integrantes do setor, ou por ela afetados. Esse fato, aliado ao contexto de mudanças internas e externas do país, originou uma série de entraves à implantação do SUS e à garantia do direito à saúde ao longo dos anos 90 em diante. Essas dificuldades exigiram que os atores sociais que defendiam a proposta do SUS encontrassem estratégias alternativas para sua efetivação.

2.1. A influência das organizações internacionais sobre a agenda brasileira de reformas na saúde

A influência de organismos internacionais (Fundação Rockefeller, OMS/Opas) na agenda das políticas públicas de saúde no Brasil vem ocorrendo desde o início do século passado. Nas décadas de 80 e 90, de modo especial, observa-se a crescente atuação no plano internacional do Banco Mundial, buscando orientar a formulação de políticas para a área da saúde, não só com vistas a combater a doença como forma de impulsionar o crescimento econômico, mas também com o objetivo de regular o mercado de saúde. Para Costa (1998), a propagação de conceitos na área de saúde e a elaboração de propostas realizadas pelo Banco Mundial produziram “um expressivo realinhamento dos atores e instituições da arena internacional de saúde, questionando o mandato de outros organismos que atuam no setor, especialmente do sistema OMS/OPAS” (Costa, 1998, p.129).

As orientações para o mercado de atenção à saúde, segundo Costa, “tem origem nas repercussões econômicas dos gastos incrementais do setor nas economias capitalistas centrais” (Costa, 1998, p. 128). O impacto dos gastos com saúde nas economias teria levado esses países a adotarem medidas de contenção de despesas através da adoção de uma agenda restritiva que implicou “controle orçamentário, na busca de alternativas ao cuidado hospitalar, no desestímulo à demanda por serviços médicos, consumo de medicamentos, exames complementares (...)” (Costa, 1998, p.123). Essa agenda vem sendo sistematicamente divulgada também para os países em desenvolvimento, como o Brasil, através das agências de cooperação internacional (Costa, 1998; Rizzotto, 2000). Isso produziu “uma aliança tecnocrática transnacional orientada para a racionalização do gasto mesmo para sociedades com baixo investimento *per capita* em programas de saúde” (Costa, 1998, p. 129).

No que diz respeito à implementação das políticas de saúde, pode-se identificar duas correntes nessas agências: o da saúde pública e o da economia da saúde (Carvalho, 1999).

O paradigma da saúde pública adota o princípio da equidade e o marco conceitual da epidemiologia. O paradigma da economia da saúde, os princípios da competitividade, da focalização e seletividade da ação pública e o método das ciências econômicas e administrativas. Identificam-se como principais agências de formulação desses paradigmas, respectivamente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) com suas regionais e o Banco Mundial (Carvalho, 1999, p.11).

Entre essas duas agências, pode-se dizer que, no Brasil, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi a que influenciou de modo mais significativo o setor no país. A OMS, através de sua afiliada na América Latina, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), tem forte presença no Brasil desde o século passado, difundindo conceitos em saúde pública mediante o estabelecimento de parcerias com as Escolas de Saúde Pública, com universidades e com entidades da sociedade civil, como a ABRASCO. A OPAS desempenhou papel significativo no processo de difusão de conceitos em saúde pública que deram suporte às proposições de reforma na saúde, formuladas pelos sanitaristas ligados ao movimento da reforma sanitária na década de 80. Além disso, a OPAS tem longa história de parceria com o Ministério da Saúde no empreendimento de programas de combate à dengue, febre amarela, etc.

O Banco Mundial, em 1949, fez o primeiro empréstimo ao governo brasileiro (Rizzotto, 2000). Em cinco décadas essa relação só foi interrompida duas vezes: entre 1955 e 1957 e entre 1960 e 1964. Em ambos os períodos, a interrupção estava relacionada a divergências sobre questões de ordem econômica, mas, sobretudo, como resultado das posturas nacionalistas assumidas pelos governos brasileiros (Rizzotto, 2000). Ao longo desse período, segundo Rizzotto, o Banco financiou projetos em diversos setores. Até 1967, os projetos aprovados eram exclusivamente do setor de infra-estrutura (energia, transporte e comunicação). Na década de 70 houve uma diversificação englobando os setores de energia, transporte e indústria. Nos anos 80, o setor agrícola foi o maior beneficiário do total dos empréstimos. Quanto ao setor de saúde, o primeiro acordo foi firmado em 1981 (Rizzotto, 2000). Dessa data até 1990 foram celebrados mais cinco acordos, em sua maioria, destinados à “melhoria das condições de vida”, visando ao aumento da produtividade” (Rizzotto, 2000, p. 151).

Esta perspectiva ligava-se à teoria do capital humano, que defendia a ampliação e a melhoria da qualificação e dos atributos individuais, como estratégia para elevar os níveis de emprego e renda, o que diminuiria os desequilíbrios no mercado de trabalho (Rizzoto, 2000, p.151).

Os acordos de empréstimo com maior aporte de recursos ocorreram na década de 90, quando foi retomada pelo Banco Mundial, de forma mais contundente, a discussão sobre o problema da pobreza e a necessidade de

reformas setoriais (Rizzotto, 2000), o que favorecia o investimento de recursos em projetos de países considerados em fase de desenvolvimento, como o Brasil. Esse também foi o momento em que o setor de saúde emergiu, “em nível mundial, como um mercado promissor para o investimento privado” (Rizzotto, 2000, p. 151). Aliado a esses fatores também ocorreu

A emergência e rápida disseminação de certas doenças transmissíveis, como a AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, que vem sendo tratada, pelo governo americano e, conseqüentemente pelo Banco, como uma questão de segurança nacional (Rizzotto, 2000, p. 151).

Em 1990, o diagnóstico realizado pelo Banco Mundial sobre a política de saúde no Brasil indicava a inadequação dos gastos em saúde, que “seriam excessivos” e “não atingiriam as regiões e grupos sociais mais pobres” (Costa, 1998, p. 136). O Banco criticou o modelo assistencial brasileiro, “que seria baseado no cuidado hospitalar ineficaz, na especialização do cuidado ambulatorial, na rápida incorporação de procedimentos de alta tecnologia, com pequeno gasto em prevenção” (Costa, 1998, p.136). O diagnóstico do Banco Mundial até certo ponto reforçava algumas das teses e lutas do movimento pela reforma sanitária em prol da mudança no modelo de assistência, considerado “privatista” e “excludente”. Mas, ao mesmo tempo, se afastava da proposta do movimento à medida que os reformistas viam com restrições a participação do setor privado no sistema de saúde. As proposições do Banco Mundial estavam alicerçadas na crença

De que as necessidades de cuidado clínico dos pobres podem ser totalmente contempladas com uma cesta simplificada de programas de saúde e serviços clínicos porque os agravos de maior complexidade (...) seriam típicos das camadas ricas e classes médias, ao passo que os pobres permaneceriam expostos às doenças infecciosas e parasitárias (Costa, 1998, p.138).

Essa premissa foi desmentida pelos dados epidemiológicos referentes ao quadro de morbidade, que atestaram que as doenças crônicas atingem igualmente pobres e ricos. Às recomendações feitas pelo Banco Mundial para melhorar as condições de saúde no Brasil foram feitas muitas críticas pelo Ministério da Saúde. As propostas do Banco de criação de uma cesta básica de serviços e do desenvolvimento de experiências de co-pagamento, por exemplo, foram avaliadas

pelo Ministério da Saúde (1994) como proposições que rompiam com os princípios da equidade e da universalidade (Costa, 1998).

A partir do primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, segundo Rizzotto, o Brasil expandiu o volume de empréstimos junto ao Banco Mundial, chegando a ficar entre os dez maiores prestatários do Banco (Rizzotto, 2000). Mas, foi durante o segundo governo Fernando Henrique, tendo José Serra – um economista, que já havia integrado o Ministério da Fazenda – à frente do Ministério da Saúde, que a agenda do Banco Mundial para o Brasil encontrou grande permeabilidade nos órgãos governamentais. O desempenho do Ministro da Saúde José Serra levou a que fosse escolhido, pela revista *World Link* do Fórum Econômico Mundial de Davos, para integrar o “*ministério mundial dos sonhos*”. Esse reconhecimento estava relacionado a uma atuação que agradou ao Banco Mundial, como afirmou o próprio José Serra:

Um vice-presidente do Banco Mundial, numa reunião em Washington sobre o Brasil, em abril de 2001, disse que o país era, naquele momento, o que estava empreendendo reformas mais profundas e positivas na área da Saúde, na avaliação do Banco (Serra, 2002, pg. 230).

As principais iniciativas do Ministério da Saúde, tendo José Serra como ministro, foram o combate à Dengue, à Aids e à mortalidade infantil (fez parceria com a Pastoral da Criança, da Igreja Católica), a comercialização de genéricos, a proibição da propaganda de cigarros, o programa saúde da família, a criação da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS) e a implementação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Muitos desses programas estavam alinhados às propostas do Banco para a melhoria do sistema de saúde através da qualificação dos serviços. As propostas do Banco Mundial associadas a algumas políticas de governo brasileiro na década de 90 evidenciam a convergência de interesses entre esta instituição internacional e determinados grupos e setores nacionais (Rizzotto, 2000). Essas propostas encontraram a resistência de setores mobilizados em prol dos princípios norteadores do SUS opostos à visão privatizante do Banco Mundial.

Não é possível negar a influência dessas agências na formulação das políticas de saúde no Brasil. Contudo, o país, como vimos, possui uma trajetória muito peculiar no campo da saúde, marcada pela forte presença, organização e

incidência nas políticas públicas do setor dos grupos sanitaristas. Embora agências como a OPAS tenham cumprido um papel importante na formação desses agentes, pode-se dizer que o Brasil reuniu as condições de formular sua agenda própria.

2.2. A diretriz da descentralização

A descentralização fiscal e política entrou para a agenda da redemocratização brasileira como uma reação à centralização do regime anterior (Bovo, 2000; Souza, 2002). Segundo Bovo (2000), o processo de descentralização fiscal já vinha sendo efetuado no Brasil desde 1982, “quando ocorreu a primeira eleição direta dos governadores dos Estados” e o posterior “avanço do processo de redemocratização” (Bovo, 2000, p. 233). Para o autor, naquele período já haviam sido realizadas diversas medidas de descentralização, “no contexto de uma repactuação das relações entre o governo da União e os governadores estaduais e municipais” (Bovo, 2000, p. 233). A Constituição de 1988 desempenhou importante papel na formalização e pactuação desse processo. A descentralização estava associada “à promessa de tornar os governos mais eficientes e mais acessíveis às demandas dos cidadãos locais” (Souza, 2002, p.435) e respondia ao “conjunto de demandas pelo aumento dos recursos dos Estados e Municípios, que enfrentavam uma difícil situação financeira” (Bovo, 2000, p. 21).

No início dos anos 90, a descentralização passou a direcionar a reformulação do sistema de proteção social brasileiro. Havia “uma expectativa no sentido de que a efetivação dos programas de proteção social resultaria em um avanço na direção da equidade e da justiça social” (Bovo, 2000, p. 22). Segundo Arretche (1999), nesse período, o governo federal passou a delegar aos estados e municípios uma parcela significativa das funções de gestão das políticas de saúde, habitação, saneamento básico e assistência social. Contudo, isso não significou homogeneidade. De modo geral, houve “grande variação no que diz respeito à extensão do processo de descentralização entre as diversas políticas sociais e entre os distintos estados brasileiros” (Arretche, 1999, p.135). Essa variabilidade também acompanhou o processo de descentralização da saúde, devido às grandes diferenças regionais,

demográficas, sociais, econômicas e culturais e aos interesses dos atores locais incorporados pelo processo.

Até o final dos anos 80, a política de saúde estava pulverizada entre diferentes instituições e era executada “supondo a centralização financeira e administrativa do e os programas verticais do Ministério da Saúde” (Arretche, 1999, p.112). Estados e municípios operavam como prestadores de serviço, por vezes em concorrência com os serviços privados e filantrópicos. Esse cenário foi gradativamente modificando-se à medida que foi ocorrendo o processo de descentralização. Segundo Arretche (1999), com a inauguração do Estado federativo pós-88, estados e municípios ganharam maior autonomia política. A relação entre a esfera federal e os entes federados foi significativamente modificada. O pacto entre as esferas federal, estadual e municipal tornou-se um elemento crucial. Para que o governo federal conseguisse transferir as atribuições de gestão de políticas públicas para estados e municípios, era necessário “implementar estratégias bem-sucedidas de indução para obter a adesão dos governos locais” (Arretche, 1999, p. 112). Isto porque, de acordo com Souza (2002), a descentralização não ocorreu em um vazio político-institucional. Ela promoveu novos conflitos entre diferentes atores sociais e afetou a distribuição de poder político e de bens a diferentes grupos da sociedade local e entre diferentes níveis de governo (Souza, 2002).

Assim, a diretriz da descentralização incorporou ao processo de reforma sanitária os atores sociais locais, pois a descentralização estava relacionada às questões mais abrangentes da estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais (Lecovitz, 2001). Na década de 90, verificou-se a passagem de um sistema centralizado, do ponto de vista político, administrativo e financeiro, para um modelo descentralizado, que inaugurou um cenário no qual “milhares de gestores passaram a se constituir atores fundamentais no campo da saúde” (Lecovitz, 2001, p. 270). A descentralização exerceu significativo papel no processo de democratização do setor. Os novos atores, secretários estaduais e municipais de saúde, articulados respectivamente pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), desempenharam papel determinante no processo da reforma sanitária. Exerceram pressão sobre os poderes executivo e legislativo para o cumprimento da agenda de descentralização da saúde, que se tornou um processo

irreversível no pós-88. Pode-se dizer que a descentralização foi, portanto, o “pano de fundo” sobre o qual se operaram as mudanças na política de saúde na década de 90. Concomitantemente, a descentralização transferiu a arena de disputa para os espaços regionais, conferindo maior diversidade ao sistema de saúde conforme as relações de poder locais e os interesses dos grupos hegemônicos nos municípios e estados. A descentralização também afetou a transição ocorrida no sistema de proteção social brasileiro, que, por sua vez, sofreu profundas alterações pela adoção do modelo de Seguridade Social, inaugurado pela Constituição. A seguridade reuniu formalmente os setores de saúde, previdência e assistência social num único sistema. No sistema de saúde essas mudanças expuseram as contradições e conflitos históricos entre dois modelos de atenção à saúde: público/coletivo e privado/individual.

2.3. Seguridade social e reforma sanitária

A inauguração de um sistema democrático não garante, por si só, a justiça social que, para ser alcançada, em qualquer democracia, precisa de mecanismos para sua efetivação, o que torna imprescindível o empreendimento de reformas (Weffort, 1988; Moisés, 1989). A Constituição de 1988 representou, do ponto de vista formal, um grande avanço na responsabilização do Estado pelos direitos sociais mediante a adoção do modelo de Seguridade Social influenciado pelo Modelo Beveridge (Boschetti, 2003). Dado que a seguridade social “compreende um conjunto integrado de ações, de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência social e à assistência social” (Artigo 1º da Lei de Organização e Custeio da Seguridade Social apud Balera, 2006, p. 13), a efetivação desse modelo exigia a organização de um sistema de seguridade integrando esses direitos, baseado no princípio da universalidade da cobertura e do atendimento. A Lei 8.212, de 1991, criou e estabeleceu as funções do

Conselho Nacional de Seguridade Social, ao qual competiria estabelecer as diretrizes gerais e as políticas de integração entre as áreas da saúde, da previdência social e da assistência social e a definição de proposta orçamentária para a seguridade. Entretanto, essas funções nunca chegaram a efetivar-se, pois a concretização do sistema esbarrou em inúmeros obstáculos de ordem política e econômica, relacionados à reforma do Estado iniciada no governo Collor de Mello. A Constituição havia previsto a integração orçamentária das áreas que compunham o sistema. Isso já constituía uma grande dificuldade, devido às enormes diferenças orçamentárias entre as áreas. Além disso, a economia orientava-se no sentido de reduzir os gastos sociais, o que colocava os princípios do sistema de seguridade na contramão do modelo econômico de cunho neoliberal. Outro fato a ser considerado é a história da construção do sistema de proteção social no Brasil, descrita no capítulo anterior. Graças a isso, grande parte da população que viria a ser beneficiada pelo sistema de seguridade não reconheceu os avanços que o sistema traria para a efetivação dos direitos sociais. Isso fez com que prevalecesse o interesse imediato dos segmentos sociais implicados, como os aposentados, por exemplo, que em 1994 apoiaram a decisão do Ministério da Previdência de vetar o repasse de recursos do fundo previdenciário ao setor de saúde, por mais que fossem também beneficiados pelo SUS (Costa, 1998). Em 1999, a medida provisória nº 1.799 revogou o artigo da Lei 8.212, que criava o conselho e o extinguiu. Disso decorreu que, embora a seguridade esteja estruturada como sistema, ela não possui um mecanismo real de articulação, esvaziando o conceito de sistema.

Sem a devida articulação, o sistema de seguridade resultou num emaranhado complexo, com baixo nível de conectividade entre as ações realizadas por seus componentes. Atualmente, o sistema é formalmente composto por diferentes organismos governamentais aos quais se vinculam personalidades jurídicas de direito público e de direito privado, atuando em esferas de atribuições próprias (Balera, 2006). Os Ministérios diretamente relacionados ao sistema de seguridade são o Ministério da Previdência, o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Apesar das limitações na efetivação do sistema, os princípios da seguridade orientaram grande parte das políticas sociais na década de 90. No setor saúde os princípios da seguridade foram incorporados pelos princípios do SUS. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi, como veremos, a mais abrangente política de saúde da história brasileira e, apesar das

dificuldades de implementação, significou razoável avanço para o sistema de proteção social.

2.4: O Sistema Único de Saúde

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) resultou das lutas empreendidas por entidades do setor agregadas no movimento pela reforma sanitária em prol da universalização do direito à saúde. Esse movimento atuou junto ao poder Legislativo, visando “incluir os princípios da reforma sanitária, sintetizados no relatório final da 8ª. CNS, na nova Constituição brasileira” (Pereira, 1996, s/p). O SUS substituiu o SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde), criado em 1987, que não chegou a ser implementado em todos os estados. Segundo Pereira (1996), o SUDS foi uma iniciativa de descentralização articulada dentro do Executivo por atores da ala reformista do Ministério da Previdência. Diante da eminente reestruturação do setor na Constituinte, o INAMPS usou a descentralização como uma estratégia de antecipação do que viria a ocorrer, visando à manutenção do poder que detinha na área da saúde.

A determinação constitucional da criação de um sistema único de saúde foi o resultado de vários debates, arranjos e disputas durante a Constituinte. Segundo Pereira (1996), no período de construção do capítulo constitucional sobre a saúde existiam três grandes áreas de interesse organizadas para incidir na sua formulação. A coalizão reformista reuniu os setores do movimento sanitário em uma aliança com os parlamentares progressistas do PMDB, PSDB, PT, PCB, PDT e PC do B.

Esta coalizão elegeu como sua carta de navegação as recomendações constantes do relatório final da 8ª. CNS e as resoluções da Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Além dos partidos políticos, essa aliança foi ampliada com o apoio do movimento sindical e de alguns setores do movimento popular que também defendiam as bandeiras do Sistema Único de Saúde (Pereira, 1996, s/p).

O segundo grupo era constituído pelo setor privado prestador de serviços ao setor público, representado pela Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS) e pela Federação Brasileira dos Hospitais (FBH). A FENAESS

(1983) agregava os interesses dos estabelecimentos privados com menor dependência financeira do INAMPS, bem como os donos de clínicas, laboratórios de análises e de radiodiagnóstico. Esse setor representava uma pequena parcela das unidades hospitalares brasileiras (Pereira, 1996). A FBH (1966) representava os interesses dos estabelecimentos de saúde de menor porte e com maior dependência financeira do INAMPS. Esse segmento constituía-se mais numeroso: cerca de 50% dos estabelecimentos hospitalares particulares integravam a entidade. Esse grupo defendia a livre iniciativa da produção de bens e serviços de saúde e a redução dos mecanismos de regulação do Estado, sem abrir mão dos recursos públicos. “Posicionavam-se contra a universalização do atendimento, defendendo um sistema mais seletivo, em que o setor público se responsabilizasse pela população de baixa renda” (Pereira, 1996, s/p). O setor privado estabeleceu “um forte *lobby* junto aos setores mais conservadores do PMDB, PTB, PDS e PFL ou, mais especificamente, junto aos parlamentares que vieram a constituir o denominado “Centrão” (Pereira, 1996, s/p).

Um terceiro grupo estava formado pelos setores privados autônomos em relação ao Estado, identificados como subsistema privado de atenção médica supletiva (Pereira, 1996). Embora na Constituinte esse grupo tivesse desenvolvido alianças com o setor privado prestador de serviços ao Estado, “sua grande preocupação era manter a liberdade de ação protegida de qualquer forma de regulação estatal, garantindo, dessa forma, sua total autonomia” (Pereira, 1996).

O processo de construção do capítulo constitucional sobre a saúde foi marcado pelos embates entre esses grupos. Embora grupos de usuários estivessem representados pela Coalizão reformista, que ao final saiu vitoriosa, a grande parcela da população que viria a ser beneficiada pelas medidas constitucionais esteve completamente alheia a esse processo.

O texto Constitucional de 1988 estabeleceu a saúde como um direito universal de todo cidadão brasileiro e idealizou o setor dentro da dinâmica da seguridade social. Entretanto, as políticas de saúde na época eram fragmentadas em ações e programas que possuíam pouca ou nenhuma conectividade entre si. O SUDS não havia sido implantado em todos os estados e, apesar de ter iniciado um processo de descentralização dos serviços, não havia rompido com a pregressa fragmentação do setor. De modo geral, os serviços de saúde estavam atomizados pelos diversos programas voltados à saúde pública, conduzidos pelo Ministério da

Saúde, pelo sistema de medicina previdenciária, que continuava administrado pelo INAMPS, por uma infinidade de outras ações e de programas distribuídos nos estados e municípios atendendo algumas das demandas locais e pela medicina privada, dividida entre as com e as sem fim lucrativos. A relação que municípios e estados estabeleciam com o governo federal era a de prestadores de serviços. Tampouco existiam leis capazes de dar suporte a uma política de saúde como a indicada na nova Constituição. Portanto, era necessário criar um arcabouço legal para viabilizar o novo modelo de saúde capaz de assegurar a descentralização na área, comprometendo os atores locais com o novo sistema. Nesse processo foi elaborada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas leis 8.080 (setembro de 1990) e 8.142 (dezembro de 1990). A Lei 8.080 criou o Sistema Único de Saúde e dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde através da organização dos serviços de saúde em todo o território nacional. Baseada na Constituição, estabeleceu a saúde como um direito fundamental, sendo que o dever do Estado consistiu

Na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Lei 8080, 1990, art. 2º, par. 1º).

A LOS ampliou o conceito de saúde, estabelecendo um campo de ação abrangente. Considerou entre os fatores determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais e os níveis de saúde (Lei 8080, 1990, art. 3º).

O SUS estava composto, segundo a lei, pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Lei 8080, 1990, art. 4º). A LOS estabeleceu um ponto de corte entre o público e o privado, assegurando a condução das políticas de saúde na sua totalidade ao Estado. Limitou a participação da iniciativa privada e estabeleceu sua inclusão de forma complementar ao sistema público – SUS (Lei 8080, 1990, art. 4º, par. 2º), quando as disponibilidades do SUS fossem “insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área” (art. 24). Proibiu a participação

“direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde” (Lei 8080, 1990, artg. 23) e privilegiou, na celebração de convênios, as entidades filantrópicas, afirmando que essas teriam “preferência para participar do Sistema Único de Saúde-SUS” (Lei 8080, 1990, artig. 25). Essa proposição evidencia a organização e atuação da FBH e FENAESS durante a formulação da lei, dando continuidade à articulação efetuada durante a construção do capítulo constitucional. Afora isso, a garantia da participação da rede conveniada (filantrópica ou não), de forma complementar, foi uma estratégia importante para a concretização do sistema, visto que a rede pública não possuía uma estrutura hospitalar própria com capacidade de atender a demanda da universalização do acesso aos serviços. Em 1990, existiam 409.074 leitos hospitalares privados versus 124.873 leitos públicos. Isso correspondia a 2,84 leitos privados para cada mil habitantes versus 0,87 leitos públicos para cada mil habitantes.¹⁵

Os princípios e diretrizes do SUS estabelecidos pela lei obedeciam aos princípios da seguridade social. Entre eles destacam-se: a universalidade de acesso aos serviços, a integralidade de assistência¹⁶, a preservação da autonomia das pessoas, a igualdade da assistência à saúde, o direito à informação e a participação da comunidade na gestão do sistema. Essas diretrizes balizaram a construção do SUS e representaram grande avanço na responsabilização do Estado pela saúde da população, com possibilidade de participação dos usuários. A Lei 8.080 tornou-se um marco no processo de formalização da universalidade do direito à saúde no Brasil e o ponto de partida para a formulação de políticas para o setor.

A Lei nº 8.142 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para o setor saúde. O grande avanço da lei foi a regulamentação das conferências de saúde e dos conselhos de saúde, como instâncias colegiadas do SUS, criando um mecanismo de controle social do sistema. Às Conferências cabia “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” (Lei 8142, 1990, art. 1º, § 1). Ao Conselho de Saúde competia atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da

¹⁵Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (IBGE). Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2005/e02.def> Acessado em 12/04/06.

¹⁶ Integralidade da assistência é “entendida como um 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” (Lei 8080, 1990, par 7º).

política de saúde na instância correspondente (municipal, estadual, federal) – inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Tanto nas conferências como nos conselhos foi assegurada a participação dos usuários de forma paritária junto com os representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde (Lei 8142, 1990, art. 1º, § 4). O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) tiveram garantida sua participação no Conselho Nacional de Saúde (Lei 8142, 1990, art. 1º, § 4).

A lei 8.142 também estabeleceu as fontes financiadoras do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e criou a forma de repasse fundo a fundo, estabelecendo como critérios para seu recebimento a existência do fundo municipal de saúde, do Conselho municipal, do plano de saúde, de relatórios de gestão, da contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e da Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

As leis 8.080 e 8.142 formaram a legislação básica para dar início ao processo de mudança no campo da saúde. Entretanto, não obtiveram força política suficiente para concretizar-se de imediato. Concorreu para isso a realidade do país, marcada por acentuadas diferenças regionais, políticas e econômicas, bem como um importante fator: a estrutura da saúde alocada na área previdenciária. Para criar as condições de operacionalidade da LOS, surgiram as Normas Operacionais Básicas (NOB's), que, de acordo com Lecovitz (2001), passaram a representar instrumentos fundamentais para a concretização da diretriz de descentralização, estabelecida na Constituição e na legislação do SUS.

2.4.1. O papel das NOB-SUS no processo de implantação do SUS: primeiro tempo

Em 1991, o Ministério da Saúde adotou como mecanismo regulador do processo de estadualização e municipalização das ações e serviços de saúde a edição de Normas Operacionais Básicas (NOB's). As NOB's são portarias do Ministério da Saúde que reforçaram o poder de regulamentação da direção nacional do SUS, visando a operacionalização das relações entre as esferas de governo não

previstas na LOS (Lecovitz, 2001). Possuem caráter transitório e podem ser reeditadas ou substituídas. Segundo Andrade (2002), as normas operacionais criaram condições de negociação política no processo de descentralização e construção do SUS. De 1991 até 2002, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96) e duas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS).

As NOB's e NOAS, de acordo com Teixeira (2002), inserem-se no processo de reorientação da gestão do SUS, desenvolvido durante os anos 90, período que a autora caracteriza pela existência de “um movimento pendular de descentralização/centralização, pontuado pela elaboração e implementação das Normas Operacionais Básicas” (Teixeira, 2002, p.154). O predomínio ora da tendência centralizadora, ora da descentralizadora, do ponto de vista político-institucional, corresponderia às mudanças ocorridas na correlação de forças entre grupos “municipalistas mais radicais” e grupos “federalistas”, que defendiam um papel mais predominante do governo federal na reestruturação da distribuição de poder no processo de construção do SUS (Teixeira, 2002). Isso implicaria “o debate permanente acerca da intensidade e da forma de redefinição de funções e competências entre as três esferas de governo” (Teixeira, 2002, p.154-155).

A NOB – SUS 01/91 foi a primeira norma editada, e traduzia a reação da área da medicina previdenciária, alocada no INAMPS, ao processo de descentralização proposto na LOS. A NOB – 91 foi recebida com surpresa pelos gestores municipais que acompanharam a formulação da LOS e permaneciam na expectativa de que o governo iniciasse a implementação do SUS de acordo com as diretrizes e critérios estabelecidos pelas Leis 8.080 e 8.142, principalmente no que se referia ao financiamento (Carvalho, 2001). Outro fator de estranhamento (para o próprio Ministério da Saúde) foi o fato de a NOB ter partido do INAMPS. Isso gerou o questionamento jurídico “sobre qual seria o poder do INAMPS de estar normatizando para o SUS quando isso deveria ser função do Ministério da Saúde” (Carvalho, 2001, p.201). A reação à NOB, encabeçada pelos municipalistas, fez com que fosse reeditada de imediato, após autorização do Ministério da Saúde, sofrendo outra modificação seis meses depois. A corrente municipalista do movimento pela reforma sanitária se opunha veementemente aos critérios da NOB, que, na visão desse grupo, conferia ao INAMPS a condução da política de saúde (Andrade, 2002). Além disso, apesar da NOB-91 representar um primeiro passo para a implantação do

SUS, os critérios por ela estabelecidos, com relação ao repasse de recursos aos estados e municípios, ainda estavam distantes do que dispunha a Lei 8.080¹⁷. A NOB utilizava somente o critério populacional, privilegiando as regiões que tinham maior capacidade instalada (técnica, humana e estrutural), sem considerar outros critérios identificados como importantes para uma mudança no modelo de atenção. Além disso, continuava a manter os municípios na condição de prestadores de serviço, pagando por produção de forma indiferenciada aos prestadores privados, negligenciando, assim, o papel dos gestores públicos na condução da política, conforme estava preconizado na LOS.

Em relação ao INAMPS, a Lei 8.080 determinou a transferência de toda sua estrutura para o Ministério da Saúde. Isso, contudo, não garantiu sua integração ao Ministério da Saúde. O choque entre os grupos provenientes do INAMPS, que apoiaram as propostas do setor privado durante a Constituinte, e os quadros do Ministério da Saúde, ligados ao movimento da reforma sanitária, demonstrou-se inevitável. Desde a década de 70, o movimento pela reforma sanitária acusava o governo federal de alocar recursos públicos para a iniciativa privada mediante a contratação de serviços privados, realizada pelo INAMPS. A conquista do movimento da reforma sanitária, em relação ao que denominava medicina curativa e privatista promovida pelo INAMPS, era justamente o fato de ter conseguido inserir critérios epidemiológicos para o financiamento público da saúde, o que favorecia o investimento na saúde coletiva e a “des-hospitalização” do sistema. A NOB 01/91, mesmo que tivesse avançado ao definir novos mecanismos para o repasse de recursos para prestadores públicos, privados e filantrópicos, não determinou os critérios para o recebimento do financiamento, conforme estava previsto na LOS. Isso, somado ao fato de a NOB ter-se originado no interior do INAMPS, levou a que o movimento rechaçasse a NOB-SUS 01/91 e acusasse o governo de retroceder ao centralismo federal. A partir daí o movimento da reforma sanitária passou a buscar

¹⁷Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. §1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio (Lei 8.080, 1990, art. 35).

influenciar a formulação das NOB's, que se tornaram a nova arena de luta pela implantação do SUS e cumprimento da LOS.

Em 1992 foi editada a NOB-SUS 01/92. Segundo Andrade (2002), na NOB-SUS 01/92 já se verificou o reflexo das reivindicações do movimento municipalista. Nela observou-se o avanço em relação à gestão e planificação do sistema, ao definir o conceito de integralidade e determinar o que era promoção, proteção e recuperação de saúde (Andrade, 2002). Quanto ao financiamento, o passo mais significativo dado por esta norma foi ter alocado os recursos do INAMPS para constituir o Fundo Nacional de Saúde. Havia nela claro estímulo à descentralização através do estabelecimento de alguns mecanismos de incentivo à municipalização e estadualização da saúde: o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM), Fator de estímulo à gestão estadual (FEGE) e o Pro-Saúde, que previa a participação das três esferas do governo na criação de pólos de referência macro regionais. Entretanto, no período, eles não saíram do papel (Andrade, 2002). Apesar da influência dos municipalistas na formulação da NOB-92, para Carvalho (2001), ela apenas deu continuidade a NOB-91, sem fazer-lhe maiores modificações.

Os óbices e ilegalidades maiores continuariam como continuaram intocáveis. Municipalistas chamados, como eu, a contribuir usávamos a expressão: "Estamos enfeitando a corda de enforcados". Nossa contribuição de modificação da NOB-91 para 92 foi periférica. O âmago era intocável. Digo que não pela má-fé ou falta de vontade direta dos responsáveis maiores nem da equipe. A resultante das várias forças envolvidas na época era no sentido de conter a descentralização (Carvalho, 2001, p.439).

Os critérios para que os serviços de saúde fossem considerados municipalizados continuavam os mesmos da NOB anterior, o que fazia com que a disputa em torno da elaboração da NOB prosseguisse. De acordo com Andrade (2002), em 1993, 1074 municípios, o que corresponde a 17% dos municípios brasileiros, gerenciavam seus serviços de saúde e eram considerados municipalizados por preencher os critérios estabelecidos pela NOB 01/92 para o repasse de recursos. Era uma municipalização incipiente e ainda pouco expressiva no que se refere à responsabilização dos governos locais pela saúde.

O processo de formulação da NOB-SUS 01/93 diferenciou-se dos anteriores. Foi precedido pela realização da IX Conferência Nacional de Saúde, cujo tema era "Saúde: municipalização é o caminho". O relatório da conferência cobrava maior

empenho do governo no processo de descentralização e a imediata aplicação do artigo 35 da Lei 8.080, que definia os critérios de repasse de recursos para os municípios. Segundo Andrade (2002), a IX CNS representou mais uma vitória do movimento pela reforma sanitária, conquista reforçada pela “corrente municipalista”. A capacidade de articulação e mobilização do movimento no período resultava da incorporação de novos atores sociais. O engajamento desses novos atores era o reflexo da descentralização, da ampliação dos serviços e da estruturação e atuação dos Conselhos estaduais e municipais de saúde existentes (Andrade, 2002). Segundo Escorel (1998), a diversificação ocorrida no movimento, após a aprovação da Constituição e elaboração da Lei orgânica, propiciou a incorporação de atores municipais com suas demandas locais. De modo que um conjunto significativo de dirigentes municipais apoiou a proposta da municipalização, “na medida em que ela poderia significar a canalização de recursos financeiros, sem aderir ideologicamente aos seus princípios mais gerais” (Escorel, 1998, p.193). A constatação de Escorel (1998) evidencia os primeiros sinais de limitação da descentralização, no sentido de garantir a justiça social idealizada pelo movimento da reforma sanitária e a mudança de paradigma pretendida no modelo de atenção à saúde.

O impeachment de Collor de Mello (1992) criou a expectativa de um novo avanço democrático. Nesse período assumiu a gestão da saúde um grupo técnico pertencente à corrente municipalista do movimento da reforma sanitária (Carvalho, 2001).

A IX Conferência Nacional de Saúde repercutiu a indignação nacional, bradando: Fora Collor! Com a renúncia de Collor, assumiu Itamar que entregou a Jamil Haddad o Ministério da Saúde. Os ditos “municipalistas do CONASEMS” foram convidados a ajudar na nova administração do Ministério da Saúde (Carvalho, 2001, p.439).

O Ministério da Saúde, então coordenado por um “municipalista” afinado com as propostas oriundas da IX CNS, criou em 1993 o Grupo Especial para Descentralização (GED). Esse grupo estava composto por representantes do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e de outras entidades da sociedade civil organizada (Andrade, 2002). O GED elaborou documento contendo diagnóstico da situação em que se encontrava o modelo assistencial brasileiro da época. Atribuiu a precariedade do quadro sanitário nacional ao modelo econômico adotado pelo

governo federal, marcado pela centralização dos recursos e do poder na esfera federal, pela concentração espacial das atividades produtivas mais dinâmicas da economia, pela desigualdade na distribuição de renda, pela falta de prioridade às ações destinadas a atender as necessidades básicas da população e pela perda de autonomia dos estados e municípios face ao governo federal, em consequência da dependência das transferências federais (Andrade, 2002).

O documento elaborado pelo GED serviu de subsídio para a construção da NOB-SUS 01/93, intitulada: “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. A NOB-SUS 01/93 fomentou o processo de descentralização ao conferir maior autonomia aos municípios na gestão do SUS, mediante a habilitação nos modos de gestão estabelecidos: incipiente, parcial e semipleno. Apesar disso, segundo Andrade (2002), em 1997 apenas 62,84% dos municípios brasileiros estavam enquadrados em algum modo de gestão estabelecido pela NOB-SUS 01/93. Desses municípios, 47,56% enquadravam-se como gestão incipiente, 12,3% como gestão parcial e apenas 2,89% como gestão semiplena. Isso significava que 92,7% dos municípios brasileiros continuavam na condição de prestadores de serviços de saúde (Andrade, 2002). A possibilidade dos municípios de habilitar-se à gestão semiplena representou avanço em relação ao repasse de recursos federais. A norma criou um mecanismo de repasse direto dos recursos do fundo federal de saúde para os fundos municipais dos municípios habilitados nessa condição¹⁸. Os debates gerados em torno da NOB-SUS 01/93, desde sua formulação, expuseram os limites da descentralização como meio de efetivar a mudança no modelo de atenção, de forma a atingir a integralidade e equidade na prestação dos serviços. A questão em disputa não era somente a autonomia dos municípios e o financiamento, mas também o modelo assistencial de atenção à saúde que municípios e estados viriam a adotar e, principalmente, pelos quais a União estava disposta a pagar.

A NOB – 94 não chegou a ser oficializada, permanecendo como discussão interna no Ministério da Saúde, devido aos entraves financeiros (Carvalho 2001). Em setembro de 1993, o ministro Jamil Haddad deixou o ministério, assumindo seu lugar Henrique Santillo. Santillo continuou apoiando a política de descentralização e procurou ampliar os avanços da NOB anterior em relação à distribuição dos recursos

¹⁸ Esse mecanismo foi regulado através do Decreto nº 1.232 de 30 de agosto de 1994.

federais para a saúde nos estados e municípios. O Ministério fez estudos de impacto financeiro dessa ampliação, que indicaram a necessidade de se acrescentar cerca de 30% aos recursos gastos com assistência (Carvalho, 2001).

Esse projeto da “NOB–94”, complementar e de aprofundamento da NOB–93, caracterizaria, pois, a gestão plena desejada com o não-pagar mais por produção, mas com transferência fundo a fundo de um recurso único por quociente populacional, segundo a lei. (Carvalho, 2001, p.441).

Entretanto, “quando chegou ao Ministério da Fazenda (leia-se FHC, ministro da Fazenda) para se discutir o aporte de recursos, o projeto não foi aprovado. Que saída? Não se dispunham a colocar mais nenhum tostão para a saúde” (Carvalho, 2001, p.441). Isso frustrou a estratégia municipalista e retardou o projeto descentralizador. À negativa do Ministério da Fazenda somou-se, no mesmo ano, a negativa do Ministério da Previdência, que deixou de contribuir com o Fundo Saúde, alegando a crise do sistema previdenciário.

2.4.2. Financiamento e crise: a “dança dos desesperados”

De acordo com Costa (1998), o debate sobre os custos da Previdência Social, ampliada pelo conceito de seguridade social, inaugurado com a Constituição de 1988, expôs “as contradições do subsistema de saúde organizado para uma clientela difusa com custos concentrados na população contribuinte da arrecadação previdenciária” (Costa, 1998, p.114). No início dos anos 90, foi reforçada a idéia da falência das fontes financiadoras da seguridade. O então ministro da previdência, Antônio Brito, transformou-se no maior difusor da crise da previdência ao comparar o Sistema de Seguridade Social brasileiro a “uma dança dos desesperados: Existe a saúde, existe a Previdência, existe a Assistência, são três. Mas não há três cadeiras” (MPS apud Costa, 1998, p. 118). A principal idéia difundida por Antônio Brito era a da “quebra da previdência” por ter de arcar “generosamente” com os custos da seguridade social, entre os quais os custos da saúde. Antônio Brito conseguiu que o tema entrasse na pauta da revisão constitucional, reivindicando a separação entre os recursos da previdência e da saúde (Costa, 1998).

A denominada crise previdenciária culminou com a ruptura no orçamento da seguridade social, mediante a recusa do Ministério da Previdência em continuar financiando a saúde. Isso levou o Ministério da Saúde a uma verdadeira cruzada em busca de fontes financiadoras para manter o SUS e dar continuidade à implementação de políticas de saúde. Nesse embate entraram em cena a figura emblemática de um sanitarista, Adib Jatene, representando o Ministério da Saúde, algumas entidades da sociedade civil e entidades representativas dos trabalhadores da saúde. Entretanto, de modo geral, observa-se que não houve mobilização expressiva dos usuários para defender o SUS.

As dificuldades de acesso à decisão financeira fortaleceram, no ano de 1995, a defesa, pelo ministro Adib Jatene, de uma nova fonte de recursos: a Contribuição Provisória sobre Circulação Financeira CPMF (Costa, 1996, p. 30).

De acordo com Jatene (1999), o Ministério da Saúde, em 1995, havia executado um orçamento de R\$ 14,899 bilhões. Esse valor era insuficiente para corrigir as perdas do plano real.

Tanto que nos dispusemos a batalhar para obter novos recursos, que se somassem, em 96, ao que tínhamos no orçamento de 95, corrigidos em valor real. Estimava-se aprovar a CPMF até outubro de 95, o que permitiria a arrecadação de cerca de R\$ 6 bilhões em 96. Deveríamos ficar, portanto, com R\$ 18,613 bilhões, corrigido pela inflação de 25% apurada pela Fipe, mais os R\$ 6 bilhões de arrecadação da CPMF, o que elevaria o orçamento para R\$ 24,750 bilhões (Jatene, 1999, p.60).

Isso seria suficiente, segundo Jatene (1999), para atualizar os valores de 1994 no atendimento médico ambulatorial, corrigindo as distorções existentes, "por exemplo, dos ridículos R\$ 2,40 para a consulta médica", e para ampliar o combate às endemias, como a malária e a dengue. Com esses recursos, ainda estava previsto dar início aos programas de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde. Contudo, de acordo com o ex-ministro,

Para minha surpresa, o orçamento para 96 previa R\$ 20 bilhões dos quais R\$ 6 bilhões deveriam vir da CPMF, cuja aprovação foi retardada de um ano, com início de sua arrecadação apenas em 97. Nestas condições, passamos a um orçamento de R\$ 14 bilhões em 96, inferior em valor nominal do que se gastou em 95 e insuficientes para atender minimamente às ações da saúde (Jatene, 1999, p.61).

Jatene deixou o ministério em 1996, sem ver efetivada a proposta da CPMF, que permaneceu como uma questão controversa na arena política.

Tenho a esperança de que o ministro José Serra – um economista que quando esteve no Ministério do Planejamento não se manifestava sobre a CPMF, mas se opunha à sua vinculação à Saúde – lute, agora, para que isso venha a ocorrer. Minha expectativa, e pela qual tanto me bati, é que o ministro, com um destino político pela frente, não aceitará as limitações que me foram impostas, bem como ao meu sucessor (Jatene, 1999, p.61).

A luta empreendida pelo Ministério da Saúde e por entidades do setor por recursos refletia a baixa ou inexistente mobilização do usuário do sistema em prol de seu direito de acesso à saúde. Isto decorre do fato de que a construção da proposta de reforma para a saúde foi realizada à margem da participação da população à qual se destinava. As lutas em prol do SUS continuaram sendo empreendidas pelos grupos políticos ligados ao setor, entidades e pelos trabalhadores da saúde.

2.4.3. O papel das NOB-SUS no processo de implantação do SUS: segundo tempo

Em 1996 foi editada a NOB-SUS 01/96 com o tema: “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. A NOB 96 reconhecia a contribuição das normas anteriores como iniciativas que criaram “as condições de viabilização plena do direito à saúde” (Ministério da Saúde, 1997, p.6). De acordo com o texto, a principal função da norma era a de definir “estratégias e movimentos táticos” para orientar a operacionalidade do SUS (Ministério da Saúde, 1997, p.6). A NOB – 96 tinha a finalidade de

Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32,

Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (Ministério da Saúde, 1997, p.6).

O objetivo da norma era romper com uma prática na qual os municípios desempenhavam o papel de prestadores de serviço, fazendo-os assumir a condição de gestores do sistema local de saúde, conforme previsto na LOS. Para tanto, a NOB-SUS 01/96 utilizava como mecanismo de vinculação dos municípios a habilitação no modo gestão plena da atenção básica ou no modo gestão plena do sistema municipal. Com vista a definir o papel do gestor municipal, uniformizou os conceitos de gerência e gestão¹⁹ do sistema, colocando como protagonistas do processo de implementação do SUS os secretários municipais e estaduais de saúde. Para neutralizar a influência de possíveis atores locais estabelecidos em instituições de maior porte, tanto públicas como privadas, que poderiam vir a intervir no processo de consolidação local, a NOB assegurava que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal seria, “necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder” (Ministério da Saúde, 1997, p. 8). Essas definições em relação ao papel dos gestores públicos na condução do sistema de saúde já estavam asseguradas pela Constituição e pela própria LOS, contudo não haviam ainda obtido efetividade.

Além da perspectiva de definição do papel dos gestores públicos e das relações entre as esferas governamentais, a NOB-96 incidiu sobre o modelo gestão, apresentando o que foi denominado como um “novo modelo” propulsor de “uma nova condição de participação com vínculo, mais criativa e realizadora para as pessoas”, que se desenvolveria “não-somente nas instâncias colegiadas formais – conferências e conselhos –, mas em outros espaços constituídos por atividades

¹⁹ “Assim, nesta NOB gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatorio, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal (Ministério da Saúde, 1997, p. 8).

sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento” (Ministério da Saúde, 1997, p.14).

Desde a criação do SUS, uma das disputas girava em torno do modelo assistencial. Nesse ponto, a NOB 96 representou mais uma vitória para os que defendiam um modelo de atenção voltado para a saúde coletiva. A NOB estabeleceu um acréscimo percentual ao montante do Piso de Atenção Básica (PAB) dos municípios nos quais houvesse equipes de saúde da família (PSF)²⁰ e agentes comunitários de saúde (PACS)²¹, atuando integradamente à rede municipal (Ministério da Saúde, 1997). Esses programas estavam alinhados à proposta de mudança no modelo de atenção em saúde através de uma ampliação do enfoque do modelo curativo individual, centrado na preponderância do hospital e considerado vigente na época, para um modelo de saúde preventiva, direcionado aos programas comunitários de saúde.

Segundo a NOB, o modelo vigente concentrava “sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica” (Ministério da Saúde, 1997, p.15). Tal modelo encontrava-se assentado na lógica da clínica e baseado na ética do médico, na qual a pessoa (o seu objeto) constitui o foco nuclear da atenção. Esse modelo deveria ser ampliado através da “incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes” (Ministério da Saúde, 1997, p.15). A introdução do enfoque epidemiológico traria mudanças ao modelo de atenção, atendendo “ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a *pessoa*, o meio ambiente e os *comportamentos interpessoais*” (Ministério da Saúde, 1997, p.15, grifo meu). O modelo de atenção centrado no coletivo incidiria “na qualidade de vida das pessoas e do seu meio

²⁰ Acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município; acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município. Esses acréscimos têm, como limite, 80% do valor do PAB original do município (Ministério da Saúde, 1997, p.20).

²¹ Acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município; acréscimo de 2% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município. Esses acréscimos têm, como limite, 30% do valor do PAB original do município (Ministério da Saúde, 1997, p.21).

ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias” (Ministério da Saúde, 1997, p.15).

A NOB 96 propôs a integração entre os dois modos de operar em saúde através da associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Para tanto, se fazia necessário

De um lado, a *transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde* (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde (Ministério da Saúde, 1997, p.16, grifo meu).

As demandas relacionadas à mudança no modelo de gestão e atenção, como veremos, foram incorporadas pela política de humanização do SUS desenvolvida em meados de 2000.

Apesar da ampla agenda de mudanças no sistema, proposta pela NOB-96, ela continha, de acordo com Carvalho (2001), alguns problemas que, somados à saída do Ministro Adib Jatene, resultaram na inviabilidade de sua implementação. Esses fatores criaram uma situação na qual os municípios e estados estavam impossibilitados de continuar habilitando-se pelos critérios da NOB-93, ao mesmo tempo em que não podiam habilitar-se na NOB-96 por causa de suas indefinições. “A situação drástica da descentralização era a seguinte: ninguém entra e ninguém sai. Ninguém se habilita, progride ou regride. Estágio de paralisia catatônica que persistiu por cerca de 15 meses” (Carvalho, 2001, p.442). Para que o processo de descentralização pudesse prosseguir, a NOB-SUS 01/96 foi modificada através de outras portarias, visando superar o impasse criado. O fato é que nunca chegou a ser aplicada tal como foi editada. As impossibilidades de implementação da NOB-96 não foram causadas somente pelas imprecisões técnicas ou formais. Os entraves encontrados para sua efetivação foram o resultado dos arranjos que se estabeleceram frente ao processo de descentralização e frente a uma cultura orientada pela crença de que o modelo hospitalar de atendimento deveria orientar o modelo a ser empregado em todo o sistema.

Analisando-se o processo de formulação e implementação das NOB's de 1993 e 1996, segundo Teixeira (2002), pode-se considerar que nelas houve o predomínio da vertente “municipalista” na concepção acerca da distribuição do poder

e dos mecanismos de descentralização dos recursos para os estados e municípios. Contudo, segundo o autor, o processo de operacionalização permaneceu sob controle das instâncias de gestão centralizadas, tanto no âmbito do Ministério da Saúde (MS) quanto nas secretarias de Estado. Isso explicaria a heterogeneidade de ritmos de implantação das NOBs nos vários estados do país, de acordo com a inclinação mais ou menos “municipalista” dos governos estaduais.

Em relação ao custeio do sistema, a instabilidade das fontes financiadoras gerou uma série de propostas de emendas constitucionais visando garantir recursos para a saúde. Em dezembro de 2000 foi aprovada no Senado a Emenda Constitucional 29 (EC 29), de autoria do deputado Eduardo Jorge (PT), que havia participado da elaboração do capítulo constitucional sobre a saúde, apoiando a proposta do movimento pela reforma sanitária atuando na Coalizão Reformista. A nova emenda definia um patamar mínimo de 7% das receitas municipais e estaduais a serem aplicadas em saúde e estabelecia o acréscimo de 5% sobre o montante empenhado pelo Ministério da Saúde em 1999. (Faveret, 2003). Entretanto, a EC 29 encontrou dificuldades de implantação. Naquele ano, chegando o momento de decidir o orçamento da saúde para 2001, levando-se em conta a EC 29, o Ministério da fazenda interveio e, valendo-se de uma manobra jurídica, estagnou o orçamento da saúde (Faveret, 2003).

A normatização da EC 29 só ocorreu em 2002, através da Portaria nº 2.047, que aprovou as diretrizes operacionais para sua aplicação, estabelecendo como uma das fontes de financiamento da saúde uma porcentagem mínima de recursos vinculada ao orçamento federal, estadual e municipal. Isso trouxe a possibilidade de maior autonomia aos estados e municípios no que concerne à forma de executar o gasto e de definir modelos assistenciais próprios, favorecendo a consolidação do modelo descentralizado (Faveret, 2003). Entretanto, segundo Faveret (2003), o aumento de recursos para a saúde, através da vinculação orçamentária nas três esferas governamentais, não garantiu a redução das desigualdades.

Tampouco a solução para problemas relacionados à equidade, em especial na saúde, que depende de uma complexa organização da rede e, também, de uma rede de complexas organizações, que envolve múltiplos atores e diferentes interesses (Faveret, 2003, p. 377).

Se a efetiva implementação da emenda não oferece muitas garantias ao funcionamento do sistema, seu descumprimento por parte dos governos agrava ainda mais o quadro. Atualmente, a aplicação da EC 29 não é plenamente observada. No Rio Grande do Sul, por exemplo, o governo estadual vincula apenas 5% do orçamento à saúde.

Em 2001, o Ministério da saúde, tendo como ministro José Serra, editou a primeira Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/SUS 01/01), que foi revista e publicada em 2002, encontrando-se atualmente em vigor (NOAS/SUS 01/02) (Brasil, 2003). Essas normas deram continuidade ao processo de operacionalização do SUS, dentro da mesma lógica das NOB's e, de acordo com Teixeira (2002), resultaram do prevalecimento de uma vertente "federalista", que privilegia o fortalecimento do papel das secretarias estaduais de saúde.

No sentido de coordenar um processo de organização de sistemas microrregionais de saúde, agregando pequenos municípios em torno de municípios "pólos", os quais devem ter condições de assumir a Gestão Plena do sistema municipal (Teixeira, 2002, p.155).

O processo inaugurado com as NOAS, segundo Teixeira (2002), pode ser considerado de re-centralização, visto que estimula o fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde na coordenação de um processo regionalizador da assistência, que "implica na organização de sistemas microrregionais de saúde, com os quais se busca superar a 'excessiva' descentralização da gestão ocorrida no momento anterior" (Teixeira, 2002, p.154).

As NOB's e NOAS desempenharam significativo papel na redistribuição de poder e de funções, referentes à responsabilidade do Estado em relação ao direito à saúde. De modo geral, a descentralização trouxe melhorias para o setor, que obteve avanços nas condições de saúde da população. Ao longo da década de 90, pode-se observar, segundo Lecovitz (2001), o aumento da participação dos municípios no financiamento da saúde através incremento da sua capacidade gestora e o gradual aumento das transferências automáticas de recursos federais para estados e municípios, que resultou na expansão da oferta de serviços públicos de saúde em âmbito municipal. Além disso, o estabelecimento das Comissões Intergestores (CITs e CIBs) abriu espaço de articulação entre as esferas de governo, contribuindo para uma maior racionalidade no sistema. Na saúde básica, a criação e expansão das

estratégias de agentes comunitários de saúde (PACS) e do programa de saúde da família (PSF) estendeu a rede de cuidados básicos a uma grande parcela da população, que permanecia sem assistência. A implantação dos conselhos de saúde, estaduais e municipais, abriu a possibilidade de participação dos usuários no sistema, favorecendo o fortalecimento da democracia (Lecovitz, 2001).

2.5. O SUS de “cara nova”: o usuário cidadão.

A década de 90 foi o palco das mais significativas mudanças no setor de saúde no Brasil. O processo de expansão do sistema de proteção social, calcado no modelo de seguridade social, foi favorecido pela descentralização. O processo de implantação do SUS foi matizado pela influência das agências internacionais, pela reforma econômica do Estado e pela integração de novos atores sociais locais. Se os anos 90 lograram vencer, em grande parte, o desafio da universalização e expansão dos serviços de saúde, através do processo de descentralização, isso se demonstrou insuficiente para promover uma mudança no modelo de atenção à saúde conforme estabelecido na LOS. Ao longo dos anos 80 e parte dos 90, havia a crença de que a descentralização resolveria os problemas da equidade e da integralidade concernentes ao direito à saúde. Entretanto, ficou demonstrado que os avanços efetivos no sistema estão relacionados a outros aspectos relevantes para sua consolidação, como: “o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo e a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos” (Lecovitz, 2001, p. 272). No Rio Grande do Sul, de modo especial, observa-se a dificuldade de integrar a rede médico-hospitalar de natureza filantrópica ao Sistema Único de Saúde, como veremos.

No início deste século, segundo Lecovitz (2001), algumas dificuldades para a efetivação do SUS continuaram afetando a garantia do direito à saúde: a) a soma dos recursos para o setor era insuficiente para atender a crescente demanda; b) o problema da qualidade e da capacidade resolutiva da atenção em saúde, nos diversos serviços do SUS; c) a dificuldade de contratação de profissionais, em vista dos poucos recursos disponíveis, e da pressão exercida pela reforma do estado que

induziu à redução de gastos com pessoal, aliada à desigual distribuição dos recursos humanos pelo território nacional; d) a dificuldade de efetivação do controle social através dos conselhos de saúde, que funcionaram de forma bastante variável nas diversas unidades da federação (Lecovitz, 2001). De modo especial, a questão da qualidade dos serviços prestados requeria uma mudança no modelo de gestão, que, segundo Teixeira (2002),

Exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população usuária dos serviços (Teixeira, 2002, p.157).

No final dos anos 90, observa-se o crescimento no volume de propostas de mudança no modelo de atenção do SUS, que passaram a integrar a política de saúde. Daí surgem expressões tais como: “SUS de cara nova”, “O SUS que dá certo”, associadas a uma perspectiva de mudança no sistema. Grande parte dessas propostas visa à melhoria do atendimento, à qualificação dos recursos humanos, à melhoria nas condições de trabalho dos trabalhadores da saúde, a inclusão do usuário como cidadão e a retomada do princípio norteador da integralidade da assistência. Nessa perspectiva, as avaliações sobre o sistema de saúde realizadas por organismos internacionais, como o Banco Mundial, pelo CONASS e pelo próprio Ministério da Saúde, ajudaram a identificar as principais deficiências do SUS. Pesquisas de satisfação do usuário que vêm sendo realizadas, tanto em âmbito nacional como em âmbito local, contribuem para incluir a ótica do usuário e fomentar propostas de mudança no modelo de gestão e atenção. Essas iniciativas têm se multiplicado e contribuído de forma bastante diversificada para o processo de melhoria do sistema público de saúde. De modo especial, algumas políticas de gestão implementadas em governos locais de São Paulo por atores sociais vinculados ao movimento da reforma sanitária serviram de base para elaboração de um projeto de mudança no modelo de atenção do SUS. O novo modelo de atenção à saúde, chamado por seus proponentes de “modelo em defesa da vida” serviu de substrato para elaboração da política nacional de humanização.

III. POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E NO RS

A humanização como política pública é uma iniciativa recente e está relacionada ao processo de construção do Sistema Único de Saúde. A política nacional de humanização e outras iniciativas anteriores são matizadas pelo modo como seus proponentes concebem o papel do Estado na condução da política de saúde. Isso nos remete de imediato aos modelos de atenção e gestão do sistema que balizam a participação dos diversos atores que integram o setor saúde no Brasil. A disputa em torno desses modelos vem sendo travada no campo da saúde há pelo menos um século, como se evidenciou no processo de construção do direito à saúde no Brasil, descrito nos capítulos anteriores. Observa-se que a política nacional de humanização, pelas suas proposições e características, identifica-se com o projeto sanitaria de saúde. Esse projeto compreende a centralidade do papel que o Estado deve ter na gestão e condução das políticas de saúde, a participação dos usuários, exercendo o controle social sobre a política e ação estatal, a co-gestão de trabalhadores e usuários e um modelo de atenção que prima pela integralidade do sistema, com ênfase na atenção básica.

Neste capítulo analisaremos a construção das mais significativas propostas relacionadas à humanização para o sistema de saúde no Brasil e, de modo especial, no Rio Grande do Sul. A implementação de um programa de humanização dos serviços hospitalares públicos, como iniciativa do governo federal, teve início em 2000, com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Esse programa visava conferir melhor qualidade ao atendimento dos usuários na rede hospitalar do SUS e denunciava uma prática de saúde baseada na “fragmentação do sujeito” durante o processo de assistência hospitalar. O tema da humanização também já havia sido tratado pelas Conferências de Saúde realizadas em 2000, cujo tema era “Efetivando o SUS. Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. No Rio Grande do Sul, as resoluções sobre a humanização, emanadas da III Conferência Estadual de Saúde (CES), estavam inseridas no bloco dedicado à integralidade da atenção.

Valorizar o ser humano de forma integral, conscientizando usuários, prestadores de serviços e governo de seus respectivos papéis na

garantia da eficiência e da humanização do atendimento à saúde (Rio Grande do Sul, 2000).

Observa-se que, tanto no relatório da XI CNS como no relatório final da III CES, a humanização não está relacionada somente aos hospitais, mas de forma abrangente a todo o sistema.

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH – HumanizaSUS), sendo extinto o PNHAH. A PNH retomou o escopo abrangente com o qual o tema havia sido tratado nas Conferências de Saúde, rompendo com a verticalidade que caracterizava o PNHAH. No mesmo ano, o Estado do Rio Grande do Sul lançou a Política de Humanização da Assistência (PHAS/RS – HumanizaSaúde), sendo o único Estado a elaborar uma política estadual própria de humanização da saúde. PNHAH, PNH e PHAS/RS constituem-se nas mais expressivas iniciativas voltadas para a humanização da saúde no Rio Grande do Sul. Entretanto, guardam diferenças importantes entre si que afetam de modo distinto o modelo de atenção à saúde no estado.

3.1. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Esse programa estava voltado para a rede pública hospitalar e objetivava “aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade” (Ministério da Saúde, 2000). Segundo Eduardo Mendes Ribeiro, na época consultor do Ministério da Saúde para o Programa de Humanização, o PNHAH visava contribuir para a “implementação do que já estava preconizado nas normativas do Sistema Único de Saúde no texto Constitucional”²².

O principal elemento motivador da elaboração do PNHAH foi um levantamento realizado no final dos anos 90, visando avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) junto à população usuária, que constatou um “número significativo de queixas (...) referentes aos maus tratos nos hospitais”

²² Entrevista concedida à pesquisadora em 10/04/06, Porto Alegre.

(Ministério da Saúde, 2000, p. 2). O Ministério da Saúde criou um Comitê Técnico composto por profissionais ligados à área da saúde mental com a missão de elaborar um programa de humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. Essa equipe elaborou um projeto-piloto, que foi implementado em alguns hospitais distribuídos em várias regiões do país. O projeto propôs uma metodologia que previa a sensibilização dos gestores e funcionários, composição de um grupo de trabalho de humanização (GTH), levantamento de ações de cunho humanizador, elaboração de um plano de ação e avaliação das ações realizadas. Esse processo durou cerca de cinco meses e gerou um relatório sobre as possibilidades de implementação de um programa dessa natureza, servindo de base para a elaboração do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). De acordo com o relatório, existia “um terreno fértil” nas instituições para o desenvolvimento de uma nova cultura de atendimento à saúde. Esta nova cultura, segundo o relatório, refletia o “desejo, por parte das organizações de saúde e dos usuários, de um novo modo de ser e fazer nos serviços de saúde pautados no respeito à vida humana” (Ministério da Saúde, 2000).

Em 2000, ano de lançamento do PNHAH, realizou-se a XI Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, em que a questão da humanização foi tratada a partir da perspectiva do trabalhador da saúde. O relatório final afirma:

A discussão realizada nesta 11ª CNS sobre a Atenção à Saúde e a gestão do SUS destaca a necessidade de humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde e de ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutiva de cada tratamento. A falta de recursos materiais contribui para a diminuição da qualidade dos serviços prestados. E, se a humanização dos processos de trabalho no SUS depende, em parte, de questões como afinidade com o trabalho, também depende das condições de trabalho a que o trabalhador está submetido (Conferência Nacional de Saúde, 2001, p.21).

Embora a XI Conferência reconhecesse a necessidade da humanização do cuidado prestado aos usuários, acentuava as precárias condições em que se efetuava esse cuidado, evidenciando que por mais que o usuário identificasse como problema do Sistema as questões de ordem subjetiva e relacionais, também eram

problemáticas as questões relativas à precarização material do SUS observada na precariedade das alocações, na sobrecarga de trabalho devido à escassez dos recursos humanos e no baixo investimento na qualificação desses profissionais. No relatório da III CES, conferência estadual preparatória à conferência nacional, a humanização já é tomada como um eixo de articulação do sistema.

Fortalecer as equipes de atenção à saúde com incentivos financeiros para que assumam o planejamento, a gestão e a avaliação das unidades locais, colocando como eixo central a integralidade das ações com acolhimento, resolutividade, vínculo, humanização dos serviços e participação popular (Rio Grande do Sul, 2000, p. 41).

As discussões travadas nas Conferências e as resoluções delas emanadas contribuíram para, posteriormente, ampliar o escopo do PNHAH.

Em 2000, o Hospital Conceição foi o primeiro hospital no Rio grande do Sul a integrar o Programa de Humanização como hospital-piloto junto a outros nove hospitais do Brasil. Em 2001, essa rede foi ampliada para 96 hospitais no país, sendo 10 no Rio Grande do Sul. Em 2002, a rede se estendeu a 500 hospitais em todo o Brasil e 27 no Rio Grande do Sul. O PNHAH enfrentou uma série de dificuldades na sua implementação. O Ministro da Saúde, José Serra, reconheceu ao final de seu mandato que o Programa não tinha alcançado seus objetivos, afirmando que a humanização

É um programa importantíssimo, mas que vai se disseminar por círculos concêntricos, pouco a pouco. Vai dar certo, mas nós ainda não passamos de 200, 300 hospitais e são 6.500 na rede do SUS. Não deu para fazer com a velocidade que eu pretendia (SERRA, 2002, p. 252).

Segundo Eduardo Mendes Ribeiro, que acompanhou o processo de implementação do PNHAH, o Ministério da Saúde incorreu em alguns equívocos na concepção do Programa. Um deles foi “criar esse programa na mesma lógica dos programas verticalizados”²³. O PNHAH não estabeleceu conexão com outras ações desenvolvidas pelo Ministério que tinham afinidades com sua proposta ou que eram complementares a ele, como, por exemplo, o Programa de Humanização do Parto e o Programa de Acreditação Hospitalar. A melhor integração das ações de saúde,

²³ Eduardo Mendes Ribeiro, entrevista concedida à pesquisadora em 10/04/06, Porto Alegre.

rompendo com a verticalidade dos programas, já era uma reivindicação dos trabalhadores da saúde nas conferências.

Exigir dos gestores do SUS responsabilidade solidária pela atenção integral à saúde, ofertando serviços resolutivos de qualidade e capazes de atender integralmente aos usuários, intensificando atividades de cunho coletivo, priorizando a prevenção e a promoção segundo o perfil epidemiológico de cada local e contemplando os interesses da população, sem imposição de programas verticalizados (Rio Grande do Sul, 2000, p. 41)

O PNHAH, além de ser mais um programa verticalizado, não atendia à questão da integralidade da assistência, pois estava direcionado somente ao segmento hospitalar. O SUS foi criado para operar como sistema. O hospital representa apenas uma parte da rede, então, “não tem como melhorar a atenção hospitalar se não estiver trabalhando sua relação com a atenção básica, com os serviços especializados, com controle social e assim por diante”.²⁴

Outra limitação do programa era o fato de estar reduzido à questão do atendimento focal sem considerar a necessidade de incidir sobre aspectos fundamentais para a melhoria dos serviços de saúde prestados pelo SUS. Haja vista que atentar para a produção de saúde e para a gestão de processos de trabalho eram aspectos importantíssimos para o sucesso do PNHAH, mas que foram negligenciados em vista do enfoque no atendimento hospitalar.

Houve ainda um quarto fator de cunho político-estratégico que concorreu para que o Programa enfrentasse dificuldade para ser implementado nos hospitais. Segundo Eduardo Mendes Ribeiro, a maneira que o Ministério da Saúde encontrou para coordenar o Programa a partir de fora do Ministério dificultou muito sua articulação e implementação. O Ministério contratou uma organização não-governamental, a “Casa” de São Paulo, para coordenar o PNHAH. Se “já era um problema ter essa lógica de programa pelo seu baixo índice de conexão com as outras atividades do Ministério, mais ainda fica se tirá-lo de dentro do Ministério”²⁵. Isso ajudou a isolar o PNHAH, que ficou sem o apoio das outras áreas do Ministério, não sendo objeto de discussão nas câmaras técnicas, aumentando sua dificuldade de articulação interna.

²⁴ Idem.

²⁵ Entrevista concedida à pesquisadora em 10/04/06, Porto Alegre.

Essas dificuldades foram gerando uma inquietação nas instituições ligadas ao programa, bem como na sua coordenação. De acordo com o consultor do Ministério da Saúde, durante a implementação do PNHAH em 2001 e 2002 já existiam críticas ao Programa. A seu ver, não foi possível ampliar o programa no período devido a obstáculos internos resultantes da prevalência de metodologias não sistêmicas que dificultavam a articulação do PNHAH no interior do Ministério da Saúde.

Havia esses tensionamentos. Quer dizer, dependeria de como esse jogo de forças evoluísse nas relações dentro do Ministério da saúde. Isso dependeria de quem estivesse ocupando os cargos chave, nas secretarias do Ministério. Se quem estivesse fossem pessoas que mantivessem uma lógica mais tradicional e segmentada. O PNHAH iria continuar exatamente como estava, só sendo criados mais grupos de trabalho, em mais hospitais, mas dentro da mesma metodologia.²⁶

Isso evidencia que, apesar das mobilizações dos usuários e trabalhadores através das conferências de saúde, as resoluções emanadas desses canais democráticos de participação não encontraram, então, permeabilidade nas estruturas administrativas responsáveis pela condução da política de saúde. Outro aspecto observado em relação ao PNHAH é sua característica de política de governo, esmorecendo diante das mudanças ocorridas a partir das eleições de 2002.

As dificuldades do programa, a mudança dos dirigentes do governo federal e a insatisfação com relação a abrangência da política restrita aos hospitais acarretaram a extinção do PNHAH no plano federal. Entretanto, apesar das limitações, o Programa teve o mérito de dar início a um processo de valorização dos trabalhadores da saúde e usuários. No Rio Grande do Sul, segundo o coordenador da Política de Humanização da Assistência à Saúde, também existia uma inquietação com relação ao PNHAH. “Criou-se uma grande polêmica – e a gente era crítico disso – sob dois focos. Primeiro: ‘Precisa humanização só nos hospitais?’ Essa era a pergunta. E a outra era: ‘*Programa?* Programa pressupõe início e fim. E se discutiu muito isso’.²⁷

Quando houve a mudança das lideranças dos governos federal e estadual em 2003, o PNHAH já estava desgastado pelas dificuldades de implementação. A

²⁶ Entrevista concedida à pesquisadora em 10/04/06, Porto Alegre.

²⁷ Décio Angnes, Coordenador Estadual da Política de Humanização, entrevista concedida à pesquisadora em 08/05/06, Porto Alegre.

mudança de governo constituiu a oportunidade para que alguns dos atores que participavam da execução do PNHAH e que eram favoráveis a uma maior abrangência da humanização no SUS ocupassem cargos elevados no Ministério da Saúde e na Secretaria Estadual de Saúde gaúcha, reforçando a proposta de criar uma política de humanização. Segundo o coordenador da Política de Humanização da Assistência à Saúde no RS, as discussões feitas nos GTHs existentes e no próprio Ministério da Saúde a partir da experiência do PNHAH sinalizavam a possibilidade de tornar a humanização uma política nacional. A mudança no governo criou as condições políticas para que isso ocorresse. No RS, apesar da elevada probabilidade do governo federal criar uma política nacional de humanização, a secretaria de saúde optou por criar uma política estadual de humanização. Segundo Angnes, “mais ou menos de forma simultânea nasceu, tanto no Ministério quanto na Secretaria do Estado, a Política de Humanização com o objetivo de perpassar todo o Sistema de Saúde, rompendo com a lógica de programa verticalizado”²⁸. Contudo, essas políticas guardam diferenças significativas, como veremos a seguir.

3.2. Em busca da “mudança em saúde” e a construção da PNH

Após a regulamentação do SUS, no início da década de 90, muitos dos atores que estiveram empenhados na luta pela criação do sistema ocupando cargos nas diversas esferas governamentais defrontaram-se com significativas dificuldades de implementação do SUS. Essas dificuldades tornaram-se objeto de reflexão de um grupo de sanitaristas que as relacionou à crise no modelo de atenção à saúde decorrente do próprio modelo vigente. Nesse modelo, de acordo com Merhy (1997), o usuário, individual ou coletivo, era “um mero objeto depositário de problemas de saúde”, que só poderiam ser reconhecidos pelos saberes que o modelo legitimasse, fossem eles “vindos da clínica ou da epidemiologia” (Merhy, 1997, p. 117). Esses atores consideravam importante combater esse modelo identificado a um “projeto liberal-privatista” da saúde (Merhy, 1997, p. 122).

²⁸ Entrevista concedida à pesquisadora, Porto Alegre, 08/05/ 2006.

Assim advogamos que, além de reivindicarmos e lutarmos para a solução dos problemas estruturados, devemos iniciar já, de posse de todas as tecnologias softs possíveis, aliadas àquelas outras de que já dispomos, a construção de um cotidiano nas nossas instituições de saúde que se expressa em uma *nova relação de compromisso entre usuários e trabalhadores de saúde e na constituição de uma nova forma de gerir o processo institucional* (Merhy, 1997, p. 125, grifo meu).

Em 1992, Emerson Merhy²⁹, médico sanitário, iniciou um trabalho junto à Secretaria Municipal de Ipatinga (MG), visando à construção de uma nova estrutura de direção da secretaria para favorecer a participação dos trabalhadores da saúde e usuários na gestão do sistema. Para que esse processo de intervenção nos serviços e busca de novas formas de direção fosse efetiva, eles deveriam basear-se, segundo Merhy (1997), na construção de ações que levassem a uma transformação concreta dos problemas que haviam sido constatados (verticalização das decisões, excesso de burocracia, morosidade, baixa qualidade das ações, filas, baixa resolatividade).

Foi assim que adquiriu sentido a busca de uma nova maneira de se gerir o cotidiano das unidades, baseada no exercício de uma autonomia das equipes locais, para a construção de uma nova forma de se trabalhar em saúde. *Por isso, tomou-se como problema-guia a questão da humanização da relação instituição/usuário ao nível global da rede, destacando-se a problemática referente à maneira de como a rede realizava, cotidianamente, a garantia do acesso e do acolhimento* (Merhy, 1997, 130, grifo meu).

Nesse ponto, parece ter sido cunhado um conceito de humanização da saúde como parte integrante de um projeto político para o setor que, mais tarde, serviu de substrato para a criação da política nacional.

A humanização do processo de trabalho tornou-se elemento constitutivo do eixo que se adotou no processo de intervenção. Esta humanização passa pela construção de um processo de gestão do trabalho, que permite o exercício da autonomia do trabalhador, sob o enfoque do controle público, viabilizado a partir de um contrato entre os interessados (Merhy, 1997, p. 130)

Trabalhadores, gestores e usuários, segundo Merhy (1997), passariam a articular-se “em arenas institucionais que se transformam em espaços públicos de

²⁹ Fundador do Centro Brasileiro de estudos em Saúde (CEBES), da Revista Saúde em Debate e do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp.

gestão” que permitiriam “tratar, de um modo coletivo, os diferentes interesses em jogo” (Merhy, 1997, p. 130). Nesse processo foram sendo elaborados “dispositivos”, consideradas tecnologias *soft* (acolhimento, vínculo, resolutividade, gestão coletiva), e criados indicadores de monitoramento. Esses mesmos dispositivos, renovados, ampliados e disseminados ao longo de quinze anos – tempo que corresponde do início dessas experiências à proposição da humanização como política nacional –, foram incorporados à PNH, formando o lastro para um projeto amplo de renovação do modelo de gestão e atenção do SUS.

Em 2003, observa-se uma mudança na condução da política de saúde. Com a chegada à presidência da República de um governo de centro-esquerda houve a tendência de valorizar os canais diretos de participação nas diversas esferas do governo. No que se refere à humanização, o Ministério da Saúde promoveu encontros em forma de oficinas regionais e nacionais que favoreceram o processo de mobilização de parte dos trabalhadores e usuários em prol de uma política de humanização. Nessas oficinas foram formuladas as diretrizes para a política nacional de humanização. Desse processo resultou o documento oficial da PNH, que definiu a humanização como a “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde”. Essa valorização implica a abertura ao princípio democrático da participação. Entre os princípios norteadores da política está a “valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão” (Brasil, 2004a, p. 17). O documento evidencia que o que pauta a proposta de humanização do SUS é o princípio do direito à saúde com qualidade. A qualidade aqui não está reduzida ao bom atendimento e cordialidade, mas ao conjunto de condições que possibilitam ao usuário ter assegurado o acesso ao sistema de saúde como um direito fundamental e ter seus problemas de saúde atendidos com grau satisfatório de resolução.

A PNH tornou-se uma das bandeiras de luta de diversos atores sociais, não só em vista da melhoria da qualidade dos serviços do Sistema Único de Saúde, mas também de “defesa” desse sistema através da divulgação do “SUS que dá certo”. As diretrizes propostas pela política apresentam linhas de continuidade com a luta pela construção do SUS e do direito à saúde no Brasil empreendida pelo movimento da reforma sanitária. Isso fica evidenciado no documento oficial da política, no qual a palavra “direito” emerge como “conquista” e processo em andamento: “‘A saúde é um direito de todos e um dever do Estado’. Esta é uma conquista do povo brasileiro.

Toda conquista é, entretanto, resultado e início de um outro processo”, e ainda: “muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde” (Brasil, 2004a, p. 7). De fato, o SUS é para uma grande parcela da população o único meio de acessar serviços de saúde. Significou grande avanço no reconhecimento dos direitos sociais, se considerarmos que em períodos anteriores o direito à saúde era um benefício do “cidadão regulado”.

O termo “Cidadania regulada” foi cunhado por Wanderley dos Santos (1998) ao analisar o processo histórico de expansão dos direitos sociais no país:

Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. (Santos, 1998, p. 103)

De acordo com o autor, foi a partir dos anos trinta que o Estado, diante das dificuldades de implementação do liberalismo econômico no Brasil, passa a regular as políticas sociais. Contudo, a interferência estatal é bem delineada pelos interesses dos grupos políticos e econômicos hegemônicos. Na lógica de uma cidadania regulada pelo Estado, seriam considerados cidadãos “todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações *reconhecidas e definidas em lei*” (Santos, 1998, p.103). A extensão da cidadania se faria “via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade” (Santos, 1998, p. 103). O *status* de cidadania estaria relacionado ao lugar que o “cidadão” ocupa na cadeia produtiva. Os pré-cidadãos seriam aqueles que estariam à margem da regulamentação, integrando a cadeia produtiva na economia informal (Santos, 1998).

Contudo, apesar do incontestável avanço no que refere à cidadania, o SUS não foi suficiente para assegurar os benefícios previstos na Constituição e na LOS. O documento da PNH, na sua introdução, ao fazer um breve balanço dos 15 anos de existência do Sistema Único de Saúde, aponta para as dificuldades do sistema em assegurar esse direito. Afirma que, apesar dos avanços quanto à descentralização dos serviços “visando à integralidade, à universalidade e aumento

da equidade” ocorridos desde a criação do SUS, existem “novas questões que demandam outras respostas”, “problemas que persistem sem solução”, o que indica “a urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos”. Indica a existência de graves lacunas no direito de acesso aos serviços de saúde relacionadas às “profundas desigualdades socioeconômicas” (Brasil, 2004a, p.7).

A atenção às condições de trabalho dos trabalhadores da área da saúde evidencia-se no documento e repercute a reação dos trabalhadores da saúde à precarização das condições de trabalho no SUS. O modelo de atenção do SUS seria marcado por “fragmentação no processo de trabalho”, “esgarçamento das relações entre os diferentes profissionais”, “precária interação nas equipes”, “burocratização”, “processos verticalizados”, “baixo investimento na qualificação dos trabalhadores voltada para a gestão participativa e trabalho em equipe” e “desrespeito aos direitos dos usuários” (Brasil, 2004a, p.13). A denúncia da existência de processos de fragmentação, esgarçamento, burocratização e verticalização presentes nas relações de trabalho e no atendimento aos usuários expõe o conflito entre os modelos de atenção e gestão.

O “trabalhador” aparece no documento como um ator desprestigiado, despreparado e desapropriado do seu processo de trabalho. De acordo com o documento, existe uma desvalorização dos trabalhadores da saúde expressa pela “precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários”. Enfatiza o “despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe”. “Centralizados e verticais”, os modelos de gestão do SUS levam à desapropriação do “trabalhador de seu próprio processo de trabalho” (Brasil, 2004a, p.8).

O documento aponta como solução para o SUS a efetivação de mudanças no modelo de atenção à saúde e no modelo de gestão. Propõe o rompimento com um modelo de atenção que manteve significativa hegemonia, principalmente nas instituições hospitalares. A mudança no modelo de atenção seria feita por uma “Política de humanização da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde – SUS: HumanizaSUS”, “*Um SUS humanizado*”, mediante maior aproximação do principal objetivo do SUS de assegurar à população o direito à saúde com qualidade e o direito de usuários e trabalhadores da saúde de participar em tal processo. A transformação nesses modelos, de acordo com a política, implicaria no

aumento da “co-responsabilidade dos trabalhadores da saúde quanto à produção de saúde e de sujeitos”, na promoção de uma “mudança de cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho”, na democratização da gestão através da “troca e construção de saberes”, no “diálogo entre profissionais”, no “trabalho em equipe”, na “consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde”. Em suma, um “SUS de cara nova”. Entretanto, de acordo com o documento, isso não significaria tomar uma abstração como ponto de partida para a construção da política.

A PNH não é para nós um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos poder tornar concreto. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo. Para nós, então, o HumanizaSUS se apresenta como uma política *construída a partir de experiências concretas* que identificamos e queremos multiplicar (Brasil, 2004, p.4, Grifo meu).

As propostas de mudança no modelo de gestão e atenção do SUS contidas na PNH são resultado da sistematização de iniciativas e ações realizadas por atores sociais no decorrer do processo de implementação do SUS. Esses atores, que estiveram engajados no movimento pela reforma sanitária na década de 80 e após a formalização do SUS na década de 90, empenharam-se em buscar espaços para implementar iniciativas que enfatizavam “a necessidade de assegurar acesso e atenção integral à população, e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas” (Santos-Filho, 2006, p.2). A política almeja uma mudança na forma de gestão e atenção do SUS, visando melhorar a qualidade do atendimento e promover a participação cidadã, integrando “gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS” (Brasil, 2004b, p. 4).

Uma mudança nesses modelos, porém, implica a disputa com outros atores sociais. De acordo com Adail Rollo, coordenador da PNH, na área da saúde existem hoje diferentes atores sociais com significativo poder que influenciam as políticas de saúde. A seu ver, um dos grandes atores é o parque produtivo da saúde.

Hoje a indústria de equipamentos e produção de insumo são grandes corporações internacionais com uma capacidade de atuação e nível de conhecimento, com capacidade organizativa e capacidade de induzir consumo. É um setor que vem se fortalecendo no geral. A indústria de equipamentos que é um braço da indústria bélica.

Poderosíssima. A indústria de medicamentos que é um braço do pólo petroquímico. São atores muito fortes e de muito peso³⁰.

Esses grupos, segundo Rollo, põem em risco a sustentabilidade do sistema público de saúde, pois acabam consumindo muito dos seus recursos. Um outro ator relevante, segundo o coordenador da PNH, seriam os governos (federal, estadual, municipal e das instituições). Esses atores,

No geral tem a força do povo no seu encaixo. É um ator que, no geral, tem o propósito de se legitimar perante a população a partir da atuação na saúde. Ele define orçamento, decide quando se contrata e como se contrata, define política salarial, define política de capacitação. É um ator relevante no campo da saúde (...)³¹.

Os profissionais da saúde, por meio de suas corporações (sindicatos de trabalhadores, conselhos federal e regional de medicina e de enfermagem) de medicina, constituem outro importante ator que “atua nesse espaço em função dos seus interesses, propósitos e objetivos”. Contudo, para Adail Rollo, nesse campo de conflitos, o usuário é o ator mais fragilizado. Ele “tem ocupado espaço, tem feito expressão, mas tem pouco poder do ponto de vista da capacidade de definir normatização, definir modelo de atenção. É um ator importante, mas que ainda não tem atuado com peso nessa disputa”. O capital financeiro seria outro ator de muita expressão, não só no Brasil, mas no mundo inteiro. Na saúde está representado pelo seguro saúde: ‘pagamento antecipado’. Esse ator, de acordo com Rollo, “tem inclusive poder de inserção em mídia, de eleição de deputados...” e tem muito interesse no campo da saúde. Ele joga para o Sistema Único de Saúde não funcionar. Por que quanto mais efetivo for o Sistema Único de Saúde, menos clientes ele vai ter. É muito efetivo na conquista de seus objetivos e propósitos³².

Para Adail Rollo, “saber lidar com o conflito e travar conflito, produzindo vida e civilização, desenvolvimento social político e societário é um dos grandes desafios

³⁰ Adail Rolo. “Humanização e os conflitos do SUS”. In II Seminário Estadual da Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS. 7 e 8 de novembro de 2006. Porto Alegre – RS.

³¹ Adail Rolo. “Humanização e os conflitos do SUS”. In II Seminário Estadual da Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS. 7 e 8 de novembro de 2006. Porto Alegre – RS.

³² Adail Rolo. “Humanização e os conflitos do SUS”. In II Seminário Estadual da Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS. 7 e 8 de novembro de 2006. Porto Alegre – RS.

que a Política Nacional de Humanização coloca”³³. Observa-se que no RS existe muito conflito em torno do modelo de atenção, como veremos no próximo capítulo.

3.3. “O dia em que o SUS visitou o cidadão”: dispositivos da PNH para pôr em curso a mudança em saúde

Desde 2004, o Ministério da Saúde edita uma série de cartilhas baseadas no que considera experiências concretas de efetivação do SUS. Essas cartilhas têm a função de multiplicar e “disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde” (Brasil, 2004b, p.5) e operam como ferramentas para promover mudanças nos modelos de atenção e gestão. Um desses subsídios foi elaborado em forma de cordel e evidencia elementos relevantes relacionados à proposta de valorização do usuário e de sua participação cidadã, tratada no cordel como definição de papéis na gestão do SUS: “Esta é uma boa história/ Digna de um cordel/ Trata de quando o SUS/ E um usuário fiel/ Resolveram discutir:/ Cada um o seu papel” (Brasil, 2004c, p.5).

A PNH propõe, para efetivar uma gestão mais participativa, dois “dispositivos”. O primeiro está relacionado à organização do “espaço coletivo de gestão”, para permitir “o acordo entre desejos e interesses tanto dos usuários, quanto dos trabalhadores e gestores” (Brasil, 2004e, p. 9). Cita como exemplos dessa organização a celebração de contrato de gestão com variadas instâncias gestoras do sistema, a formação de colegiados e o incentivo à participação nos conselhos de saúde e conferências. Entretanto, observa-se que essa mediação entre trabalhadores e instituição é normalmente realizada pelos sindicatos das diferentes categorias da área, principalmente quando existe precariedade nas condições de trabalho. Um exemplo do poder que esse ator coletivo exerce pode ser observado num relato do coordenador do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Segundo ele, nas negociações efetuadas durante o período de crise

³³ Adail Rolo. “Humanização e os conflitos do SUS”. In II Seminário Estadual da Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS. 7 e 8 de novembro de 2006. Porto Alegre – RS.

financeira de um hospital, a Secretaria Municipal de Saúde chamou para negociar o sindicato em detrimento da participação do controle social³⁴.

O segundo dispositivo proposto pela PNH diz respeito aos mecanismos para garantir a participação no cotidiano das unidades de saúde, como a adoção da “visita aberta e direito ao acompanhante nas consultas e internações”, “o estabelecimento de horários abertos para a interação da equipe de referência e gerência com a rede sócio-familiar do usuário” e o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) (Brasil, 2004e, p.12). Com base nesses dispositivos, foram elaboradas algumas propostas ou tecnologias *soft* que oferecem modos de implementar a humanização.

Uma das primeiras propostas da PNH refere-se ao acolhimento dos usuários: “João sempre reclamou/ Da fila e do atendimento/ Sempre que precisou/ Sentia um ressentimento/ De nunca ser recebido/ Conforme o merecimento” (Brasil, 2004, p.5). A situação descrita pelo personagem integra o cotidiano de milhões de usuários do SUS, diante da precariedade das condições de acesso e atendimento. Como contraponto a isso, a PNH propõe o “acolhimento”, que pressupõe “a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade” (Brasil, 2004b, p. 5). Os desafios que se colocam frente a essa proposta são, segundo a PNH (Brasil, 2004b), a ampliação do acesso dos usuários aos serviços, sem, contudo, sobrecarregar as equipes e prejudicar a qualidade das ações, a superação da prática tradicional, “centrada na exclusividade da dimensão biológica”, a definição do papel de cada integrante da equipe de saúde, considerando as relações de poder e a proposta de acolhimento da população (Brasil, 2004b, p.18). A proposta de acolhimento opõe-se à cultura vigente, principalmente nas instituições hospitalares, de operar como uma “linha de montagem” de uma fábrica. A expressão “linha de montagem” foi usada pelo coordenador do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, ao relatar sua experiência pessoal de internação hospitalar:

Eles viram que a peça estava consertada e passaram para próxima. Nunca trabalhei numa fábrica, mas imagino que seja assim. Existe alguém responsável pelo controle de qualidade. Essa pessoa verifica

³⁴Oscar Baniz, coordenador do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, entrevista concedida à pesquisadora no dia 15/12/06, Porto Alegre.

a peça no fim da linha de montagem e dá seu parecer rapidamente. Estando tudo bem, passa para a próxima.³⁵

O ritmo de “linha de montagem” que muitos usuários constataam nos atendimentos e internações hospitalares resulta muitas vezes da formação do profissional da saúde, centrada no aspecto biológico da doença, conduta reforçada por um modelo de produção de saúde baseado na quantidade de procedimentos. Entretanto, é possível constatar que um mesmo médico, por exemplo, que trabalhe no SUS e em seu consultório particular adote comportamentos diferentes em relação aos pacientes. O mesmo pode ocorrer com um enfermeiro que mantenha um emprego em um hospital público e outro em um hospital particular. O acolhimento não supõe apenas tratar bem o usuário, mas que a garantia da integralidade da assistência que irá receber.

A melhoria do ambiente das unidades de saúde do SUS é outro dispositivo que integra o conjunto de propostas da PNH. A ambiência refere-se “ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (Brasil, 2006a, p.5). A qualificação do ambiente supõe repensar o espaço físico de modo a favorecer as interações que nele ocorrem. Entretanto, uma reformulação exigiria o investimento na recuperação e reorganização desses espaços. A realidade prevaiente, em especial nos hospitais, está bastante distante disso: instalações precárias, falta de materiais e dificuldade de obtenção de recursos para a manutenção da estrutura física.

O direito do usuário de receber visitas no hospital sem um horário rigidamente pré-estabelecido e de ser acompanhado por alguém de sua rede social durante consultas, internações e procedimentos é outro fator de humanização indicado pela PNH: “Quando você se internar/ Tem direito de escolher/ Quem vai lhe acompanhar/ Se parente ou se amigo/ Ninguém pode reclamar” (Brasil, 2004c, p.9). A presença de um acompanhante durante a internação ajuda o paciente a manter os laços sociais e, com isso, contribui para sua recuperação. Entretanto, no contexto hospitalar, a visita e a presença do acompanhante são vistas “como elementos que obstruem o trabalho do hospital, um ‘peso’ a mais, uma demanda que precisa ser contida”. Somado a isso, falta uma estrutura física adequada e “elementos humanos

³⁵Oscar Baniz, coordenador do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, entrevista concedida à pesquisadora no dia 15/12/06. Porto Alegre.

destinados ao acolhimento dos visitantes e dos acompanhantes”, além de prevalecer a “dificuldade de compreensão da função do visitante e do acompanhante na reabilitação do doente” (Brasil, 2004d, p.6,7). Sendo os hospitais modernos organizações altamente especializadas, prevalecendo nesse meio um tipo de saber técnico-científico, o acompanhante acaba por exercer um papel figurativo. A organização dos serviços no hospital, ajustado ao número de procedimentos a serem realizados em períodos determinados de tempo, não favorece a interação da equipe com o acompanhante, que tende a permanecer como expectador dos eventos que rodeiam o leito do paciente. Outro fator a ser considerado nesse ponto é a faixa de renda da grande maioria dos usuários do SUS e sua rede de apoio familiar que indica um baixo poder aquisitivo. Questões que podem parecer banais, como ter de pagar uma refeição ou locomover-se até o hospital podem ser influenciadas por esse aspecto.

Em “Gestão Participativa: co-gestão”, a PNH reconhece os esforços empreendidos em prol da democratização e da descentralização no SUS, através do estabelecimento dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. Contudo, considera que “quando se analisa o envolvimento dos trabalhadores de saúde e usuários no dia-a-dia das unidades de atenção do SUS, percebe-se que a participação ainda é muito pequena”. Entre os fatores aos quais pode-se atribuir o baixo índice de participação do usuário está o “excesso de burocracia do sistema de saúde” (Brasil, 2004e, p.5). A implantação de ouvidorias constitui um dos mecanismos indicados pela PNH para contornar as dificuldades de participação do usuário na gestão de organizações de saúde burocratizadas: “Tem um jeito muito fácil/ De todo mundo ajudar/ Através da Ouvidoria/ Você vai me procurar/ E se ela não existe/ Vai pedir para criar/ (Brasil, 2004, p.7).

A criação e o funcionamento de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) constituem outra proposta da qual a política lança mão, visando atender o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos (Brasil, 2006b, p.5). A participação nos GTHs, segundo a cartilha, seria aberta a todos os atores interessados em “discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários” (Brasil, 2006b, p.5).

Todos podem participar desses grupos: trabalhadores de saúde, técnicos, funcionários, gestores, coordenadores e *usuários*, ou seja, todos aqueles que estejam implicados na construção de propostas para promover as ações humanizadoras que aprimorem a rede de atenção em saúde, as inter-relações das equipes e a democratização institucional nas unidades de prestação de serviço ou nos órgãos das várias instâncias do SUS (Brasil, 2006, p.6, grifo nosso).

Nas reuniões do GTH, em princípio, todos os participantes seriam igualmente considerados, independentemente das funções que exercem. Sua função de elaboração de propostas é comparada, na cartilha, à função de “um motor que ‘faz pensar’, que ‘faz propor’, em cada serviço, em cada instância gestora, qual é o SUS de todos e para todos que queremos construir” (Brasil, 2006b, p.15).

O GTH é uma proposta inovadora para o sistema à medida que abre aos atores envolvidos no cotidiano dos serviços de saúde, inclusive ao usuário, a possibilidade de participação na gestão, como indica o cordel: “É no grupo de trabalho/ Que você tem que entrar/ E a sua opinião/ Lá você vai mostrar/ E quando ver um problema/ A solução vai buscar” (Brasil, 2004c, p. 8). Algumas questões tratadas por Friedberg (1993) sobre a ação humana nas organizações nos ajudam a identificar alguns dos possíveis limites e possibilidades dessa proposta. A ação humana, de acordo com Friedberg (1993), “não pode ser pensada fora dos constrangimentos e oportunidades que seu contexto de ação fornece aos indivíduos” (Friedberg, 1993, p. 52). Assim, a participação dos indivíduos em um GTH é afetada pelos constrangimentos e oportunidades que se apresentam em cada contexto com suas peculiaridades. O porte, o perfil do usuário, a natureza do hospital (público, confessional, privado) etc, são fatores que influenciam na adesão do grupo aos objetivos da política e/ou da instituição com relação à humanização. Em relação aos objetivos, Friedberg (1993) chama nossa atenção ao fato de que a ação humana numa organização,

Não se resume aos objetivos que adota ou julga perseguir. Deixa também espaço a coincidências, ao acaso e à descoberta. Sem esquecer que outros mecanismos podem igualmente explicar as escolhas humanas: estas podem ser também fruto da tradição (‘faço isso porque isso sempre foi feito assim’), da fé ou da norma (‘faço isso porque isso se faz assim, e ponto final!’), ou da intuição (‘faço isso porque sinto que deve ser feito assim!’) (Friedberg, p.51).

Os comportamentos dos indivíduos, segundo Friedberg, são o resultado da interação de sua socialização “com as características do contexto de ação e com os

constrangimentos e oportunidades que fornecem aos indivíduos” (Friedberg, 1993, p. 53). Se for estabelecido que o modo de adesão ao grupo de trabalho acontecerá de forma espontânea, é possível que aconteçam variadas situações: podem engajar-se pessoas com interesses diversos daqueles da política, atraídas pelas vantagens que eventualmente poderão obter para si ou para o setor que representam ou ainda para a categoria profissional à qual pertencem (técnicos de enfermagem, médico, higienizador, gestor, etc). Poderão ainda ser atraídas para o grupo pessoas que se identificam com uma proposta humanizante a partir de um ponto específico, seja religioso, político, etc. Isso faria com que as propostas formuladas pelo grupo traduzissem, ao menos em parte, essas perspectivas. Um grupo que compartilhe uma perspectiva religiosa, por exemplo, tenderia a propor ações para efetuar uma eficaz assistência espiritual aos usuários do serviço. Um grupo identificado com uma perspectiva mais política poderia propor o repasse mais eficaz por parte dos órgãos governamentais de recursos para a melhoria dos serviços. Entretanto, no que se refere à intencionalidade dos comportamentos humanos, de acordo com Friedberg (1993),

Os indivíduos só raramente têm preferências ou objetivos claros. Sobretudo, nem sempre têm o tempo de calcular a sua conduta em função dessas preferências. São obrigados a remediar rapidamente as situações, o que os pode levar a considerarem as finalidades da sua ação em pleno caminho, a inventar ou descobrir outras, a ‘racionalizar’ a sua ação. É pois ilusório considerar o comportamento humano como sendo sempre refletido, ou seja mediatizado por um cálculo a partir de objetivos fixados à partida (Friedberg, 1993, p 53).

Outra questão que se coloca é sobre a forma de composição do grupo. Se for estabelecido que a participação no grupo será feita pela administração, escolhendo representantes dos diversos grupos e setores do serviço, isso pode gerar outro tipo de situação. Os escolhidos poderão sentir-se constrangidos a participar e tenderão a adequar-se às expectativas do gestor, alinhando as propostas do grupo a essas expectativas. Isso afetaria o objetivo da política de integrar trabalhadores e usuários na gestão dos serviços de forma eqüitativa aos gestores. Por outro lado, o inverso também poderia ocorrer. O gestor poderia, por ter iniciado o processo, sentir-se comprometido em atender as demandas do grupo. Isso não significa dizer que as propostas emanadas de um GTH e afetadas pelas diversas situações citadas, ao final, não possam atingir o objetivo de melhorar a qualidade no atendimento.

Contudo, quer apontar para o fato de que a simples constituição do grupo e a formulação de propostas não necessariamente implicam a adesão aos princípios que norteiam a política, principalmente à referente ao reconhecimento do status de cidadania do usuário.

A implantação da PNH através da adoção desses dispositivos vem ocorrendo de forma bastante heterogênea nos estados e municípios. De forma geral, as propostas contidas nas cartilhas funcionam como “ofertas” do Ministério da Saúde, para que estados e municípios iniciem a implementação da política adequando-as a suas necessidades locais. Recentemente, o Ministério da Saúde incluiu no *site* do HumanizaSus um espaço para divulgação de projetos, no qual podem ser visualizadas iniciativas realizadas de acordo com as diretrizes da PNH. O “Banco de Projetos”, intitulado “Boas Práticas de Humanização na Atenção e na Gestão do Sistema Único de Saúde”, tem por objetivo “divulgar experiências bem sucedidas, as quais constituem retratos do SUS que dá certo” (Ministério da Saúde, 2006). No dizer do cordel,

João então respondeu/ Eu tô gostando de ver/ E o SUS lhe disse:
tem mais/ Melhor ainda vai ser/ Se equipes e usuários/ Tentarem se
conhecer/ Pra findar essa conversa/ Agora preste atenção/ Todas
essas mudanças/ E as outras que virão/ Tem um nome bem bonito/
É a humanização (Brasil, 2006, p.10).

Em 2005, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ/ENSP) deu início a um curso de “Apoiadores da PNH” com o escopo de criar um meio de interação e articulação entre os trabalhadores da saúde, a academia e a gestão nacional da PNH “a fim de construir soluções plausíveis para os problemas de saúde vivenciados pelos sujeitos que se encontram inseridos em movimentos e processos de mudança” (Paulon e Elahel, 2006, p.121). No RS o grupo que integrou o projeto deu início a um “Observatório de práticas da PNH” que, de acordo com Paulon (2006), “apresenta-se como um campo de intervenção desse coletivo para ajudar a pensar a implementação da PNH no contexto do compromisso brasileiro de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e de suas metas na área da saúde” (Paulon e Elahel, 2006, p. 130).

A implementação dos dispositivos da PNH no Rio Grande do Sul não ocorre de forma homogênea. Observa-se que esses dispositivos contêm propostas mais

abrangentes de mudança em relação às aquelas estabelecidas nos parâmetros da política estadual de humanização. De modo geral, os dispositivos da PNH estão sendo implementados nos hospitais federais e nos campos de atuação desses atores que integram o grupo de apoiadores da PNH no RS.

3.4. A Política de Humanização da Assistência à Saúde no RS

A Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS/RS) foi lançada no Rio Grande do Sul em 2003, estabelecendo características próprias de organização e implementação. Suas principais bases institucionais são a Escola de Saúde Pública do Estado, os hospitais que aderiram à política através do Programa Parceria Resolve, a Secretaria Estadual de Saúde e algumas das Coordenadorias Regionais de Saúde, que articulam o Comitê Regional.

A PHAS/RS, conforme seu texto base, pretende fomentar a transformação das práticas e da cultura de saúde, baseada na constatação de que existem demandas subjetivas não atendidas dos usuários e trabalhadores da saúde (Rio Grande do Sul, 2005). Essas demandas foram traduzidas pelos formuladores da política como necessidade de resgatar o princípio do SUS de integralidade³⁶ do atendimento e respeito aos direitos dos usuários. Para tanto, propõe a superação de práticas profissionais que privilegiam a dimensão biológica da doença e que estão identificadas com uma abordagem predominantemente técnica do atendimento. Propõe uma prática que considere os fatores psicológicos e sociais implicados no adoecer e que fazem parte do cuidado à saúde. Para tal superação, indica o que considera “um novo pacto entre os sujeitos”, co-responsabilizando todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde, visando “consolidar o SUS como direito universal à saúde com qualidade” (Rio Grande do Sul, 2005, p. 6, 9).

A Política de Humanização da Assistência à Saúde do Rio Grande do Sul vem sendo organizada pelos gestores municipais e por trabalhadores da área da saúde no estado e integra o processo de construção do direito à saúde no Brasil do

³⁶ Integralidade é um dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS). “Garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, não excluindo nenhuma doença” (Brasil, 2004, p.48).

Sistema Único de Saúde (SUS). A PHAS/RS está formalmente organizada de forma hierarquizada por Comitês Estadual, Regional e Municipal. O Comitê Estadual é composto por membros do Conselho Estadual de Saúde (CES), da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA), da Escola de Saúde Pública (ESP), do Departamento de Coordenação das Regionais (DCR), do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA) e do Ministério da Saúde (MS). O Comitê Regional é formado pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), Hospitais Referenciais, Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA) e pelo Conselho Regional de Saúde. O Comitê Municipal é integrado pela Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Prestadores de Serviço (representante dos hospitais, representante da rede básica). Nas instituições hospitalares foram instituídos os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), compostos por representantes da direção, das chefias, dos serviços/setores, da área médica, dos técnico-científicos e do pessoal de apoio.

A coordenação da política é de responsabilidade da Escola de Saúde Pública do Estado, que é referência para o desenvolvimento dos recursos humanos para o Sistema de Saúde Público do Rio Grande do Sul. Em consonância com o discurso de que é preciso investir na formação do trabalhador de saúde para que ele possa adotar uma prática voltada à integralidade da assistência, a Escola de Saúde Pública, estrategicamente, incluiu o tema da humanização no currículo de seus cursos técnicos e de pós-graduação.

Conforme nos informou Maria Isabel Bellini, membro do Comitê Estadual de Humanização, em 2004 foi empregada a estratégia, num primeiro momento, de trabalhar junto às instituições hospitalares. Essa opção se deveu ao fato de que haveria eleições municipais e, conseqüentemente, mudança nos gestores municipais de saúde.

Em 2004, era um ano de eleição municipal, os gestores municipais iriam mudar. Necessariamente e infelizmente, talvez, no Brasil sempre que tem eleição os gestores mudam. Dentro dos hospitais não muda. Geralmente permanecem os mesmos, o diretor do hospital continua o mesmo, enfim, as chefias continuam as mesmas. Então, se investiu nos hospitais, na capacitação desses profissionais, na sensibilização deles (...) ³⁷.

³⁷ Entrevista concedida à pesquisadora em 18/05/06, Porto Alegre.

Em 2006, a coordenação estadual da PHAS/RS começou a trabalhar com os comitês municipais, investindo na implementação da política na rede básica de saúde. Observa-se que esse trabalho não ocorre de forma homogênea. Alguns GTH e comitês regionais e municipais, por exemplo, existem apenas formalmente. Outra estratégia utilizada pelo Estado na implementação da política é promover a articulação dos trabalhadores em encontros e seminários locais e regionais. No I Seminário Regional de Humanização, promovido pela 2ª Coordenadoria Regional de Saúde e realizado no município de Três Coroas/RS, houve elevada participação dos secretários de saúde municipais da região e dos gestores dos hospitais e trabalhadores da saúde da rede básica (médicos, enfermeiros, técnicos e agentes de saúde). Estiveram presentes também o prefeito municipal e alguns vereadores da região. Além dos seminários regionais, ocorreu no final de 2006 o II Seminário Estadual em Porto Alegre, reunindo gestores municipais e hospitalares de todo o estado. Contudo, observa-se que esses eventos não favorecem a troca de experiências e a participação ativa dos participantes na avaliação e proposição das estratégias de implementação da política no estado.

Em relação à rede hospitalar, desde 2003 a humanização está atrelada à Política Estadual de Inserção dos Hospitais nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dentro dos sistemas municipais, microregionais, regionais e macroregionais: Programa Parceria Resolve. Este programa, coordenado pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS) através do Departamento dos hospitais (DAHA), transfere recursos do governo estadual para os hospitais do SUS ou a ele conveniados, mediante celebração de contrato. O contrato é renovado anualmente mediante avaliação da secretaria de saúde. O programa foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde (CNS) e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (anexo 1). O programa “Parceria Resolve” surgiu da reestruturação do Programa Saúde Solidária implementado pelo governo Olívio Dutra. Esse programa foi criado para atender reivindicação das entidades: Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde, Associação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde, Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA), Federação dos Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS). Essas entidades reivindicavam o repasse de recursos complementares do estado às instituições hospitalares para ajudar a suprir a defasagem da tabela de pagamentos do SUS.

Nas eleições de 2002 e 2006, essas entidades reuniram os candidatos a governador do estado para que tomassem conhecimento dos problemas do setor e, se eleitos, se comprometessem em dar prosseguimento ao programa. Segundo nos informou Elizabeth Simões, funcionária do DAHA, essas entidades têm grande poder de pressão. “Eles derrubam um governo, se quiserem”. “A pressão é insuportável”. Quando Germano Rigotto foi eleito, ele extinguiu o antigo programa e criou o programa “Parceria Resolve”, mas manteve o repasse de recursos para a rede hospitalar. Em 2004, dos R\$ 25.792.564,46 a serem repassados aos 313 hospitais vinculados ao SUS, o governo estadual destinou R\$ 11.705.064,70 aos hospitais filantrópicos, R\$ 5.500.000,00 aos hospitais públicos, R\$ 2.016.000,00 aos Convênios (Unidades mistas), R\$ 1.995.000,00 ao incentivo para a abertura de leitos psiquiátricos e R\$ 3.276.499,76 para o atendimento de gestantes de alto risco. Contudo, em outubro de 2005, o Sindicato dos Hospitais Beneficentes Religiosos e Filantrópicos (Sindiberf) e a Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos solicitaram uma reunião com a Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Câmara Estadual para denunciar o não pagamento da última parcela do programa “Parceria Resolve” de 2004. “Depois de tanta mobilização o governador Rigotto, num grande esforço, pagou grande parte do ‘Parceria Resolve’ e autorizou o IPE a fazer um pagamento diferenciado aos hospitais no mês de dezembro” (Assembléia Legislativa, 2005, p. 1).

Segundo Elizabeth Simões, a decisão de inserir a humanização como um dos critérios do programa partiu da própria secretaria de saúde. “Foi um apoio político à Escola de Saúde Pública”, que tem a responsabilidade de conduzir a política de humanização no Estado. Um dos itens presentes no contrato do “Parceria Resolve” é “Implantar Programa de Humanização do atendimento ao usuário do SUS, sob orientação da Escola de saúde Pública/ SES”. As metas do programa estão relacionadas à capacidade instalada de cada instituição, variando entre baixa, média e alta complexidade. O desenvolvimento de ações direcionado à humanização do hospital equivale a 10% do valor a ser repassado à instituição. Entretanto, observa-se que a estratégia de conseguir a adesão dos hospitais à PHAS/RS pelo programa Parceria Resolve vê-se limitada pela dificuldade do governo de honrar os repasses financeiros.

A elaboração de uma política estadual de saúde parece estar relacionada à peculiaridade do sistema público de saúde no Rio Grande do Sul. O PNHAH era um

programa do Governo FHC e, com a eleição de Lula, havia grande probabilidade de que fosse extinto. A peculiaridade da política Estadual reside no seu movimento de continuidade ao PNHAH, fato que não ocorreu com a PNH, do Governo Lula. Uma das evidências disso é que alguns dos trechos e até mesmo os parâmetros da PHAS/RS são reproduções *ipsis verbis* do Manual do PNHAH. No entanto, a PHAS/RS guarda uma relação formal com as diretrizes da Política Nacional de Humanização.

No Rio Grande do Sul, a Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS) da Secretaria do Estado da Saúde, *em consonância com as diretrizes da PNH*, propõe a superação de práticas profissionais que tratam de corpos ou conjunto de sintomas secundarizando a subjetividade dos usuários (Rio Grande do Sul, 2005, p. 5. Grifo nosso)

Comparando-se o documento da PHAS/RS com os documentos da PNH no que se refere a seus objetivos e parâmetros, percebe-se que a política estadual minimiza ou desconsidera dispositivos significativos para uma efetiva mudança no modelo de atenção e gestão. Isso deve à diferenciada trajetória de construção dessas políticas e às peculiaridades do sistema público de saúde no RS. Entretanto, a PNH e PHAS/RS têm mobilizado atores sociais da área da saúde com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços do SUS no RS.

O processo de implementação dessas políticas não é homogêneo e está matizado pelos diferentes interesses dos atores e dos grupos que compõem a área da saúde, tanto em nível nacional como regional e local. Os conflitos que vêm ocorrendo na área da saúde no Rio Grande do Sul estão relacionados à política de humanização, na medida em que ocorrem em torno dos modelos de atenção a serem adotados no estado e no Brasil.

IV. “Do Manpituba pra baixo”

A referência ao Rio Manpituba foi feita pelo coordenador da PHAS/RS durante o I Seminário de Humanização do município de Três Coroas – RS ao referir-se ao fato de no Rio Grande do Sul ter sido criada uma política própria de humanização.

No decorrer do dia, nós vamos estar construindo aqui uma política que é para nós mesmos. É por isso que o Rio Grande do Sul é pioneiro em algumas ações. Aliás, dizem que do Manpituba pra baixo a cada nova ação, a cada nova política nós fizemos uma nova revolução farroupilha³⁸.

Essa referência indica as peculiaridades da história da construção do direito à saúde no Rio Grande do Sul em relação aos demais estados do país. No Rio Grande do Sul, no período anterior à criação do SUS, havia significativa preponderância da rede hospitalar como principal porta de acesso aos serviços de saúde. Isso corresponde a um modelo de atenção que compreende que o hospital deve ocupar um lugar hierarquicamente superior aos demais serviços de saúde. De modo geral, esse modelo também orientou a construção da medicina previdenciária. O modelo SUS foi elaborado sobre outro paradigma: medicina preventiva.

Ao longo dos anos de implementação do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul foi crescendo a tensão entre dois modelos de atenção distintos, gerando conflitos e disputas entre os diferentes atores do setor a cada nova política formulada para consolidar o SUS. As propostas de mudança contidas na PHAS/RS referentes ao modelo de atenção possuem uma pequena efetividade. Isso se deve em parte à fragilidade dos parâmetros estabelecidos pela política, que são amplos e não incluem meios efetivos de acompanhamento das ações realizadas. Nesse capítulo, analisaremos esse conflito em torno do modelo de atenção à saúde e as ações que vêm sendo implementadas pela PHAS/RS.

4.1. O SUS no RS: atores e conflitos

³⁸ Décio Angnes. Coordenador da PHAS/RS. I Seminário de Humanização de Três Coroas, RS.

Em 2006 acirrou-se a discussão sobre a 'crise das instituições hospitalares' no Estado. A denúncia da crise vem sendo sistematicamente feita junto ao governo estadual e federal por entidades representantes dos hospitais filantrópicos do Rio Grande do Sul com o apoio da Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Câmara estadual. Recentemente, formalizou-se um movimento denominado "Mais Saúde para os Hospitais", articulado pela Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul em conjunto com outras entidades representativas do setor: Sindicato dos Hospitais Beneficentes e Religiosos Filantrópicos do Estado do Rio Grande do Sul, Sindicato Médico, Federação dos Estabelecimentos dos Trabalhadores em Serviço de Saúde e outros 27 sindicatos filiados. Em dezembro de 2006, esse movimento solicitou mais uma audiência pública junto à Comissão de Saúde e Meio Ambiente do Estado para tratar a 'crise do setor saúde', devido "ao agravamento dos problemas das instituições hospitalares, preocupando profissionais da saúde e a população gaúcha (...) que sofre as conseqüências do fechamento dos hospitais"³⁹.

Na audiência fizeram-se presentes diversos atores sociais do setor de saúde no Estado. O Rio Grande do Sul possui uma peculiaridade em relação aos demais estados do país: a rede hospitalar de natureza filantrópica é responsável pela maior parte da cobertura médico-hospitalar do Estado. Esse argumento foi usado para justificar a necessidade de investimento de recursos nessas instituições como forma de garantir a efetividade do SUS.

O Rio Grande do Sul, com relação aos demais Estados brasileiros, é uma exceção. Aqui, o setor filantrópico e os hospitais lucrativos respondem por 75% da capacidade assistencial do Rio Grande do Sul. O setor público, nos demais Estados, tem a preponderância. Portanto, o Rio Grande do Sul trata-se efetivamente de uma exceção. Aqui, os hospitais públicos respondem, no máximo, por 25% da capacidade assistencial-hospitalar do Estado. Logo, estamos falando de um conjunto de prestadores de serviços essenciais para o Sistema Único de Saúde. Diria mais, vitais. Sem eles, não teríamos assistência médico-hospitalar na dimensão que o SUS estabelece como pré-requisitos.⁴⁰

³⁹ Comissão de Meio Ambiente e Saúde da Câmara Estadual dos Deputados do Rio Grande do Sul. Audiência Pública, Porto Alegre, 20 de dezembro de 2006.

⁴⁰ Júlio Dorneles Mattos, Presidente da Federação das Santas Casas e hospitais Filantrópicos do RS. Audiência Pública sobre a Crise dos Hospitais, 20/12/06, Porto Alegre.

Embora o discurso do movimento enfatizasse a crise da saúde e seus participantes fizessem o esforço de referir-se ao sistema, ficou evidente tratar-se de uma crise dos hospitais filantrópicos no estado.

Nosso objetivo no dia de hoje é trazer ao conhecimento público a realidade em que estão inseridos a rede complementar do Sistema de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e os profissionais que neles atuam. O objetivo do Movimento: Assegurar a sobrevivência do sistema de assistência médico-hospitalar pública no Estado, com foco na qualidade e acesso aos serviços oferecidos, equilíbrio econômico-financeiro, mercado e condições de trabalho⁴¹.

De acordo com a promotoria pública do estado, a maioria dos hospitais filantrópicos foi criada quando o Estado não provia assistência médico-hospitalar à população que estava fora do mercado formal de trabalho⁴². A partir de 1988, quando o SUS foi criado e a rede básica de assistência começou a ser implementada de forma descentralizada e como porta de entrada para o atendimento no sistema, muitos desses hospitais que atendiam essas demandas passaram a enfrentar dificuldades financeiras para se manter.

Outro argumento usado pela liderança do movimento frisa que os hospitais filantrópicos estão inseridos em pequenos municípios, sendo de 'vital' importância para essas comunidades, além de representarem a fonte de sustento para muitas famílias.

Ao se falar em rede filantrópica: são 239 hospitais situados no RS como um todo, sendo que em 220 municípios trata-se do único hospital daquele local. Nela trabalham 55 mil trabalhadores que mantêm uma amplitude familiar de sustentabilidade econômico-financeira em torno de 170 mil pessoas integradas a esses trabalhadores. Logo, a importância social também relevante com relação a esse aspecto⁴³.

Esse argumento foi reforçado pelo Sr. Milton Kempfer, Presidente da Federação dos Empregados em Serviços de Saúde do Rio Grande do Sul,

Nossa categoria é formada na maioria por mulheres e hoje a mulher

⁴¹ Júlio Dorneles Mattos, Presidente da Federação das Santas Casas e hospitais Filantrópicos do RS. Audiência Pública sobre a Crise dos Hospitais, 20/12/06, Porto Alegre.

⁴² Mauro Silva, promotor público do estado, entrevista concedida à pesquisadora, Porto Alegre, 27 de dezembro de 2006.

⁴³ Júlio Dorneles Mattos, Presidente da Federação das Santas Casas e hospitais Filantrópicos do RS. Audiência Pública sobre a Crise dos Hospitais, 20/12/06, Porto Alegre.

exerce a atividade de sustentar a família. Imaginem o que é chegarmos em casa no final do mês e dizer que não recebemos o salário, portanto não temos como comprar comida, como pagar o aluguel, a luz, a água. Em alguns casos absurdos em que o casal trabalha nos hospitais e em um determinado momento da vida precisam mandar os filhos para casa de parentes, amigos, porque não têm como os sustentar.

Embora a maioria desses hospitais não tenha condições de se manter financeiramente sem a contratação de seus serviços pelo Sistema Único de Saúde, o discurso da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul, líder do movimento, é o da livre opção feita por essas instituições de atender uma necessidade do estado e prestar um serviço de relevância pública. Segundo o Sr. Júlio Dornelles Matos, existem duas formas legais pelas quais os hospitais filantrópicos estão vinculados ao SUS.

A primeira é com relação a sua natureza jurídica. Os hospitais filantrópicos têm a prerrogativa legal, o requisito legal, pela imunidade, pela isenção tributária que têm, de optar por destinar 60% dos seus pacientes/dia assistidos ao Sistema Único de Saúde ou por aplicar 20% da sua receita bruta em gratuidade. Esses são os aspectos legais que vinculam esses hospitais.⁴⁴

Entretanto, de acordo com Dr. Júlio Dornelles Matos, a vinculação através da opção de prestação de serviço seria uma opção dos hospitais filantrópicos em vista de atender uma necessidade do Estado.

Evidentemente, pela necessidade do Estado, não só por uma opção dos hospitais, mas por uma necessidade de relevância pública, todos eles estão vinculados aos 60 paciente/dia do Sistema Único de Saúde, numa visão de indissocialidade e de importância para o Estado.⁴⁵

A falência anunciada dos hospitais filantrópicos é atribuída pelos líderes do movimento às crescentes demandas por serviços atendidas sem uma adequada contrapartida financeira do Estado.

Não poderia ter outra situação: compromissos crescentes *versus* recursos decrescentes correspondem à falência/Insolvência do setor. Diria aos senhores que tal qual os peixes morrem por asfixia, nós

⁴⁴ Júlio Dorneles Mattos. Presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do RS. Audiência Pública sobre a Crise dos Hospitais, 20/12/06, Porto Alegre.

⁴⁵ Idem.

também estamos morrendo pela asfixia de recursos por parte do Sistema Único de Saúde.⁴⁶

O movimento “Mais Saúde para os Hospitais” reivindicou o reajuste da tabela de pagamento do SUS dos hospitais prestadores de serviço ao sistema. A seu ver, há uma defasagem de mais de uma década. De acordo com Júlio Dorneles Mattos, os dados disponíveis nos hospitais da federação sobre a variação da tabela de pagamento de procedimentos SUS indicam que ela sofreu, desde a edição do Plano Real (1994), uma variação em torno de 37%.

Apresentarei dados disponíveis sobre nossas organizações hospitalares de variação da tabela do Sistema Único de Saúde a partir da edição do Plano Real de julho de 1994 até hoje. Em média, considerando o volume de procedimentos que realizamos, a tabela do sistema variou, nesse período, 37,3%. Teve, numa única vez, um reajuste linear, ainda na época do ministro Adib Jatene, tão logo foi aprovado o famoso CPMF, o saudoso CPMF, poderíamos dizer assim. Depois daquele momento, tivemos reajustes pontuais em um ou outro procedimento.⁴⁷

Contudo, segundo a promotoria de saúde do estado, o SUS, como política de saúde, não foi idealizado para pagar serviços por tabela a terceiros.

As conseqüências dessa defasagem, de acordo com o movimento, recaem sobre os usuários e os trabalhadores da saúde, pois, em situação de crise financeira, os hospitais buscam estabilizar o caixa, empregando estratégias que repercutem diretamente sobre os trabalhadores da saúde e a qualidade do atendimento.

A primeira estratégia que os hospitais lançam mão para viabilizar os 45 reais que faltam em cada 100 reais é captar recursos suficientes na assistência aos demais convênios e particulares. Pouquíssimos hospitais conseguem sucesso na dimensão necessária. O impacto seqüencial disso é a inexistência de fluxo de caixa. Na seqüência disso teremos a alienação de patrimônio como primeira alternativa de geração de recursos. A segunda conseqüência seria em relação ao recurso mais próximo, que é aquele deduzido do trabalhador, das suas alíquotas do INSS, que é o recurso que ainda está no caixa do hospital com tempo para ser recolhido ao fisco. Como é o recurso mais próximo, o hospital acaba fazendo a opção entre comprar medicamentos, comprar filmes radiológicos, e acaba optando por

⁴⁶ Júlio Dorneles Mattos, Presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do RS. Audiência Pública sobre a Crise dos Hospitais, 20/12/06, Porto Alegre.

⁴⁷ Júlio Dorneles Mattos. Presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do RS. Audiência Pública sobre a Crise dos Hospitais, 20/12/06, Porto Alegre.

utilizar aquele recurso, ou seja, recursos tributários não recolhidos. Outra ação comumente utilizada pelos hospitais para mantê-los funcionando é o empréstimo bancário⁴⁸.

Os hospitais filantrópicos no Rio Grande do Sul, segundo Júlio Mattos teriam uma dívida acumulada de cerca de 950 milhões de reais.

O setor saúde do Estado do Rio Grande do Sul, segundo dados do próprio INSS, deve mais de 600 milhões de reais para o INSS no Estado. Com relação aos bancos, os 239 hospitais filantrópicos devem mais de 350 milhões de reais para o sistema bancário e têm em relação aos fornecedores um atraso superior a 24 meses⁴⁹.

A soma desses elementos conduziu, segundo o movimento, ao fechamento de hospitais e leitos, contabilizando 14 hospitais nos últimos anos: Hospital Nossa Senhora das Graças de General Câmara, Sociedade Hospitalar Horizontina, Associação Protetora Hospital Santa Libera de Jóia, Hospital São João Batista de Colorado, Hospital Coprel e Santa Helena de Ibirubá, Hospital de Santo Antonio das Missões, Hospital São Francisco de Borja, Hospital São José de Alegrete, Hospital Nossa Senhora de Lourdes de Nova Bassano, Hospital 25 de julho de Poço das Antas, Hospital Beneficência Portuguesa de Rio Grande, Hospital de Caridade São João do Polêsine e Hospital São José de Dois Irmãos. Haveria ainda outros 17 hospitais em vias de fechamento no estado.

Compreendemos as necessidades que existem nesse caso, como a população desassistida, as filas virtuais. Recentemente, vimos em Porto Alegre um grande mutirão. Esse mutirão nada mais foi do que organizar a fila virtual até então existente. E assim nós temos milhares de cidadãos, especialmente do interior do Estado, aguardando a oportunidade para uma consulta com um traumatologista, um oftalmologista, um urologista e assim por diante⁵⁰.

As filas virtuais, por vezes com longos períodos de espera por atendimento especializado, acompanhados de sofrimento, de fato, fazem parte do cotidiano do sistema de saúde. A redução das filas constitui uma das principais metas da PNH e da PHAS. O paciente do SUS é uma pessoa que espera muitas vezes durante

⁴⁸ Idem

⁴⁹ Júlio Dorneles Mattos, presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do RS, Audiência Pública sobre a Crise dos Hospitais, 20/12/06, Porto Alegre.

⁵⁰ Júlio Dorneles Mattos, presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do RS, Audiência Pública sobre a Crise dos Hospitais, 20/12/06, Porto Alegre.

meses na fila por uma cirurgia, conforme Oscar Baniz, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. “Quando consegue finalmente realizá-la, sente-se realmente muito satisfeito. Mas ninguém pergunta quanto tempo teve de esperar”, nem o sofrimento nessa espera⁵¹. Apesar das evidentes dificuldades de financiamento, o problema das filas tem outras causas. Segundo Oscar Baniz, o despreparo de muitos profissionais médicos que atuam na rede básica de saúde contribui para o aumento das filas por atendimento. A “hospitalização” e a “medicalização”, segundo ele, fazem parte de uma cultura presente na área da saúde. Muitos médicos, segundo Baniz, não se dispõem a realmente tratar o paciente e simplesmente medicam ou encaminham para um especialista. “Tem caso de dermatologista contratado para atuar como clínico geral da UBS que, quando se depara com um caso de alergia, encaminha para um dermatologista. Não deveria ser assim. Eles deveriam usar um pouco de bom senso”⁵². De acordo com o conselheiro, em outros casos, se o médico conversasse cinco minutos a mais com o paciente, perceberia que não há necessidade de receitar medicação. Em muitos casos basta orientar sobre os hábitos de alimentação, por exemplo, e fazer o devido acompanhamento. Uma das metas contidas no Plano Nacional de Saúde, segundo Oscar Baniz, é resolver 85% dos casos na UBS. “Estamos muito longe disso”. Os mutirões de consulta, segundo Baniz, seriam desnecessários se nas UBS os pacientes fossem examinados com mais cuidado na consulta médica. “Existem irregularidades: encaminhamentos para especialistas, exames e cirurgias desnecessários. Aí entra também a questão do lucro”⁵³.

Os hospitais fechados possuem a característica comum de estarem em municípios de pequeno e médio porte, nos quais nos últimos anos houve investimento na atenção básica pelos programas PACS e PSF. No município de Colorado, por exemplo, em 1999, a população coberta pelo PACS era de 62,1% com uma taxa de hospitalização por pneumonia⁵⁴ de 90,9. Em 2005, a população coberta pelo PSF era de 96,6%, sendo que em 2003 a taxa de hospitalização por pneumonia

⁵¹ Oscar Baniz, presidente do Conselho Municipal de Porto Alegre, entrevista concedida à pesquisadora, 15/12/06, Porto Alegre.

⁵² Oscar Baniz, presidente do Conselho Municipal de Porto Alegre, entrevista concedida à pesquisadora, 15/12/06, Porto Alegre.

⁵³ Oscar Baniz, presidente do Conselho Municipal de Porto Alegre, entrevista concedida à pesquisadora, 15/12/06, Porto Alegre.

⁵⁴ “Em menores de 5 anos, por 1000; menores de 5 anos na situação do final do ano” (<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>) Acessado em 17/12/2006.

havia caído para 25,6. A relação entre a ampliação e qualificação da rede básica de atenção (UBS, ESF, PACS) foi debatida na audiência pública pelo representante do Ministério Público do Rio Grande do Sul, citando o exemplo do hospital do município de Jóia.

Se V. Exa. me permite, presidente, falou-se aqui também do fechamento do hospital de Jóia. Conversei com a secretária de saúde de Jóia na semana passada, e ela me disse por que o hospital de Jóia fechou. Naquele Município sobram as autorizações de internação hospitalar – AIHs – e há 14 assentamentos do MST na cidade, todos sob a sua responsabilidade. É o Município que dá atenção à saúde de todos. Como fizeram esse milagre? Isso não é científico. Cem por cento de cobertura no Programa de Saúde à Família – PSF –, e aí o hospital fechou. Não há internações e sobram AIHs. Esse é apenas um dado que queria mostrar para os senhores⁵⁵.

O município de Jóia tem cerca de nove mil habitantes. Em 1999, possuía 0,3% de cobertura de assistência básica feita pelo PACS e uma taxa de mortalidade infantil por diarreia⁵⁶ de 90,9. Em 2005, a cobertura da rede básica havia alcançado o índice de 94,2% (23,5% PACS e 70,7 PSF) e a taxa de mortalidade infantil por diarreia havia decrescido para 0,9.

Um dos argumentos apresentados pelo movimento “Mais Saúde para os Hospitais” expõe o conflito existente entre o sub-sistema de assistência hospitalar filantrópica e o SUS, evidenciando a fragmentação do sistema de saúde do Estado.

Não adianta resolvermos situações pontuais, não adianta resolvermos questões de dívidas que se criaram por aquelas razões expostas anteriormente, precisamos é adequar, garantir o equilíbrio econômico e financeiro desses hospitais e isso se dá por aporte de recursos na ordem de 82% que garantam o custo. Não estamos pedindo resultados do Sistema Único de Saúde, mas que o gestor público cumpra aquilo que a legislação determina e que *o Sistema Único de Saúde definitivamente não extinga setores sociais criados há dezenas de anos pelas comunidades onde estão inseridos*⁵⁷(Grifo meu).

⁵⁵ Mauro Luiz Silva de Souza, promotor público do Estado do Rio Grande do Sul, Audiência Pública, Porto Alegre, 20/12/06.

⁵⁶ “Por 1.000 nascidos vivos” (<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>). Acessado em 22/12/06.

⁵⁷ Júlio Dorneles Mattos, Audiência Pública sobre a Crise dos Hospitais, 20/12/06, Porto Alegre.

Recentemente, o Governo federal vem instituindo uma nova política de contratação dos hospitais. Essa medida causou polêmica no estado, pois implica a mudar a forma de pagamento dos serviços aos médicos e hospitais conveniados ao SUS. Pela nova política de Contratualização dos hospitais, o pagamento do SUS aos hospitais conveniados deixa de ser por Autorização de Internação Hospitalar (AIH), passando a efetuar-se por um conjunto de serviços prestados de acordo com a capacidade instalada de cada hospital e com as necessidades de atenção à saúde das comunidades onde estão inseridos. Isso representa uma inversão do paradigma de centralidade do hospital dentro do sistema, integrando essas instituições à rede de atenção como um todo. O Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS) e a Federação dos Hospitais do Rio Grande do Sul (FEHOSUL) iniciaram em junho de 2006 o debate público sobre o assunto. Segundo Luis Augusto Pereira, presidente do CREMERS, “a contratualização poderá provocar prejuízos aos médicos, que passarão a receber sua remuneração através dos hospitais, o que poderá provocar problemas para a nossa categoria. É o Estado fugindo à sua obrigação” (CREMERS, 2006, p.7). Para o presidente da FEHOSUL, Cláudio Allgayer, o problema da Contratualização é o “corte abrupto na relação entre o gestor, os hospitais e os médicos. *Existe uma cultura que vem desde o INPS até hoje e isso não pode ser rompido assim, sem maiores esclarecimentos, sem maior discussão entre as partes*” (CREMERS, 2006, p.7, grifo meu).

A contratualização foi questionada na audiência pública, conforme a exposição do presidente da Federação das Santas Casas.

Queremos efetividade do processo de contratualização, porém garantindo a independência dos prestadores de serviços. Isso é fundamental. Há todo um processo de contratualização em desenvolvimento em que aos hospitais está sendo imbuída a responsabilidade por todo o processo existencial. Em toda a história da saúde brasileira sempre houve a distinção dos serviços hospitalares, dos serviços profissionais e dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, no entanto isso está sendo imposto aos hospitais de uma maneira global. Queremos a contratualização, porém garantindo os espaços de cada um dos segmentos prestadores de serviços ao sistema, é necessário isso⁵⁸.

⁵⁸ Júlio Dorneles Mattos, presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do RS, Audiência Pública sobre a Crise dos Hospitais, 20/12/06, Porto Alegre.

Para o Ministério da Saúde, a política de contratualização dos hospitais responde a uma antiga reivindicação das próprias instituições hospitalares contratadas pelo SUS. Segundo Clarita Silva de Souza, representante do Ministério na audiência pública,

Era a grande queixa das estruturas hospitalares. Não temos como ter um instrumento que nos diga que essa relação, a que foi exposta aqui, a de produção de serviços, é uma relação de fato jurídica, uma relação que podemos cobrar e sermos cobrados. Vem então a política de contratualização com as estruturas hospitalares, tanto os hospitais de ensino, os hospitais de pequeno porte como os hospitais filantrópicos, buscando esta visão que o presidente da Federação, o Milton Kempfer, expôs sobre orçamentação, de fazer um valor que o gestor do hospital e também as estruturas municipais e estadual conheçam e saibam o que vamos trabalhar para aquela determinada população e com uma determinada responsabilidade de serviços, que devem ser prestados, obviamente, dentro da estrutura que cada hospital⁵⁹.

A reação das entidades hospitalares e médicas do Rio Grande do Sul à política de contratualização do Ministério da Saúde, apoiadas pela Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembléia Legislativa Estadual do estado, pela Frente Parlamentar de Saúde da Assembléia gaúcha e Câmara dos Deputados, resultou no adiamento do prazo para efetivação da contratualização para fevereiro de 2007. Pelo modelo proposto pelo Ministério, conforme o deputado Frederico Wesphalen, presidente da Comissão de Saúde e Meio Ambiente, “os pequenos hospitais iriam à falência” (Assembléia Legislativa do RS, 2006, p. 4).

Entidades representativas dos trabalhadores da saúde também se engajaram no movimento “Mais Saúde para os Hospitais” através da Federação dos Empregados em Serviços de Saúde do Rio Grande do Sul. Apesar dos conflitos entre essas entidades representativas, a adesão se deve, em parte, pela ameaça de desemprego a que estão sujeitos esses trabalhadores com o esgotamento financeiro das fontes financiadoras dos hospitais filantrópicos, o que repercute diretamente na folha de pagamento e nas condições de trabalho.

Muitos devem estar se perguntando por que os trabalhadores estão juntos no fórum para discutir recursos. Na verdade, estamos juntos por uma questão muito simples, desde o início, quando fomos procurados pelo Sindiberf e pelo Sindicinners, colocamos que os

⁵⁹ Clarita Silva de Souza, coordenadora do Ministério da Saúde no RS. Audiência Pública, Porto Alegre, 20/12/2006.

únicos segmentos que passam por subordinação dentro dos hospitais são os trabalhadores de nível médio e os enfermeiros e psicólogos, que são empregados dos hospitais. Na verdade esses é que sofrem a consequência direta de tudo isso (..) ⁶⁰.

Segundo Milton Kempfer, presidente da Federação, são os trabalhadores da saúde acabam por sustentar e manter os hospitais abertos “graças ao INSS que é descontado do nosso salário e não é recolhido aos cofres da Previdência, ao fundo de garantia que não é depositado, ao salário que muitas vezes não é pago”. Segundo Kempfer as recentes mobilizações dos trabalhadores da saúde no RS tem ocorrido em prol do pagamento em dia dos salários.

Imaginem o que é chegarmos em casa no final do mês e dizer que não recebemos o salário, portanto não temos como comprar comida, como pagar o aluguel, a luz, a água. Em alguns casos absurdos em que o casal trabalha nos hospitais e em um determinado momento da vida precisam mandar os filhos para casa de parentes, amigos, porque não têm como os sustentar. São obrigados a se separarem dos filhos por falta de condições para os manter. É uma situação bastante esdrúxula ⁶¹.

A entidade representativa dos trabalhadores também assumiu o discurso de defesa dos hospitais como se esses representassem a totalidade do sistema de saúde. Colocou-se do lado de fora do Sistema de Saúde na posição de prestadores de serviços.

Temos que mudar o sistema, o que une as entidades é que *o sistema não serve mais, porque os hospitais estão quebrando* e os trabalhadores e a população estão sofrendo muito ⁶² (Grifo meu).

Cobrou ainda, uma posição dos governos federal e estadual, que, a seu ver, foram omissos na prestação dos serviços hospitalares no estado.

O governo federal e o governo estadual, na implantação dos hospitais do Rio Grande do Sul, parece-me que foram omissos, porque se constituiu uma rede muito maior filantrópica no Rio Grande do Sul do que pública e porque também não houve um planejamento da assistência. Se foram omissos na criação desse sistema, agora

⁶⁰ Milton Kemper, presidente da Federação dos Empregados em Serviços de Saúde do RS. Audiência Pública, Porto Alegre, 20/12/2006.

⁶¹ Milton Kemper, presidente da Federação dos Empregados em Serviços de Saúde do RS. Audiência Pública, Porto Alegre. 20/12/2006.

⁶² Milton Kemper, presidente da Federação dos Empregados em Serviços de Saúde do RS, Audiência Pública, Porto Alegre. 20/12/2006.

não podem ser mais. Precisamos cobrar do governo federal e do governo do Estado uma atuação muito forte junto a esse fórum para que possamos organizar o sistema e pôr um fim nas crises cíclicas desses hospitais⁶³.

Para o presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, a crise financeira repercute diretamente na qualidade técnica do atendimento, diminuindo a qualidade dos serviços prestados na rede hospitalar. A posição do SIMERS contrasta com os resultados das pesquisas de satisfação do usuário, realizadas pelos próprios hospitais e pela secretaria estadual de saúde.

Quero dizer que não estamos em uma fase de perigo de que as pessoas sejam mal-atendidas. Estamos atendendo mal os pacientes já agora. Já estamos em muitos hospitais, como nos ambulatórios, com uma crise instalada e que gera prejuízo aos pacientes, isto é, a todos nós que utilizamos o SUS. O hospital que não consegue pagar os seus funcionários e os seus médicos, que tem dificuldades em pagar os seus fornecedores, acaba – e não estou aqui culpando o hospital – por não conseguir alcançar aqueles recursos necessários a uma medicina adequada, como certos medicamentos, que são mais caros e difíceis de se obter. O médico acaba transformando a sua prescrição não no que é o ideal para o paciente, mas o que lhe é possível obter nessas circunstâncias⁶⁴. (Paulo de Argolo Mendes, Sindicato Médico do Rio Grande do Sul Simers)

O aprimoramento da saúde básica, para Paulo Argolo Mendes, não justifica o fechamento de leitos hospitalares. Tal posicionamento reflete o conflito existente entre o modelo de saúde adotado pelo Ministério da saúde, que investe na preponderância da atenção básica e preventiva, e o modelo de saúde que se consolidou no Rio grande do Sul, calcado nos serviços hospitalares com forte condução de corporações médicas.

Vê-se claramente na quantidade de hospitais que fecharam ultimamente, na dolorosa redução do número de leitos. Tenho ouvido, com certa freqüência, dizer que a redução de leitos é uma conseqüência natural do aprimoramento da rede básica e do avanço científico-tecnológico. É verdade. O avanço científico e tecnológico e uma rede básica reduzem a necessidade de hospitais. Mas, justificar a redução de leitos a partir desse argumento, mascara, oblitera a verdade. (...) Então, temos de deixar isso muito claro. O avanço tecnológico, sim, é muito importante, a rede básica, sim, é muito

⁶³ Milton Kemper, presidente da Federação dos Empregados em Serviços de Saúde do RS. Audiência Pública, Porto Alegre, 20/12/2006

⁶⁴ Paulo Argolo Mendes, presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Simers), Audiência Pública, Porto Alegre, 20/12/2006

importante, mas há uma falta gritante, importante, imediata de leitos para pessoas que estão sofrendo nesse momento⁶⁵.

Em oposição ao SIMERS, o Ministério da Saúde afirma que a crise dos hospitais e o fechamento de leitos são conseqüências do investimento em cuidados básicos, resultado confirmado pela melhoria nas condições de saúde da população. “E se curamos mais é porque temos mais condições reais de vida e também de saúde, senão nós teríamos uma possibilidade, uma esperança de vida reduzida como já tivemos anos atrás”. A crise, segundo Clarita Silva de Souza,

Não começou em 2006 e também não foi posta em 2005 – ela vem sendo produzida. Não podemos negar que o cuidado da saúde das pessoas tem se modificado. Onde o modelo da atenção tinha o centro na estrutura hospitalar como centro de excelência de atendimento de cuidado das pessoas, hoje não conta apenas a estrutura hospitalar: as unidades de saúde, os gestores municipais, os serviços de saúde da atenção básica também têm excelência e cuidam tanto e tão bem que acabam por diminuir a incidência dos usuários nas unidades hospitalares. Essa é a nossa realidade. O Ministério da Saúde vem trabalhando com dados reais, com o avanço da tecnologia, avanço do Programa de Saúde da Família. Esse, apesar de ser considerado o trabalho mais simplificado, também pode apresentar atividades mais complexas, que cuidam, por exemplo, das mulheres na gestação, impedindo que elas precisem de um hospital por um processo hipertensivo de eclâmpsia. Se antes iam na estrutura, porque estavam acometidas de hipertensão, tinham eclâmpsia e agora diminuí, é natural esse processo⁶⁶.

O representante do Ministério Público Estadual considera a ampliação no modelo de atenção no Rio Grande do Sul um fator a ser considerado na crise financeira dos hospitais filantrópicos. Segundo Mauro Silva de Souza, a crise está relacionada à mudança de paradigma na atenção à saúde inaugurada pelo modelo de atenção preconizado pelo SUS⁶⁷.

Se fizermos uma reconstrução histórica da crise hospitalar notadamente no Rio Grande do Sul – até porque a de outros Estados, os senhores me perdoem pela ignorância, não conheço tanto assim; conheço um pouco a do Estado – vamos ver que a crise no sistema médico-hospitalar começa a aparecer quando o Sistema

⁶⁵ Paulo Argolo Mendes, presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Simers), Audiência Pública, Porto Alegre, 20/12/2006.

⁶⁶ Clarita Silva de Souza, coordenadora do Ministério da Saúde no RS, Audiência Pública, Porto Alegre, 20/12/2006.

⁶⁷ Mauro Luiz Silva de Souza, representante Ministério Público Estadual, entrevista concedida à pesquisadora, Porto Alegre, 27/12/06.

Único de Saúde – SUS – passa a ser implantado. E isso já nos dá uma idéia sobre a qual podemos pensar. Alguém referiu isto na mesa: a mudança do sistema de atenção à saúde. É uma referência que já nos faz pensar um pouco⁶⁸.

Mauro Silva de Souza chama a atenção para o caráter restrito do movimento, visto que se direciona exclusivamente ao setor hospitalar filantrópico. “Outro elemento que nos leva a pensar é o de que estamos tentando, aqui, um movimento destinado a salvar a assistência médico-hospitalar gaúcha – para salvar as instituições de assistência médico-hospitalar no Estado”. Para o promotor de justiça, a crise dos hospitais seria ainda consequência da inserção dessas instituições no sistema de mercado de saúde.

Vivemos em uma economia de mercado. Vivemos em uma democracia capitalista, e muitas vezes, quando foi cobrado um posicionamento de determinadas pessoas, de determinadas entidades, foi dito o seguinte: *Opa, esperem aí! Sou uma entidade privada, e vivemos em um sistema capitalista. Isso os senhores não me podem impor.* Efetivamente, o Estado não pode impor determinadas coisas, mas o mercado pode. O mercado impõe. As condições materiais e fáticas impõem-nos algumas circunstâncias a respeito das quais precisamos refletir⁶⁹.

Observa-se que a rede de assistência básica de saúde do SUS vem absorvendo gradativamente grande parte da demanda que, antes, era atendida pela rede hospitalar. A adoção de uma política de saúde que preconiza a responsabilização do Estado pelos serviços de saúde aumentou consideravelmente a oferta desses serviços. Isso forçou os hospitais a aumentar o nível de complexidade para continuar funcionando, aumentando assim seus custos. Resulta que a grande maioria desses hospitais tem como principal fonte de financiamento o próprio Estado, que, ao implantar serviços próprios de atenção básica, deixou de pagar por estes serviços a terceiros. Ao mesmo tempo, o êxito da política de atenção básica reduziu a demanda por serviços de maior complexidade. Sendo limitados os recursos do Estado para pagar por serviços de maior complexidade, exitosa a política de atenção básica e restrita a fonte de financiamento dos hospitais, configurou-se um quadro de excesso de oferta de serviços e crise nas instituições

⁶⁸ Mauro Luiz Silva de Souza, representante Ministério Público Estadual, Audiência Pública, Porto Alegre, 20/12/2006.

⁶⁹ Mauro Luiz Silva de Souza, representante Ministério Público Estadual, Audiência Pública, Porto Alegre, 20/12/2006.

que não conseguiram obter outras fontes de financiamento (planos de saúde e particulares). Na visão do Ministério Público, a crise dos hospitais filantrópicos no Rio Grande do Sul se relaciona ao excesso de hospitais disputando um mesmo mercado.

Hoje, com todos os hospitais já fechados, ainda temos, no Estado, pelos dados do cadastro hospitalar SIA-SUS de dezembro de 2005, 369 hospitais, sejam eles filantrópicos, privados, públicos ou universitários. Temos, por outro lado, uma população de 10 milhões, 749 mil, 595 habitantes no Estado. E dados da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS – indicam que, para o perfil epidemiológico de países como o Brasil, teríamos a necessidade de um hospital para cada 50 mil habitantes⁷⁰.

No Rio Grande do Sul, segundo Mauro Silva de Souza, existe um hospital para cada 28 mil habitantes, portanto, seguindo-se as orientações da OPAS, teríamos 155 hospitais a mais no estado. “Os senhores imaginem uma nave espacial que está na lua, com três pessoas, precisa voltar para a Terra e possui oxigênio apenas para duas. Se vierem as três, com o tempo que vai demorar para chegar à Terra, o oxigênio terminará e elas não sobreviverão”.

O Ministério Público e o Ministério da Saúde avaliam que a crise resulta do avanço do sistema público de saúde após a implementação do SUS.

O Estado é responsável por isso? Talvez, pois permitiu que tivéssemos um paradigma, anterior a 1988, em que se pagava por faturamento de serviços, quanto mais serviços produzidos mais se faturava e mais se pagava. Esse paradigma mudou com uma decisão política tomada na Constituição de 1988. *Mas, quem sabe, estejamos tentando também culpar o sujeito que inventou a máquina de xerox pela falência das fábricas de mimeógrafo*⁷¹ (Grifo meu).

A crise dos hospitais filantrópicos, portanto, relaciona-se à mudança ensejada pelo SUS no modelo de atenção à saúde. Esse processo de mudança vem se desenvolvendo desde o início da década de 90 no Brasil pela adoção de políticas de atenção básica, como as equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde. Observa-se que no Rio Grande do Sul, desde 1999 vem ocorrendo significativa implementação dessas políticas. Em alguns casos, isso propiciou a

⁷⁰ Mauro Luiz Silva de Souza, representante Ministério Público Estadual, Audiência Pública, Porto Alegre, 20/12/2006.

⁷¹ Mauro Luiz Silva de Souza, representante Ministério Público Estadual. Audiência Pública, Porto Alegre, 20/12/2006.

diminuição do número de internações, gerando perdas significativas para as instituições hospitalares, principalmente as filantrópicas prestadoras de serviço ao SUS.

Os posicionamentos dos diversos atores do setor (entidades representativas dos hospitais, dos trabalhadores, dos gestores, ministério público, ministério da saúde e governo estadual) evidenciam que há um conflito diretamente relacionado à mudança no modelo de atenção à saúde. Observa-se que no Rio Grande do Sul persiste a fragmentação do sistema público de saúde, contrariando o princípio da integralidade preconizado na LOS. Essa crise aliada a outros fatores afeta a implementação da política de humanização no Estado, expondo seus limites, como veremos a seguir.

4.2. Implementação da PHAS nos hospitais

O histórico de participação dos hospitais pesquisados nas políticas de humanização é variado. Dos hospitais pesquisados, três não se engajaram no PNHAH: Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Espírita e Hospital Parque Belém. O Hospital Conceição participou na fase piloto do programa. O Hospital São Lucas e Hospital de Clínicas na fase inicial. Somente o Hospital São Lucas deu continuidade às ações iniciadas durante a implementação do PNHAH, que prosseguiu posteriormente com a adesão à PHAS/RS, em 2003. De acordo com um dos entrevistados, o período de mudança das lideranças dos governos federal e estadual em 2003, para os hospitais que vinham desenvolvendo o PNHAH, foi caracterizado pela indefinição de qual seria a decisão do governo federal em relação ao PNHAH. “O programa ficou ‘sem pai, nem mãe’. Ficamos um tempo trabalhando internamente, mas sem saber a quem se dirigir”⁷².

O Governo Lula tornou a humanização um dos eixos norteadores do SUS, elaborando uma política nacional. O modelo de programa anterior havia mostrado suas limitações e não atendia ao objetivo de intervir em todas as ações de saúde. Com base nesses pressupostos, o Ministério da Saúde extinguiu o PNHAH e iniciou o processo de construção de uma política de humanização através da realização de

⁷² Magda Suzana da Silva Ferreira, assistente social, vice-coordenadora do GTH do Hospital São Lucas, entrevista concedida à pesquisadora, Porto Alegre, 14/11/06.

oficinas. No Rio Grande do Sul, ocorreu um processo diferente no qual alguns dos atores envolvidos com o PNHAH articularam-se de modo a garantir que as ações que estavam sendo realizadas na rede hospitalar tivessem continuidade. Essa proposta encontrou respaldo no novo governo estadual, originando a Política de Humanização da Assistência à Saúde. Contudo, se a construção da política nacional foi mediada pela realização de oficinas nas quais se buscava a participação dos trabalhadores da saúde, usuários e gestores, o mesmo não ocorreu na formulação da política estadual. No Rio Grande do Sul, a formulação da política de humanização foi realizada pela coordenação designada pela secretaria de saúde em parceria com a Escola de Saúde Pública ESP/RS. Embora o documento oficial da PHAS/RS indique que a política estadual de humanização orienta-se pelas diretrizes da política nacional, percebe-se que muitas partes do documento são reproduções literais do manual do PNHAH, evidenciando sua continuidade com o programa extinto.

No Rio Grande do Sul, parte dos hospitais foi vinculada à PHAS/RS através do programa Parceria Resolve, conforme resolução nº 83/2003 da Comissão Intergestora Bipartite, publicada no Diário Oficial do Estado em 23 de julho (anexo). Das instituições pesquisadas, o Hospital de Clínicas e o Hospital Conceição, ambos federais, não estão vinculados à PHAS/RS e estão trabalhando a humanização conforme os dispositivos da PNH.

4.2.1. O processo de constituição dos GTH nos hospitais

As atribuições do Grupo de Trabalho de Humanização, de acordo com a PHAS/RS, são liderar a política de humanização nas instituições, traçar estratégias de comunicação, promover a integração entre os setores do serviço, avaliar projetos em desenvolvimento conforme os parâmetros de humanização propostos, estimular a participação da comunidade, promover a interação com o gestor municipal, estabelecer padrões de atendimento ao usuário, participar dos encontros de humanização e coordenar o voluntariado (Rio Grande do Sul, 2005).

No processo de composição dos GTH, observamos que três dos hospitais pesquisados formaram o GTH para atender a uma das exigências do contrato firmado com o governo estadual, sem a qual não é possível receber os recursos do

Programa Parceria Resolve. Isso se evidencia no relato da coordenadora do GTH de um desses hospitais.

Porque que começou? Por que havia uma verba do Parceria Resolve e daí tinha que montar um grupo. E o administrador da verba disse que tínhamos que montar um grupo porque senão não teríamos direito à verba do Parceria Resolve. Na verdade, a gente foi obrigada a montar. Foi montado o grupo e enviados os relatórios.

A escolha dos integrantes do GTH nos hospitais pesquisados foi feita pela direção da instituição ou pelos coordenadores. Todos os grupos procuraram integrar diferentes profissionais com representatividade nos setores. Em um hospital, o GTH chegou a integrar lideranças da comunidade local. Entretanto, observa-se um declínio na ação de parte desses grupos. Na ocasião da entrevista, apenas três GTH continuavam reunindo-se sistematicamente (Hospital São Lucas, Hospital Espírita e Hospital de Clínicas). Nos hospitais Parque Belém e Beneficência Portuguesa, os GTH foram sendo diluídos em meio à crise financeira, persistindo ainda algumas poucas ações levadas à frente por atores isolados. No Hospital Conceição, um dos motivos de desarticulação do GTH foi a falta de permeabilidade das propostas feitas pelo grupo à direção do hospital. De acordo com o entrevistado, as principais propostas do grupo (eleição para chefias e criação de ouvidorias funcionais para atender os trabalhadores) foram encaradas pela direção como algo difícil e complicado de ser efetuado naquele momento⁷³. Isso desgastou a Comissão, que avaliou que suas propostas não estavam sendo valorizadas. O Hospital Conceição tem a peculiaridade de pertencer a um grupo de hospitais (hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina) que formam o Grupo Hospitalar Conceição. Quando contatei a direção do Grupo para identificar os coordenadores dos GTH, fui informada de que não havia um GTH constituído, pois a PNH estava implementada de forma diversificada, observando alguns de seus dispositivos. Em vista disso, fui à direção do Hospital Conceição. Após receber várias informações desconhecidas, fui encaminhada pela secretaria ao gerente de pesquisa, que aceitou ser entrevistado com a ressalva de que não estava mais atuando no GTH. Passado algum tempo, pude perceber que a emergência do Hospital Conceição era uma das experiências exitosas de implementação do dispositivo da PNH

⁷³ Entrevista concedida à pesquisadora, Porto Alegre, 22/12/06.

“Acolhimento com classificação de risco, constando no “Banco de Projetos Boas Práticas de Humanização na Atenção e Gestão do SUS”.

Observa-se que as propostas oriundas do GTH só são colocadas em prática quando existe interesse da administração por tal ação. Caso contrário, o poder de barganha desses grupos junto à direção é reduzido. Quando há participação de um representante da direção no GTH, a tendência é de que as propostas do grupo sejam implementadas. A participação de um membro da direção serve como um mecanismo de pré-ajustamento entre as expectativas da direção e as demandas do grupo.

A implementação das propostas também está relacionada aos recursos financeiros disponíveis. Embora o contrato do Parceria Resolve atribua 10% do valor a ser recebido pelos hospitais à existência de um grupo de trabalho, não é obrigatório que o percentual seja investido em ações de humanização. Nos hospitais que se encontram em dificuldades financeiras, algumas ações podem ser vistas como supérfluas, mesmo pelos trabalhadores. Um fato ocorrido em um dos hospitais pesquisados demonstra essa possibilidade. Mensalmente o grupo sorteava alguns trabalhadores para participar de um Café da Manhã com a direção do hospital. Diante das dificuldades financeiras e das críticas dos trabalhadores, a atividade foi suspensa. Conforme relato da coordenadora do grupo dessa instituição, os colegas chegavam até ela e indagavam: “A gente não está recebendo por causa do café, né?” “Estão gastando com o café, por isso que não tem dinheiro para nos pagar”. No caso dos hospitais onde há maior disponibilidade de recursos financeiros, as ações de humanização, que envolvem investimento de recursos financeiros, concorrem com demandas de outras áreas.

Em ambos os casos, quando não há recursos disponíveis, a tendência dos GTH é de realizar campanhas. Em um caso, o coordenador relatou que, quando o GTH resolveu fazer uma campanha pública de arrecadação de materiais de hotelaria hospitalar (lençóis, fronhas, cortinas, etc), a direção não foi simpática à idéia, pois implicava tornar públicas as dificuldades financeiras da instituição. “Mostrava o lado feio do lençol rasgado”. Em todos os hospitais pesquisados, a identificação da humanização com o aspecto caritativo é destacada. Todos os coordenadores de grupo fizeram menção, em algum momento, a esse tipo de ação. O mais inusitado é o caso de um voluntário que percorre a porta dos hospitais durante a madrugada distribuindo lanches para pessoas que aguardam atendimento ou para familiares de

peças internadas. Não são raros os casos de pessoas que não conseguiriam fazer um tratamento mais prolongado, como, por exemplo, uma quimioterapia, se não recebessem ajuda com vale-transporte.

4.2.2. A atuação dos GTH em prol dos trabalhadores da saúde

A PHAS/RS tem como parâmetros para a humanização do trabalho dos profissionais a gestão e participação dos profissionais nos serviços, as condições de trabalho e de apoio aos profissionais, a qualidade da comunicação, o relacionamento interpessoal e a valorização do trabalho e motivação profissional (Rio Grande do Sul, 2005).

De acordo com os entrevistados, as principais demandas dos trabalhadores da saúde referem-se à sobrecarga de trabalho, melhorias no ambiente físico (vestiários, área de lazer, área de descanso). Nos hospitais Parque Belém e Beneficência Portuguesa, de modo especial, a maior reivindicação era pelo pagamento dos salários atrasados. De modo geral, percebe-se que as maiores demandas dos trabalhadores da saúde em relação à humanização referem-se à melhoria no ambiente de trabalho visando torná-lo mais gratificante para quem o realiza.

A discussão do filósofo Gilles Lipovetsky (2005) sobre as mudanças da relação que o indivíduo estabelece com o trabalho permite analisar algumas das demandas dos trabalhadores da saúde relacionadas à humanização. Na sociedade pós-moralista, a moral de outrora, alicerçada no dever do sacrifício individual em prol da coletividade (família, trabalho, pátria), se esvanece diante da ênfase na necessidade do homem hodierno de realização de si (Lipovetsky, 2005). A moral alicerçada no dever pretendia “que o homem sempre estivesse pronto e atualizado para o trabalho, disposto a morrer pela pátria e a viver serenamente um percurso familiar, mesmo que o amor tivesse deserdado” (Machado, 2005, p.xvii).

As democracias individualistas, em sua primeira fase reiteraram e sublimaram a obrigação moral, festejaram com aparato sem igual os deveres do homem e do cidadão e criaram regras disciplinares rigorosas e repressivas no tocante a vida privada. Essa paixão pelo

dever teve como fonte de inspiração o anseio de esconjurar a desregrada dinâmica moderna dos direitos do indivíduo, promover a regeneração das almas e dos corpos, inculcar o espírito de disciplina e de autocontrole, conectando as diversas parcelas da nação por meio da unidade moral, imprescindível para as sociedades laicas (Lipovetsky, 2005, p. xxviii).

A “religião do dever laico”, que vigorou na modernidade, constituiu-se num primeiro ciclo da secularização da moral (Lipovetsky, 2005). Hoje, estaríamos vivenciando uma outra fase dessa secularização moral.

Sociedade pós-moralista: assim entendemos uma sociedade que repudia a retórica do dever rígido, integral e estrito e, paralelamente, consagra os direitos individuais à autonomia, às aspirações de ordem pessoal, à felicidade...(Lipovetsky, 2005, p. xxx)

Contudo, de acordo com Lipovetsky (2005), essa mutação da moral não nos conduz a uma sociedade “sem religião e sem lei”, mas a uma re-configuração ética, que, a seu ver, é positiva se for balizada por um individualismo responsável. Esse “sobressalto ético contemporâneo” pode representar “uma oportunidade para as democracias, porquanto comprova uma renovada tomada de consciência de nossa responsabilidade em relação ao futuro, um fortalecimento dos valores humanistas” (Lipovetsky, 2005, p. xxxii, xxxiii). O despontar de neo-individualismo, segundo Lipovetsky, não significa que a humanidade não se deixaria mais guiar por nenhuma crença ou dispositivo de natureza moral.

A socialização do pós-dever exaure a obrigação de se consagrar aos demais, mas cristaliza aquilo que Rousseau chamava de “compaixão”, sentimento entendido como repugnância em ver sofrer e fazer sofrer seu semelhante. Isso, aliás, não por uma educação moral intensiva, mas paradoxalmente por efeito da introversão individualista e das normas do bem-viver. Para além dos números sobre a criminalidade, a “moralidade dos costumes” segue adiante no que concerne aos direitos pela vida. Sociedade pós-moralista não significa o desaparecimento de todas as inibições, mas uma busca da moralização de cada indivíduo pela repulsa “sentimental”, vivenciada diante das brutalidades, crueldades e ações desumanas (Lipovetsky, 2005, pg.125).

Essa repulsa a qual se refere Lipovetsky acompanhada por um novo anseio ético permite compreender, em parte, a receptividade das ações humanizadoras na saúde baseadas na valorização dos indivíduos no ambiente de trabalho, na realização pessoal no exercício da assistência. “Inexoravelmente, a lógica

individualista altera os vínculos com o trabalho e a empresa, reafirmando o sentido dos direitos e dos interesses subjetivos” (Lipovetsky, 2005, pg.158).

Na modernidade, o trabalho era apregoado como um dos grandes deveres do homem para consigo e com o meio social, “um fim em si mesmo”.

A moral republicana ensinou a valorizar o esforço, o trabalho, o valor do trabalho bem-feito, a vergonha do ócio, o dever de ser útil à sociedade. Os manuais de moral incensaram o dito de Rosseau: “Todo cidadão ocioso é um aproveitador. Colocaram sobre um pedestal os preceitos de Franklin: “Não percas teu tempo. Faze sempre qualquer coisa útil. Afasta toda ocupação que não sirva para nada”. A fé no trabalho, aquilo que civiliza e emancipa, está no âmago do discurso social; a preguiça é um “delito social”, fonte de perigo para quem se entrega e para a coletividade à qual pertence. Cada um deve resgatar sua parcela de responsabilidade na dívida social e contribuir para o desenvolvimento da espécie humana e da nação (Lipovetsky, 2005, pg. 150).

Nas instituições hospitalares, o aspecto caritativo religioso, que orientava as profissões da saúde desde a antiguidade, no alvorecer da modernidade perdeu seu espaço para a investigação científica sobre os corpos. Se na modernidade o cientista e técnico assalariado assumiram o lugar do religioso e do altruísta, nos tempos neo-individualistas nasce o cientista e o técnico assalariado à procura de realização, não pelo seu dever para com o desenvolvimento científico da humanidade, mas pela satisfação pessoal pelo que realiza. Isso influencia a atuação dos indivíduos nas empresas e organizações. De acordo com Lipovetsky,

Após um longo ciclo híbrido de materialismo taylorista e de idealismo do dever, a atenção se volta para a exigência de obter adesão ativa dos empregados mediante a recusa das formas autoritárias de trabalho, levando em consideração o ‘potencial humano’ (Lipovetsky, 2005, p.99).

A bandeira de luta dos trabalhadores da saúde não se restringe à melhoria dos salários, mas incorpora, por meio da política de humanização da saúde, o aspecto da valorização do trabalho, da autonomia, da participação nas decisões, no diálogo e no reconhecimento do desempenho profissional.

A questão é que já não se trata da obrigação moral abstrata de trabalhar ‘com todo zelo’, mas do desejo pessoal de ter êxito naquilo que cada um se propõe a fazer, como também em cultivar a ufanía e o senso de responsabilidade em seu trabalho, saber progredir,

encontrar um significado naquilo que realiza. Mais do que designar os novos padrões de produtividade a qualidade total significa o ideal último do indivíduo que toma a si mesmo como fim, cioso de nada sacrificar, de afirmar sua identidade integral, de *se refletir* em cada coisa, cultura, corpo, sexo, família e, hoje, trabalho (Lipovetsky, 2005, p. 160).

A reivindicação pela apropriação por parte dos trabalhadores dos aspectos relacionados à produção de saúde encontra eco no individualismo pós-moralista, que “se opõe a um gerenciamento mecanicista e disciplinar que entre em colisão com os anseios de iniciativa pessoal e de reconhecimento individual” (Lipovetsky, 2005, p. 165).

O estímulo ao trabalho voluntário é um dos objetivos da PHAS/RS e sua coordenação nas instituições hospitalares uma das atribuições do GTH (Rio Grande do Sul, 2005). Nos hospitais pesquisados, observa-se grande contingente de voluntários, que desenvolvem diversas ações. Podologia, arrecadação de notas fiscais para o programa “Nota Solidária”, atividades lúdicas, campanhas de arrecadação (dinheiro, vales-transporte, roupas, alimentação), doações de próteses e medicação, assistência espiritual, doação de lanches e promoção de eventos são algumas das ações realizadas por pessoas ou grupos voluntários nos hospitais. A maioria das iniciativas de voluntariado nas instituições pesquisadas não está articulada com o GTH nem está orientada pelos parâmetros da política de humanização nos hospitais. Sobre o fenômeno do voluntariado que vem crescendo em todo o mundo, Lipovetsky faz uma advertência, considerando a observação desse fenômeno na França.

Em termos de França, na gênese do processo de legitimação do voluntariado beneficente encontra-se o esgotamento dos grandes projetos políticos e, paradoxalmente, a difusão do *ethos* neo-individualista. Assim que as megaplataformas políticas e ideológicas se desvaneceram, os valores morais ocuparam o vazio do espaço político (Lipovetsky, 2005, p.120).

Nos relatos dos coordenadores entrevistados encontra-se uma variedade de ações destinadas à melhoria das condições de trabalho: palestras (propostas da humanização, atendimento humanizado, qualidade de vida), encontros com a administração, melhoria da área física (espaço de lazer e descanso, mesa de jogos, reforma nos vestiários, reforma refeitório), refeições (direito a lanche nos dois turnos de trabalho), convênio de saúde, festas (Natal, aniversários, premiação por tempo de

serviço), atendimento espiritual, música ambiente, atividades pontuais coletivas (mensagem de Natal para um amigo). Observa-se que grande parte das ações visa à realização de atividades que contribuem para a melhoria da qualidade de vida no trabalho e do ambiente de trabalho para torná-lo menos penoso e desgastante. Embora essas ações favoreçam a motivação para o trabalho e a relação interpessoal, parâmetros da PHAS/RS, elas deixam intocadas questões relevantes para o escopo da política, que é a mudança no modelo de gestão. Essas ações, apesar de significativas para a melhoria da qualidade de vida no trabalho, não permitem que os trabalhadores reflitam sobre seu “fazer” em saúde e proponham soluções para melhorar o atendimento ao usuário.

4.2.3. A atuação dos GTH em prol dos usuários

A PHAS/RS tem como parâmetros para a humanização do atendimento dos usuários as condições de acesso e prestação dos serviços, a qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais de serviço e a qualidade da relação entre usuários e profissionais. A PHAS/RS não prevê a participação de representante dos usuários no GTH. Conseqüentemente, as ações realizadas no hospital em prol do usuário são baseadas nas “queixas” e “reclamações” provenientes das pesquisas de opinião, ouvidoria ou que são identificadas pelos trabalhadores e gestores da instituição de modo geral.

Os problemas apontados pelos entrevistados, com base nas queixas dos usuários, referem-se ao ambiente físico (área adequada de espera para usuários e familiares), restrição no horário de visitas, tempo de espera para ser atendido, falta de vagas, falta de segurança, ruído, superlotação, dificuldade de locomover-se até o hospital (pedido de auxílio para o vale-transporte).

O tempo de espera para realização de consulta ou procedimento cirúrgico foi o problema apontado com maior freqüência: “O paciente vem às 11 da manhã para ser atendido pelos médicos lá por uma hora da tarde. Ficam aqui sem almoçar...” A espera muitas vezes está relacionada ao modelo de assistência ainda hegemônico nas instituições hospitalares. Segundo um entrevistado,

No ambulatório, a principal queixa é com relação ao tempo de espera para consulta e tempo de espera para fazer um procedimento cirúrgico. Isso são questões que o GTH tá tentando resolver. Porque isso é uma coisa que a gente sente que pode ser feito aqui dentro. A gente tá em negociação com a gerência administrativa para tentar mudar. Por quê marcar todos para vir às 8 da manhã?

O entrevistado menciona que a justificativa da instituição para esse tipo de organização está relacionada aos procedimentos cirúrgicos. Na avaliação da administração, se faz necessário prevenir a eventual ausência do usuário para que “o tempo de bloco não seja perdido”. Sem ter conseguido diminuir o tempo de espera nesses casos, o GTH dessa instituição tem reivindicado que seja dado um relativo conforto ao usuário enquanto aguarda o procedimento cirúrgico.

O paciente chegou aqui às oito horas. Mas já se previu que a cirurgia dele vai ser às quatro. Será que às 10h não se pode dar um café a esse paciente, ou dizer a ele que ele pode ir e voltar? Já que não se pode resolver de imediato a situação do tempo de espera é possível ao menos dar conforto e informação ao usuário.

Associado ao tempo de espera, há o problema da falta de vagas ou superlotação.

É muito difícil explicar ao paciente que chega aqui na emergência que ele não pode ficar. O Hospital também recebe muita demanda do interior do estado. Pode até acontecer, muitas vezes, como o pessoal vem do interior, da gente até acolher, mas aí, às vezes você é obrigado a mandá-lo “na outra esquina”. Infelizmente, é sofrível mesmo.

Conforme o entrevistado, a implementação de um sistema de acolhimento diferenciado, em que o usuário passa por uma triagem e é encaminhado de acordo com sua situação, tem colaborado para diminuir o número de reclamações.

O ambiente físico da porta de entrada dos hospitais não oferece condições adequadas de acolhida aos usuários e acompanhantes. Essa também é uma das demandas dos usuários nos hospitais pesquisados. A isso se soma a restrição no horário de visitas, resultando em aglomerados de pessoas esperando para ser atendidas. Em um dos hospitais, observou-se que esse é um momento de elevado estresse, tanto para quem espera como para quem presta atendimento. Na maioria dos hospitais pode-se observar um ambiente “policialesco”, com seguranças fardados exercendo rígido controle sobre a entrada e saída das pessoas. Nos

hospitais de maior porte, esta cena se completa com o constante ir e vir de ambulâncias e lotações provenientes do interior do Estado. Normalmente, um mesmo veículo passa por vários hospitais, retornando ao local de origem apenas ao final do dia.

Dadas as condições financeiras da maioria dos usuários do SUS, algumas de suas demandas extrapolam as possibilidades das instituições. “As pessoas internam por um problema clínico, mas acham que temos de resolver toda sua vida familiar ‘antes e durante’. E a gente tenta”. Esse relato de uma assistente social, coordenadora de um GTH, exprime algumas situações com as quais se deparam muitos trabalhadores da saúde cotidianamente. As demandas dos usuários não se resumem à solução dos problemas de saúde, mas vêm acompanhadas problemas pelo seu contexto socioeconômico. Um exemplo é a questão do transporte. Muitos usuários, principalmente os que precisam submeter-se a tratamentos mais prolongados, não têm condições de pagar a passagem de ônibus urbano, como em um caso relatado numa instituição. Nela os pais das crianças internadas na pediatria reivindicavam vales-transporte. “Eles acham que a instituição devia dar o vale-transporte para eles irem para casa e retornar”. Segundo a entrevistada, essa seria uma responsabilidade da prefeitura municipal através da FASC: “A FASC atende triagem – 10 fichas, uma vez por semana – as ‘criaturas’ têm de estar lá as cinco da manhã na fila”. De acordo com a entrevistada, a Secretaria Municipal de Saúde e a FASC consideravam que essa não era uma demanda sua, mas das instituições hospitalares. Os pacientes oncológicos, que fazem o tratamento com radioterapia e quimioterapia e que necessitam deslocar-se para isso, também têm essa demanda. Segundo a entrevistada, no hospital, as pacientes com câncer de mama recebem o suporte do grupo de voluntárias da mama, que consegue os vales através de doações. “Mas os outros com câncer que fazem quimioterapia e radioterapia? Hemodiálise?”. Essa situação suscita algumas indagações sobre quais são os limites da instituição no atendimento do direito à saúde, sobre qual é o papel do Estado e sobre qual o modelo de atenção à saúde mais adequado à população com essas características.

Dos hospitais pesquisados, cinco realizam pesquisa de satisfação do usuário. O hospital Beneficência Portuguesa deixou de fazê-la em virtude de não ter recursos para reproduzir o instrumento de pesquisa. Contudo, todos estão incluídos numa pesquisa de satisfação do usuário do SUS, realizada pela secretaria de saúde do

estado que abrange 234 instituições hospitalares do RS. A pesquisa serve como instrumento de avaliação do grau de satisfação dos usuários, da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais e seus colaboradores/equipe médica, dos indícios de irregularidade e do tempo de espera para a realização dos procedimentos. Os resultados divulgados pela SES/RS, do período de março de 2005 a julho de 2006⁷⁴, dão conta de que 50,4% consideram as instalações físicas e equipamentos excelentes, 40% boas, 6,6% regular e apenas 1,4% ruim ou péssima. Em relação à equipe de saúde, 67,3% consideraram-na excelente, 26,8% boa, 3,1% regular, 0,5% ruim e 0,6% péssima. Quanto ao tempo decorrido entre a consulta e a internação, 56,4% dos usuários responderam ter esperado até quatro dias, 23,5% de cinco a vinte dias, 10% de vinte e um dias a dois meses, 4,8% de dois a seis meses e 2,7% mais de seis meses. Embora os dados dessa pesquisa permitam avaliar alguns dos parâmetros da PHAS/RS e da PNH, não existe por hora um instrumento específico de avaliação das ações realizadas pelos GTH conforme esses parâmetros.

As ações realizadas pelos GTH pesquisados são diversificadas, incluindo fornecimento de vales transporte, campanhas (compra de poltronas para acompanhantes na unidade pediátrica, “Adote um eleito”), ampliação da capela, melhoria no serviço de nutrição, sala para acolher usuários e familiares, atividades lúdicas (sala de leitura e conto de estórias), melhoria no Morgue⁷⁵. A maioria das ações possui um aspecto caritativo e não emancipatório do usuário. Alguns dos coordenadores entrevistados expressaram sua angústia diante de algumas situações cotidianas dos hospitais. O nível socioeconômico da maior parte dos usuários do SUS é baixo e agravado pela doença. Isso gera demandas que as instituições hospitalares não conseguem absorver (locomoção, vestuário, etc). As ações efetuadas, embora pertinentes e por vezes necessárias para que o usuário tenha condições de realizar o tratamento, isoladamente não favorecem a conscientização do usuário acerca de seus direitos para além do leito hospitalar.

As ações realizadas pelos GTH moldam-se à maneira como o grupo percebe as necessidades mais imediatas dos trabalhadores e usuários. O resultado é uma multiplicidade de ações desconectadas que, apesar de resultar em mais conforto ao paciente e qualidade de vida no trabalho para os profissionais da saúde, passam ao largo de uma efetiva mudança de paradigma na gestão. Isso contribui para

⁷⁴ Disponível em www.saude.rs.gov.br. Acessado em 01/11/2006.

⁷⁵ Morgue é um tipo de capela mortuária onde são colocados os pacientes que foram a óbito.

fragilização da política enquanto proposta de mudança no modelo de atenção e gestão do SUS.

CONCLUSÃO

O direito à saúde no Brasil sofreu transformações significativas ao longo do século XX. O mais expressivo marco formal nesse processo de construção foi posto na Constituição de 1998 que responsabilizou o Estado pelo provimento da assistência à saúde de forma integral, universal e equânime, prevendo mecanismos de controle social sobre o sistema de saúde. O capítulo constitucional da saúde reuniu os anseios de grupos que reivindicavam a muito uma reforma sanitária e representou uma ruptura com modelo de saúde que orientava o sistema anterior, estabelecendo pontos de conflito no processo de implantação do SUS. Aliado a isso as mudanças ocorridas na década de 90, principalmente na economia, afetaram a implementação do SUS devido ao estrangulamento das fontes financiadoras do sistema. Nesse contexto, emergem iniciativas protagonizadas por atores que perseguem uma efetiva implementação do SUS como meio de atender o preceito constitucional do direito à saúde. Isso favoreceu a construção de uma proposta de humanização para o SUS que pretende, partindo de experiências exitosas de concretização desse sistema – o “SUS que dá certo” –, fortalecer e consolidar um modelo de atenção que atenda aos seus princípios norteadores.

No Rio Grande do Sul, concomitantemente à Política Nacional de Humanização (PNH), foi criada a Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS/RS). A pesquisa evidencia que existem significativas diferenças entre essas políticas, tanto nos parâmetros por elas estabelecidos quanto na metodologia de implementação empregada. De modo geral, essas políticas não têm conseguido alcançar uma concreta implantação no Rio Grande do Sul. Para isso contribuem alguns fatores evidenciados na pesquisa. Primeiramente o próprio processo histórico de construção da saúde como um direito, que não contou com a efetiva participação da grande parte dos sujeitos que seriam os grandes beneficiados com a sua implantação. Fica evidente que as políticas de humanização, voltadas para a garantia do acesso ao direito à saúde com qualidade surgem do poder executivo e não por força da mobilização de grupos organizados de usuários. No Rio Grande do Sul, soma-se a isso o fato do processo de formulação da PHAS não ter sido realizado com um debate prévio com trabalhadores da saúde, gestores municipais e conselhos de saúde, nos quais estariam representados os usuários do sistema. A

implementação da PNH e da PHAS/RS no Rio Grande do Sul e os efeitos produzidos por elas caracterizam-se como produto da ação do poder executivo e não como fruto da mobilização dos trabalhadores da saúde e usuários em prol da efetivação do SUS, afetando assim a contribuição dessas políticas para a efetivação e consolidação do direito à saúde no estado.

Outro fator relevante para a baixa efetividade das políticas de humanização no RS é a fragmentação do sistema de saúde, evidenciado no conflito em torno do sistema hospitalar filantrópico que continua atuando como prestador de serviços ao sistema público, formando um sub-sistema à parte e por vezes contrário à própria consolidação do SUS. Isso colabora para fragilização da implementação da PHAS, visto que a secretaria de saúde optou por iniciar a implantação da política pela rede hospitalar através de uma política de governo, o programa “Parceria Resolve”. Quando o governo começou a ter dificuldades de manter o programa, imediatamente houve uma desestimulação na implantação da política nos hospitais que haviam aderido à PHAS através do programa, como ficou evidenciado nos hospitais pesquisados.

A PHAS/RS apresenta parca consistência em seus parâmetros para colocar em curso uma mudança no modelo de atenção. As proposições vagas e abrangentes, aliadas à ausência de acompanhamento sistemático das ações e da sua efetividade para o alcance do objetivo da política, contribuem para o florescimento de uma pluralidade de ações nas quais prevalece o aspecto caritativo. Abrigam uma ampla e heterogênea gama de iniciativas que não estão articuladas entre si e dependem muito mais do voluntarismo de atores presentes nas instituições do que de parâmetros claros que orientem as ações de forma a alcançarem os objetivos da política. Embora essas ações colaborem de forma significativa para a melhoria de muitos aspectos da assistência à saúde e das condições de trabalho, elas possuem um baixo impacto sobre uma efetiva mudança do modelo de atenção e gestão do sistema.

Aliado a isso, existe a histórica organização do sistema de saúde gaúcho no qual prepondera o papel das instituições hospitalares, especialmente a rede hospitalar filantrópica prestadora de serviços ao SUS, que entra em conflito com o modelo de atenção e gestão previsto na LOS. Um outro elemento é o corporativismo presente no setor que também dificulta a implantação das políticas, pois esses

grupos tendem a defender seus interesses em detrimento do adequado funcionamento do sistema.

REFERÊNCIAS

ANGNES, Décio. HumanizaSaúde: diferencial do atendimento na saúde. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, V. 18, Nº 2, 2004, p. 9-15.

ARRETCHE, Marta T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 14, nº 40, 1999, p.111-141.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Saúde e Meio Ambiente**. Jornal da Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 6ª edição, 2005.

_____. **Saúde e Meio Ambiente**. Jornal da Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 7ª edição, 2006.

AYRES, José. R. C. M. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vol. 9, nº 1, 2004, p.

_____. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 49-83.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vol. 10, nº 3, 2005, p. 549-560.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **Sistemas de salud en Brasil**. Normas, gestión y financiación. São Paulo: Hucitec;Sobral;UVA, 2002.

BALERA, Wagner. **Sistema de seguridade social**. 4ª ed., São Paulo: LTr, 2006.

BARATA, Rita Barradas. 25 anos de compromissos e lutas pela saúde dos brasileiros. **Boletim Abrasco**, ano XXIII, nº 92, 2004.

BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. **Psicologia & Sociedade**; Vol. 15, Nº 1, 2003, p. 57-96.

BOVO, José Murari. **Federalismo fiscal e descentralização de políticas públicas no Brasil**. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, 2000.

BRAGA, Maria Christina de Almeida. Redes sociais de suporte e humanização dos cuidados em saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 163-183.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

_____. **HumanizaSus: política nacional de humanização**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **HumanizaSus: acolhimento com avaliação e classificação de risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **O dia em que o SUS visitou o cidadão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. **HumanizaSus: visita aberta e direito a acompanhante.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

_____. **HumanizaSus: gestão participativa e co-gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

_____. **Ambiência.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Grupo de Trabalho de Humanização.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

CAMPOS, Rosana Onocko. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, Vol. 27, nº 64, 2003, p. 123-130.

_____. Mudando os processos de subjetivação em prol da humanização da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vol. 9, nº 1, 2004, p.

CAPRARA, Andréa, LINS, Anamélia, FRANCO, Silva. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 15, nº 3, Rio de Janeiro, 1999, p. 647-654.

_____. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades e falácias. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 85-108.

CARVALHEIRO, José R. Os desafios para a saúde. **Estudos Avançados**. Vol. 13, nº 35, 1999, p.7-20.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência e Saúde coletiva**. Vol. 6, nº 2, 2001, p.435-444.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil: o longo caminho.** 5º ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

_____. **Forças armadas e política no Brasil.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

CASATE, J. C & CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Vol 13, nº 1, 2005, p. 105-111.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança em saúde.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. **Revista Lua Nova**, nº 19, São Paulo 1989.

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

CORTÉS, Fernando Martinez. Enfermedad y padecer. Ciência y humanismo em la práctica médica. **Anales Médicos**. Volume 47, nº 2, 2002, p.

COSTA, Nilson do Rosário. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação**. Saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Hucitec, 1998.

CREMERS, **Informativo Cremers**. Médicos em alerta. Ano 4, nº 33, Porto Alegre, 2006.

DAHL, Robert A. **Poliarquia : participação e oposição**. São Paulo: EDUSP, 1997.

DÂMASO, Romualdo. Saber e práxis na reforma sanitária. Avaliação da prática científica no movimento sanitário. IN TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária**. Em busca de uma teoria. 2ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 1995, p.61-90.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vol. 9, nº 1, 2004, p: 7-14.

_____. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 33-47.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FAVERET, Ana Cecília Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vol. 8, nº 2, 2003, p: 371-378.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**. Vol.13, nº 3, 2004, p.30-35.

FRANCISCONI *et al.* O papel dos comitês de bio ética na humanização da assistência à saúde. **Revista de Bioética**. Nº 5, 2002, p. 147-157.

FRIEDBERG, Erhard. **O poder e a regra: dinâmicas da acção organizada**. Lisboa: Inst. Piaget, 1993.

GALLIAN, Dante. A (re)humanização da medicina. **Psiquiatria na prática médica**. Disponível em www.unifesp.br/dpsiq/polbr, acessado em 10/02/2006.

GAUDERER, Christian. **Os direitos do paciente**. Um manual de sobrevivência. Rio de Janeiro: Record, 1991.

GHELLERE, Janete Lúcia Possato. Implantação de projetos no hospital Ministro Costa Cavalcanti para humanização hospitalar. **Revista Técnica-científica de Enfermagem**, Vol. 2, nº 10, 2004, p. 200-208.

HAMILTON, Wanda, FONSECA, Cristina. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos** Vol. 10, nº 3, 2003, p.791-825.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas da saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, nº 25, Curitiba, Editora UFPR, 2005p. 127-141.

JUNIOR, Pierre G. Nascimento & GUIMARÃES, Teresinha M. de Macedo. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. **Revista Bioética**, Vol. 11, nº 1, 2003. p. 101-114.

LACAZ, Francisco de Antônio Castro; SATO, Leni. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 109-139.

LEVCOVITZ, Eduardo et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e saúde coletiva**. Vol. 6, nº 2, 2001, p.269-291.

LIMA, Ana Luce Girão S; PINTO, Maria Marta. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Volume 10, nº 3, Rio de Janeiro, set-dez. 2003. p. 1037- 51.

LIMA, Nísia Trindade, HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In MAIO, Marcos Chor, SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Centro Cultural Banco do Brasil, 1996.

_____. Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são...Discurso médico-sanitário e interpretação do país. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 5, n. 2, 2000, p.313-332.

LIPOVETSKY, Gilles. **A Sociedade Pós-moralista**. O Crepúsculo do dever e a ética indolor dos novos tempos democráticos. São Paulo: Manoele, 2005.

LUCA, Tânia Regina. Direitos sociais no Brasil. IN PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanezi (Orgs). **História da cidadania**. 2ª ed., São Paulo: Contexto, 2003, p.469-473.

MACHADO, Juremir. (Prefácio) In: **A Sociedade Pós-moralista**. O Crepúsculo do dever e a ética indolor dos novos tempos democráticos. São Paulo: Manoele, 2005.

MARSHALL, T. H. **Política Social**. Trad. Meton P. Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MARTIN, Leonard M. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, Leo & BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004, p. 31-50.

MASETTI, Morgana. **Soluções de palhaços** – Transformações na realidade hospitalar. São Paulo: Ed. Palas Athena, 1998.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de Porta Aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 117-160.

MEZOMO, João C. **Hospital humanizado**. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento, 1979.

MEZZOMO, Augusto A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar**: uma visão multiprofissional. São Paulo: Loyola, 2003.

MINAYO S., Maria Cecília. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vol. 9, nº 1, 2004.

_____. Sobre o humanismo e a humanização. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 23-30.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Programa Nacional da Assistência hospitalar - PNHAH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **11ª Conferência nacional de saúde**. O Brasil falando como quer ser tratado. Efetivando o SUS. Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Boas Práticas de Humanização na Atenção e na Gestão do Sistema Único de Saúde**. Disponível em www.saude.gov.br/humanizasus, acessado em 15/10/06.

MOISÉS, José Álvaro. Dilemas da consolidação democrática, **Revista Lua Nova**, nº 16, São Paulo 1989, p.45-86.

MOREIRA, Denise Wolffenbüttel. ESP/RS: 40 anos de educação em saúde pública no Rio Grande do Sul. **Boletim da Saúde**. Vol. 16, nº 1, 2002, p.127-143.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Carta da Previdência Social**. Brasília:MPAS, 1993.

NYGREN-KRUG, Helena. Saúde e direitos humanos na Organização Mundial de Saúde. **Saúde e direitos humanos**. Ano 1, nº 1, Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 2004, p. 6-13.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. Oficinas de humanização: fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais da saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 141-161.

NUNES, Everardo Duarte, Henry Ernest Sigerist: pioneiro da história social da medicina e da sociologia médica. **Educación Médica Y Salud**, Vol. 26, nº 1, 1992, p.70-81.

_____. **Sociologia da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, Vanessa Elias. Política de saúde: as bases históricas de estruturação do SUS. Trabalho apresentado no **4º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Ciência Política**. Área Estado e políticas públicas. Painel (3). Inovações institucionais e a provisão de serviços públicos no Brasil. 21-24 julho 2004, PUC – Rio de Janeiro.

PAULON, Simone Mainieri, ELAHEL, Ana Lúcia Schettini. A construção de um observatório de práticas da política nacional de humanização do sistema único de saúde: a experiência do Rio Grande do Sul. In: **Boletim da Saúde**. Vol. 20, nº 2, Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, 2006, p.119-134.

PEREIRA, Carlos. A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira - 1985-1989. **Dados.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 1996. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001152581996000300006&lngpt&nrm=iso Acesso em 10/03/07. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0011-52581996000300006 1996, s/p.

PESSINI, Leo & BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, Leo. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: PESSINI, Leo & BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso, WESTPHAL, Márcia Faria, AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cadernos de Saúde Pública**, nº 21(2). Rio de Janeiro, mar-abr, 2005, p. 449-458.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**. Uma pequena revisão. Belo Horizonte: UFMG, 2001. Disponível em http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf, acessado 05/06/06.

PUCCINI, Paulo de Tarso, CECILIO, Luis Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Vol. 20, nº 5, 2004, p.1342-1353.

RAEFFRAY, Ana Paula Oriola. **Direito à saúde de acordo com a constituição federal**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. **HumanizaSaúde**. Política de Humanização da Assistência à Saúde/ PHAS. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2005.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS, 2000, 267 f, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SANTANA, José Paranaguá. 25 anos de compromissos e lutas pela saúde dos brasileiros. **Boletim Abrasco**, ano XXIII, n.º 92, 2004, p. 3-4.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na atenção básica e hospitalar**. Disponível em www.saude.gov.br/humanizausus, acessado em 10/09/06.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Décadas de Espanto e uma apologia democrática**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

SCLIAR, Moacyr. Saúde, cultura e democracia. **Saúde e Sociedade**. Volume 11, nº 1, jan-jul, 2002.

SERRA, José. **O sonhador que faz**. A vida, a trajetória política e as idéias de José Serra. Entrevista a Teodomiro Braga. Rio de Janeiro: Record, 2002.

SIGNOR, Lize Maria. 2005. **Irmãs missionárias de são carlos, scalabrinianas – 1895-1934**. Brasília: CSEM, 2005.

SILVA, M. J. Paes. O papel da comunicação da atenção à saúde. **Revista Bioética**, Vol.10, n.º 2, 2002, p. 73-78.

SOBOTTKA, Emil. A utopia político-emancipatória em transição: movimentos sociais viram ONGs que viram “terceiro setor”. **Teoria e Sociedade**, Belo Horizonte, V.11, nº 1, p. 48-65, 2003.

SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 7, nº 3, 2002, p. 431-442.

SOUZA, Jessé. **A modernização seletiva**: uma reinterpretação do dilema brasileiro. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

TEIXEIRA, Sônia Fleury, MENDONÇA, Maria Helena. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. IN TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária**. Em busca de uma teoria. 2ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 1995, p.193-232.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e vigilância no contexto da regionalização da assistência à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Vol. 18 (supl.), Rio de Janeiro, 2002, p.153-162.

WEFFORT, Francisco C. Dilemas da legitimidade política. **Revista Lua Nova**, Vol. 4, nº 3, São Paulo, 1988, p.8-30.