

## O MUNICÍPIO E A SAÚDE

Subsídios para uma política de municipalização dos serviços de saúde.

- I - O MUNICÍPIO E A SAÚDE
- II - A POSIÇÃO DO GOVERNO
- III - A POSIÇÃO DOS MUNICÍPIOS
- IV - A POSIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
- V - COMENTÁRIOS SOBRE ALGUNS CONCEITOS BÁSICOS  
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
- VI - CONCLUSÃO

*GILSON DE CÁSSIA MARQUES DE CARVALHO*

Rua Clóvis Bevilacqua - 125  
São José dos Campos - SP



INSTITUTO  
BUTANTAN  
A serviço da vida

Há bem poucos anos atrás apenas os municípios de capitais ou cidades grandes dedicavam parte de seus orçamentos ao setor saúde. Estes recursos eram em pregados no serviço de Pronto Socorro.

Atualmente vários municípios, mesmo de pequeno e médio porte colocam entre suas atribuições, a prestação de serviços à comunidade. Julgamos nós que esta nova mentalidade, em que a saúde é colocada como uma das prioridades a nível municipal, tem vindo suprir uma das grandes carências por que passa nossa população.

A responsabilidade pelo setor saúde até então vinha sendo quase que exclusivamente de poderes centrais como o INAMPS e a Secretaria de Saúde do Estado. É dentro de uma mentalidade de hierarquização e regionalização que caberá ao município atuar através do setor saúde.

A centralização das ações de saúde com o poder decisório a nível de capital estadual ou federal, tem, cada vez mais, distanciado a população usuária das soluções de seus problemas. As pequenas e médias cidades, contribuindo igualmente para os cofres do estado e do INAMPS, enfrentam dificuldades enormes no retorno dos benefícios a que teriam direito em termos de saúde. Muitas vezes estas cidades não têm nem serviço próprio do INAMPS, nem mesmo credenciado. E, quando têm serviços credenciados, as limitações a eles impostas acabam em prejuízo dos contribuintes. A nova visão colocaria os municípios à frente dos serviços de saúde, se não seus próprios serviços, pelo menos como participante na administração dos serviços públicos existentes no município.

A administração municipal, por estar mais próxima da população percebe melhor as suas deficiências e se vê impotente para atender às justas reivindicações do povo.

A legislação entregou ao município a difícil tarefa de ser responsável pelo atendimento das emergências. Justamente uma área que requer inúmeros recursos e uma perfeita integração com os demais serviços de saúde: estadual e federal.

A somatória dos três fatores: tradição, carência e uma legislação imprecisa tem levado os municípios à preocupação de levantarem pronto-socorros e se dedicarem às urgências e emergências. A atividade de pronto-socorro além de extremamente onerosa corresponde na escala de cuidados com a saúde a um segundo estágio, só compatível nos municípios que já estabelecem uma rede básica primária.

Todos os estudos até hoje realizados são unânimes em concluir que existe um degrau primeiro nesta escala de hierarquização e regionalização de serviços. Este primeiro estágio, que corresponde a "rede básica de saúde", quando bem estruturada e satisfazendo às reais necessidades da população "desafoga" a demanda ao pronto-socorro. Poderá então o pronto-socorro limitar-se às reais emergências e não apenas emergências geradas pela deficiência do atendimento primário. Exemplificando: - quando chega uma criança desidratada em IIIº Grau no pronto-socorro na maioria das vezes houve falhas anteriores no atendimento, que se não tivessem existido provavelmente teriam evitado que a criança desidratasse. As providências falhas seriam a nível de empregos, saneamento básico, alimentação, educação para a saúde e mesmo um primeiro atendimento quando se iniciou o quadro de vômitos e diarreia. - Isto posto, temos a convicção plena de que muito sofrimento humano seria poupado e que o ônus financeiro seria muito menor.

Portanto, nossa convicção é de que as prefeituras municipais devam se dedicar às atividades de cuidados primários de saúde, criando e desenvolvendo uma rede de serviços básicos de saúde hierarquizada e regionalizada - integrada aos demais serviços de saúde existentes no município e na região.

## II - A POSIÇÃO DO GOVERNO

Historicamente a saúde do brasileiro passou por vários estágios de "desatendimento" pela falta de uma política governamental de saúde. A saúde esteve durante séculos a mercê do trabalho caritativo das misericórdias e hospitais beneficentes, da bondade dos profissionais de saúde que por este Brasil afora cuidaram daqueles que podiam resarcir seus gastos e assim graciosamente atendiam aqueles que nada podiam pagar.

Os Institutos de Aposentadoria e Pensões, mais tarde, distorcendo a filosofia principal de sua criação, foram cada vez mais dedicando seus recursos à prestação de serviços de saúde. Com a unificação dos IAPS foi criado o INPS que acabou sendo o maior financiador, direta ou indiretamente, de quase toda a prestação de serviços de saúde deste país.

Em 1975 tentou-se esboçar, através da criação do Sistema Nacional de Saúde, uma política de saúde que afinal nunca foi regulamentada. Persistiu assim o que vemos hoje: um Ministério da Saúde fraco e com um orçamento irrisório e um Ministério da Previdência, ao qual pertence o INAMPS, executando, mas, na maioria das vezes, comprando serviços de saúde dos hospitais e santas casas particulares ou filantrópicas.

Os municípios foram atendendo às necessidades mais prementes do povo que eram as de pronto-socorro, já que nada podiam fazer na área de cuidados primários.

O Estado, através dos centros e postos de saúde, cuidando especificamente da parte de vacinação e controle de algumas doenças como a Lepra e a Tuberculose e tentado desenvolver alguns programas com as crianças, as gestantes e adultos.

Em 26/6/1978, o Ministério da Saúde e o da Previdência Social em documento conjunto, estabelecem algumas diretrizes para os serviços básicos de saúde:

- "A fim de assegurar à população amplo acesso aos serviços de saúde a instalação de serviços básicos de saúde terá precedência sobre qualquer outro de maior complexidade".
- "As populações residentes em áreas rurais e periféricas dos centros urbanos serão atendidos por serviços básicos de saúde com ações de tecnologia simplificada, eficaz e de baixo custo, nos seguintes campos: saúde, saneamento e técnico administrativo".
- "A tecnologia a ser empregada constará de procedimentos simples, especificados em normas e instruções condicionados a situações locais, sob supervisão permanente, com maior grau de delegação de competência e atribuições a pessoal técnico e auxiliar".

Depois de muito ouvir discutir a comunidade científica e sentir a necessidade de se criar um programa de saúde que atendesse às reais necessidades da população, o Governo Federal através de uma comissão mista do Ministério da Saúde e Previdência, fez elaborar uma proposta de organização do sistema de saúde a que se denominou Prev-Saúde. Assim no ano de 1980 saía a Versão Preliminar do Ante-Projecto do Prev-Saúde, preparado por um Grupo Técnico Interministerial. Este documento sofreu várias alterações e ensejou uma discussão apressada na comunidade científica, dado à exiguidade de tempo que lhe foi dado para discutir e opinar.

Segundo o próprio secretário geral do Ministério da Saúde, em mais de um depoimento, o PREV-SAÚDE cumpria sua missão ao servir para ampla discussão entre os profissionais da área de saúde. Sua primeira versão, ainda não conspurcada pelos interesses de grupos envolvidos, foi uma excelente proposta que nem se iniciou.



Basicamente as idéias propostas pelo Prev-Saúde são as seguintes:

"São objetivos do Programa:

a) No referente às pessoas:

- estender a cobertura por serviços básicos de saúde a toda a população;
- reorganizar o setor público de saúde pela articulação das diversas instituições existentes e pela reordenação da oferta de serviços, implicando na redução dos custos unitários e no aumento da produtividade dos recursos disponíveis.

b) No referente às ações sobre o meio:

- promover a melhoria das condições gerais do ambiente, conferindo ênfase à implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água para as populações não cobertas pelos atuais programas e às medidas sanitárias - destino adequado de dejetos e melhorias habitacionais - necessárias ao controle da esquistosomose e da enfermidade de Chagas.

"Os serviços básicos de saúde constituirão o eixo das ações a serem desenvolvidas, revestindo-se de absoluta prioridade em relação aos níveis mais complexos, que lhes dão apoio. Entende-se como serviços básicos aqueles essenciais ao atendimento das necessidades básicas de saúde de determinada área. No âmbito de atenção às pessoas, abrangem os cuidados primários prestados por agentes comunitários, por pessoal auxiliar e por médicos generalistas; a atenção ambulatorial diferenciada em quatro áreas básicas (Clínica médica, gineco-obstetricia, pediatria e odontologia) e em especialidades estratégicas; o atendimento de emergência, provido de leitos de observação; e o internamento em unidades mistas. Por outro lado, compreendem também, as medidas simplificadas de saneamento básico, de melhoria da habitação popular e das demais condições ambientais que representem risco à saúde das comunidades".

"Mantida a abrangência nacional e a universalização de acesso aos serviços haverá privilégio das zonas rurais e periféricas dos grandes centros urbanos".

"As diretrizes principais dizem respeito, sobretudo, à responsabilidade pública pelos serviços básicos e pela condução e controle de todo o sistema; à articulação entre as instituições públicas; à descentralização decisória e operacional; à integração entre ações de promoção e recuperação e reabilitação; à simplificação de técnicas e de meios; à eficiência administrativa, sem prejuízo da eficácia social; e à participação comunitária". PREV-SAUDE - VERSÃO PRELIMINAR - 1980.

Depois do balão de ensaio que foi o PREV-SAÚDE o governo ficou em com passo de espera entre a falência da previdência e a necessidade realmente de fazer alguma coisa que mudasse as condições de saúde da população e que racionalizasse os custos da previdência. Assim em maio de 1982 o CONASP (Conselho Consultativo da Administração de Saúde Previdenciária) lançou o PLANO DE REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ÂMBITO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL que felizmente se tratou de uma proposta mais concreta, resultante sem dúvida dos estudos realizados por ocasião do lançamento do Prev-Saúde. Uma proposta bem menos ambiciosa que a do Prev-Saúde mas que aos poucos vai se tornando viável e já vem sendo implantada em algumas cidades do Brasil como Rio de Janeiro, Niterói, Campinas, etc.

Os pontos principais deste Plano de Reorientação de Assistência à Saúde são os seguintes:

- 1) Prioridade maior às ações primárias de saúde, com ênfase na assistência ambulatorial, cujo funcionamento adequado represente a verdadeira porta de entrada para o sistema;
- 2) Integração das instituições de saúde mantidas pelos governos federal, estadual e municipal, num mesmo sistema, regionalizado e hierarquizado, cuja amplitude pode e deve ser estimada local ou regionalmente, incluindo a população rural;
- 3) Utilização plena da capacidade de produção de serviços por essas instituições, às quais devem ser assegurada prioridade nos atendimentos à clientela;
- 4) Estabelecimento efetivo de níveis e limites orçamentários, para cobertura assistencial, ajustando os seus programas às condições reais da economia nacional;
- 5) Administração descentralizada dos recursos previstos;
- 6) Reconhecimento da participação complementar da iniciativa privada, na prestação de assistência;
- 7) Estabelecimento de critérios mais racionais para a prestação de serviços médicos, não só pelas instituições ou médicos privados mas também pelos próprios estabelecimentos ou servidores públicos, com vistas à melhoria das condições de atendimento;

- 8) Simplificação concomitante dos mecanismos de pagamento de serviços prestados por terceiros, com o necessário controle pelos órgãos públicos;
- 9) Racionalização das indicações e prestações de serviços médicos de custo elevado, assim como de tratamento fora de domicílio ou do país, com a criação dos Centros de Referência para prestação de tais serviços;
- 10) Implantação gradual da reforma, num prazo útil, que permita, entretanto reajustes eventuais."

Isto é o que existe de mais recente em termos de posição do Governo em relação à saúde e que tem muito que ver com a atuação dos municípios e que deverá nortear qualquer tipo de ligação entre a previdência e as prefeituras municipais no setor saúde.

### III - À POSIÇÃO DOS MUNICÍPIOS

A promulgação da Lei 6229 de 1975, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, e a eleição, em 1976, de prefeitos com plataformas políticas voltadas à melhoria das condições de saúde e de atendimento médico-sanitário nos Municípios de Londrina, Campinas e Niterói, tendo como secretários de saúde respectivamente o Dr. Márcio José de Almeida, o Dr. Sebastião de Moraes e Dr. Hugo Tomasini, foram fatos precursores dos Encontros Municipais de Saúde.

Neste mesmo período desenvolvia-se um intenso debate no seio dos sanitaristas sobre as possibilidades de se contribuir para o acúmulo de experiência na organização e funcionamento de serviços de saúde calcados no modelo de atenção primária à saúde.

Esse debate circulava, como ainda circula, através do CEBES, das Associações de Sanitaristas-e, principalmente, do conjunto de profissionais envolvidos nos trabalhos da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

O fato de terem sido convidados para levar à prática, no campo de saúde, a plataforma política das administrações municipais acima citadas, propiciou aos responsáveis pelas secretarias de saúde, que já possuíam um certo grau de relacionamento mútuo, a oportunidade de discutir a aglutinação de um maior número de municípios no debate dos problemas, das propostas e das experiências de atuação municipal no setor de saúde.

Campinas, em maio de 1978, sediou o I Encontro Municipal do Setor Saúde, com a participação de 62 Municípios, sendo que as principais conclusões foram:

- 1) A prioridade da programação municipal de saúde deve estar voltada para a Atenção Primária.
- 2) Os órgãos financiadores devem priorizar os pedidos dos municípios e outros órgãos públicos, em detrimento do setor privado.
- 3) A política tributária precisa ser revista e as prefeituras municipais devem ampliar suas dotações para a saúde e obter do Estado e da União condições para o cumprimento das obrigações que lhe são conferidas pela Lei 6229.
- 4) Há necessidade de integração do serviço municipal de saúde com os serviços das demais instituições locais.
- 5) Não se deve dissociar a característica técnica dos programas de saúde de sua característica política. Assim sendo, a ampla participação da população nas decisões sobre política de saúde é fundamental para assegurar o cumprimento dos interesses da comunidade.

No mesmo ano de 1978, foi realizado o I Encontro Nacional de Secretários de Saúde das Capitais do Nordeste, em Teresina, com a presença de Secretários de 8 capitais e onde se chegou às seguintes conclusões e recomendações:

#### A - CONCLUSÕES:

- 1) Não há uniformidade de atividades nas diversas secretarias municipais de saúde, com exceção de assistência médico-odontológica que é desenvolvida por todas e absorve a maior parcela de recursos humanos e financeiros.
- 2) A maior parte das secretarias não tem uma programação definida, não tem condições técnico-administrativas para avaliar e controlar suas atividades, não tem recursos humanos suficientes, nem condições de promovê-los.
- 3) A participação do setor saúde nos orçamentos municipais é extremamente reduzida.
- 4) Não há compatibilização entre as programações das secretarias municipais de saúde e demais órgãos ou instituições do setor.
- 5) As secretarias municipais de saúde não vem pautando suas atividades de acordo com o que estabelece o sistema nacional de saúde em decorrência da não regulamentação da lei 6229, havendo incompatibilidades entre leis federais, estaduais e municipais.

B - RECOMENDAÇÕES:

- 1) Desenvolver esforço no sentido de identificar as atividades básicas comuns às diversas secretarias, permanecendo as demais atividades segundo as peculiaridades locais.
- 2) Transferência progressiva da atividade de medicina curativa para outras instituições de saúde, enfatizando-se, paralelamente, a medicina de massa.
- 3) Empenho efetivo das Prefeituras visando a capacitação técnico-administrativa das secretarias municipais de saúde a fim de que possam atuar eficientemente.
- 4) Obter maior porcentagem do orçamento municipal para as secretarias de saúde.
- 5) Alterar o artigo 4º do Código Nacional de Saúde, atribuindo aos municípios o direito de legislar supletivamente no campo de saúde.
- 6) Promoção de Encontro Nacional de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o propósito de compatibilizar as programações federal, estadual e municipal.

Em outubro de 1979 realizou-se em Niterói o IIº Encontro Municipal do Setor Saúde, com a participação de 67 municípios. As principais conclusões foram:

- 1) As condições econômico-sociais são determinantes do nível de saúde. Como o modelo de desenvolvimento nos últimos 15 anos tem se caracterizado por uma concentração de renda, houve uma queda na qualidade de vida da população de renda baixa e conseqüentemente uma queda no nível de saúde.
- 2) Os municípios estão em crise devido à porcentagem pequena que recebem da arrecadação global, à centralização administrativa e à defasagem entre em cargos recebidos e volta dos mesmos.
- 3) A Política Nacional de Saúde privilegia o setor privado.
- 4) A legislação existente não favorece a implantação efetiva de um sistema nacional de saúde de acordo com os interesses da população.
- 5) A participação dos municípios na prestação de serviços de saúde é limitada por:
  - a - situação fiscal e legal;
  - b - pequenos orçamentos;
  - c - investimentos em hospitais e serviços de urgência;

- d - falta de apoio técnico e financeiro;
  - e - desinteresse de integração entre os vários níveis e tipos de serviços de saúde.
- 6) A população pressiona para obter serviços de saúde e ela deve participar desde o planejamento inicial até a efetiva implantação destes serviços. A reformulação da atual Política Nacional de Saúde depende do empenho de todos os setores sociais comprometidos com a democratização da saúde.
- 7) Há necessidade de implantação de uma rede básica de atendimento, baseado na atenção primária à saúde, que deve ser a porta de entrada do serviço, viabilizando um sistema único de saúde, integrado e hierarquizado, sem a participação da iniciativa privada.
- 8) Para isso é preciso:
- a - reforma tributária;
  - b - alteração da legislação;
  - c - fusão dos ministérios da Saúde e Previdência Social;
  - d - convênios globais entre o INAMPS, Estado e Municípios;
  - e - reorientação quanto à política de formação de recursos humanos;
  - f - outras medidas que devem ser definidas de acordo com a realidade local.

Dando continuidade às propostas de intercâmbio regional de experiências no setor saúde, foram realizados, em 1980, dois encontros regionais:

- o Iº Encontro Regional de Atenção Primária à Saúde do Vale do Paraíba, em São José dos Campos e o
- o Encontro de Saúde a Nível Municipal, em Campina Grande.

Em março de 81, realizou-se em Belo Horizonte, com a participação de 80 municípios, o Iº Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, cujo tema central foi a participação do município face à proposta do Prev-Saúde. Os seguintes pontos foram destacados como conclusões:

- 1) O Prev-Saúde é um programa vertical, de cima para baixo, que não contou com a participação comunitária, a qual é imprescindível para a conquista da saúde da população.
- 2) Devido à diversidade existente entre os municípios fica reconhecida a possibilidade de um planejamento global de saúde para todos eles.

- 3) Deve caber ao município o atendimento básico da população, sendo que o poder de decisão deve permanecer a nível local, com participação da comunidade.
- 4) A União e o Estado devem repassar recursos aos municípios, sendo que aqueles que mantêm atendimento secundário e terciário devem ser tratados em pé de igualdade com a rede particular.
- 5) Devem ser organizados órgãos de planejamento a nível regional para os municípios que não tenham nenhuma possibilidade de executar um programa básico de saúde. Do mesmo modo os representantes de saúde dos municípios devem se organizar a nível local ou regional para junto com as organizações populares, constituir força de pressão que possibilite a conquista dos objetivos pretendidos.
- 6) É necessária a representação formal dos municípios juntos às CIPES.

É preciso citar que nesses últimos dois anos realizaram-se vários mini-encontros no Estado de São Paulo, onde se discutiu tanto aspectos relacionados à política de saúde, como tecnologia de atenção primária.

Em maio de 1981 representantes de 60 municípios paulistas presentes num encontro regional em Sorocaba, redigiram e aprovaram o documento "A MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE" cujas conclusões achamos importante citar:

- "Que os municípios, dentro de suas disponibilidades de recursos, dêem prioridade à instalação de Serviços Básicos de Saúde de nível de Atenção Primária"
- "Que os municípios exerçam seu devido papel de principal articulador da política local de saúde, incorporando os elementos de normalização dos níveis estadual e federal".
- "Que os municípios definam e conduzam, junto com a comunidade a política local de saúde e as diretrizes das programações específicas".
- "Que o Prev-Saúde venha realmente proporcionar condições técnicas e financeiras que permitam ao município instalar serviços básicos de saúde a nível de atenção primária compatíveis com as reais necessidades da população".
- "Que os municípios com experiências em programas de serviço básicos de saúde de a nível de atenção primária, dêem assessoramento técnico administrativo às prefeituras interessadas".

- "Que seja regulamentada a profissão de Auxiliar de Saúde elemento humano fundamental nos programas de saúde a nível de atenção primária".
- "Que sejam alteradas as cotas de distribuição tributária a fim de que os municípios possam receber das rendas públicas além dos míseros 7 a 10%".
- "Que as verbas destinadas à área social (educação, saúde e assistência social) sejam priorizados".
- "Que os municípios fortaleçam sua organização a nível regional, estadual e nacional para levarem melhor à frente suas reivindicações e de suas comunidades". Sorocaba - Maio 1981.

Am abril de 1982 em São José dos Campos realizou-se simultaneamente o IIIº Encontro Municipal do Setor Saúde e o IIº Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O relatório final aprovado em 21 de abril de 1982 inclui o seguinte:

"As necessidades de saúde da população são sentidas por todos e estão representados nos altos índices de mortalidade, morbidade e na baixa expectativa de vida do povo brasileiro.

A relação de causalidade está claramente estabelecida com outros fatores que não dependem diretamente do setor saúde: salário, desemprego, concentração de rendas, habitação precária, educação deficiente, falta de saneamento e preservação do meio ambiente, falta de participação da comunidade na decisão de seu destino. Além destas dificuldades há de se considerar as limitações e deficiências do próprio setor saúde.

Diante do quadro acima, os participantes do encontro decidem continuar o encaminhamento de sua luta propondo: reforma tributária justa; novos e suficientes recursos para os serviços básicos de saúde; melhor salário para o pessoal de saúde; melhor formação deste pessoal; escolha dos agentes de saúde pela própria comunidade; integração dos organismos prestadores dos serviços de saúde; criação de um sistema hierarquizado com uma porta de entrada única para o sistema de saúde; municipalização dos serviços básicos de saúde; programa de saúde elaborados pelas bases; desenvolvimento de tecnologia própria de atenção primária; aproveitamento das práticas de medicina popular à luz de novos conhecimentos; conscientização dos profissionais de saúde para intervir nos fatores setoriais e extra-setoriais; participação comunitária; educação para a saúde". São José dos Campos, 21/4/1982.

Como subsídio filosófico importante incluímos in totum - em anexo - o documento "ALGUMAS INFORMAÇÕES ÚTEIS PARA A IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA REDE DE POSTOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE" Elaborado por uma equipe de técnicos de saúde interessados em apoiar as prefeituras que estivessem iniciando ou desenvolvendo trabalhos de atenção primária à saúde, trabalho coordenado pelo Prof. Nelson Rodrigues dos Santos.

Todas estas reuniões foram unânimes em suas conclusões situando nos serviços básicos o papel do município em relação à saúde e detectando as reais causas do baixo nível de saúde de nossa população que de modo algum poderiam estar somente no setor saúde.

#### IV - A POSIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

Tanto se preocupou a Organização Mundial de Saúde com a falta de assistência da maioria da população mundial que, em 1978, reuniu em Alma-Ata na Rússia - representantes de vários países somente para discutir qual posicionamento tomaria diante desta realidade.

Desta reunião resultou o documento CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE (ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE) do qual retiramos alguns extratos que procuram mostrar a atenção primária à saúde como a única maneira de levar saúde para todos.

- "Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologia práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em cada etapa de seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. A atenção primária faz parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato do indivíduo, das famílias e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, pelo qual a atenção primária é levada o mais próximo possível aos locais onde as pessoas vivem e trabalham e constitui o primeiro elemento de um continuado processo de atenção à saúde".
- "A atenção primária à saúde é muito mais que uma simples extensão dos serviços básicos de saúde; abarca fatores sociais e de desenvolvimento e se aplica de maneira apropriada influirá no funcionamento do resto do sistema de saúde".

- "A atenção primária de saúde é válida para todos os países desde os mais desenvolvidos até os de menor desenvolvimento e adota diversas formas segundo diferentes modalidades políticas, sociais e culturais. Sobretudo para os países em desenvolvimento é uma necessidade premente".

Informe Conjunto do Diretor Geral da OMS e do Diretor Executivo da Unicef-Genebra-Maio-1978 (Informe previo para a reunião de Alma-Ata).

- "Os cuidados primários de saúde:

- 1) refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características sócio-culturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.
- 2) têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.
- 3) incluem pelo menos: educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos de sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimento e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive o planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.
- 4) envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores e requerem esforços coordenados de todos estes setores.
- 5) requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis: locais, nacionais e outros e para este fim desenvolvem a través da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.
- 6) devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que tem mais necessidade.

7) baseiam-se, aos nı́veis local e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saı́de, inclusive mēdicos, enfermeiras parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar social e tecnicamente, ao lado da equipe de saı́de e para responder às necessidades expressas de saı́de da comunidade.

- "Poder-se-á atingir um nı́vel aceitável de saı́de para todos os povos do mundo até o ano 2.000 mediante o melhor e mais completo uso de recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamentos e conflitos militares".
- "A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saı́de concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saı́de sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo, e particularmente nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional". - Alma-Ata - 8/8/1978.

V - COMENTÁRIOS SOBRE ALGUNS CONCEITOS BÁSICOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAUDE

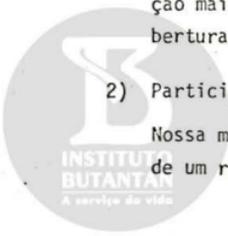
A Atenção Primária à Saı́de como a explicita a Organização Mundial de Saı́de inclui vários conceitos cuja análise se faz necessária.

1) Extensão de Cobertura:

Quando se fala em extensão de cobertura vale dizer que todos os indivíduos têm direito à saı́de e qualquer programa que vise melhorar as condições de saı́de de uma população deverá procurar estender o máximo possível esta cobertura, prestando os serviços essenciais à maior parte da população, senão a toda ela. É bem verdade que de início dever-se-á priorizar a população mais carente da zona rural e da periferia das cidades até chegar à cobertura total.

2) Participação Comunitária:

Nossa meta deverá ser trabalhar ao lado da comunidade, junto à ela, dentro de um relacionamento o menos vertical possível. Em todas as fases do pro



cesso de levar saúde à população dever-se-á buscar o respaldo junto ao povo, de modo que ele esteja real e totalmente envolvido. Os serviços de saúde de não deverão ser recebidos como algo oferecido paternalisticamente pelos poderes constituídos, mas que seja um direito do próprio povo. Não existem modelos prontos de participação do povo. A participação tem que ser buscada a cada instante e a cada nova situação. As posições polarizadas devem ser evitadas de um lado pode-se cair num democratismo estéril, ineficaz, em que se multiplicam "as reuniões democráticas" para decisões, mas a que nada se chega, muitas vezes levando a população ao cansaço e exaurimento. De outro lado dever-se-á evitar as decisões extremamente verticais que chegam às bases em pacotes prontos para uma comunidade apenas passivamente digerir e se deixar manipular. A participação comunitária, direta ou indireta, é uma busca contínua feita de erros e acertos. Principalmente é feita da vontade firme de quem dirige de realmente administrar junto com o povo.

### 3) Acessibilidade:

A acessibilidade física à unidade de saúde deverá ser buscada facilitando à população a chegada à unidade perto de sua residência. Um dos parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde é de que o ponto mais extremo de residência da população servida, até o posto deve distar no máximo vinte minutos para uma mãe que traga, caminhando, sua criança ao colo.

Além deste conceito físico de acessibilidade existe um outro mais profundo que é fruto da participação da comunidade. Este conceito leva cada indivíduo a se sentir a vontade ao procurar sua unidade de saúde como algo que é seu, para seu uso e onde ele não será tratado como um estranho ou indesejado.

### 4) Universalização:

Além da cobertura dever ser estendida à população ela deverá incluir um conceito de universalização em que todas as pessoas de determinada comunidade possam ter acesso a ela. Não deverá haver limitação nem econômica (pobre-rico), nem religiosa, nem de cor e principalmente deverá independe do convênio ao qual o usuário tenha direito. O Acesso deverá ser para todos: universalizado.

### 5) Coordenação inter e intra-institucional:

O trabalho deverá ser bem coordenado dentro da própria instituição e com as demais instituições de saúde. Deverá haver uma soma de esforços e não a existência de serviços paralelos e descoordenados. A coordenação intrainstitucional é primordial: primeiro o entrosamento dentro de casa, entre os

vários setores do serviço de saúde; depois com os demais serviços da instituição.

Finalmente a integração intra-institucional com o INAMPS, com a Secretaria Estadual de Saúde e com outros organismos que atuem em saúde.

#### 6) Equipe Primária:

Os membros essenciais de uma equipe de atenção primária são o médico generalista que resolve os principais problemas e o pessoal auxiliar de enfermagem: agente, auxiliar e enfermeiro.

Num segundo estágio esta equipe primária se completará com as demais especialidades consideradas básicas: o ginecologista-obstetra; o pediatra e o odontólogo.

Com o crescimento do serviço de saúde e sua maior complexidade, já em nível de equipe de referência, aparecerão outros especialistas.

Serviços de maior complexidade poderão se completar a nível de assessoria com profissionais de outras áreas de conhecimento como psicólogo, assistente social, sociólogo, etc..

Entretanto, que fique bem claro que a mola mestra de um serviço de atenção primária é o pessoal auxiliar e o médico generalista.

#### 7) Hierarquização e complexidade crescente:

Deverá haver uma hierarquização entre os recursos de saúde oferecidos à população. O acesso deverá ser feito pelos serviços mais simples, oferecidos perto da residência dos indivíduos, confirmando o conceito de que a rede básica seja a porta de entrada dentro do sistema de saúde.

Os passos seguintes neste sistema hierarquizado, devem incluir a idéia de que os serviços prestados sejam de complexidade crescente. Portanto não cabe dentro da unidade mais simples um equipamento de raio X que provavelmente será mal utilizado. Caberá entretanto sem dúvida, na unidade mais complexa para onde serão encaminhados os indivíduos que necessitarem deste tipo de atendimento.

#### 8) Regionalização:

A regionalização dos serviços tem várias amplitudes e depende justamente do grau de complexidade das atividades a serem desenvolvidas. Por regionalizados se entendem os serviços que são o mais equitativamente distribuídos por regiões, integrados entre si, com referência estabelecida. Atividades de complexidade média poderão ser regionalizadas em micro - regiões, já as mais complexas serão por regiões maiores.

A regionalização adequada impede que se multipliquem serviços num determinado local enquanto outros fiquem carentes. A regionalização evita a ociosidade de recursos e facilita a clientela o acesso aos serviços básicos e aos mais complexos.



Com serviços regionalizados torna-se mais fácil a implantação da referência e contra-referência.

9) Referência e contra-referência:

A unidade de saúde menos complexa deverá ter todo um esquema de referência montado para que a equipe de saúde saiba para onde encaminhar aqueles que requerem tratamentos mais especializados ou recursos diagnósticos (raio X, laboratório etc.).

A integração intra-institucional e interinstitucional deverá ser perfeita para que os serviços primários, a base, tenha plena liberdade para encaminhamento de pacientes que julgarem necessários. De outro lado o paciente tem que se sentir seguro e atendido quando referenciado para unidades da própria instituição ou de outras instituições de saúde. As unidades de base deverão ter todas as informações em relação aos demais serviços para encaminhamento, diminuindo todos os procedimentos burocráticos e facilitando ao paciente o máximo para que não ocorram idas e vindas desnecessárias.

A contra-referência é subsequente à referência. O paciente encaminhado deverá voltar à sua unidade de origem para continuidade do tratamento, visando sempre sua facilitação. É bem verdade que criar a contra-referência tem sido bastante difícil dentro das atuais instituições de saúde. Paciente encaminhado, geralmente é paciente que não retorna. Esta filosofia dentro do sistema de saúde precisa aos poucos ser entendida e praticada para que o paciente seja melhor atendido. A maioria dos problemas de pois de vistos pelos especialistas ou depois de realizados os exames complementares, poderão ser acompanhados pelos profissionais da equipe primária.

Para isto é necessário que os profissionais reencaminhem estes pacientes a seus médicos de unidades básicas com um relatório para que estes pacientes sejam acompanhados.

Quando houver um sistema de saúde com referência e contra-referência bem estabelecidos, sem dúvida acabará a multiplicidade de consultas e de exames de laboratório (pacientes que se consultam cinco vezes - por um único problema - em instituições diferentes e a cada vez começando tudo de novo).

9) A desmonopolização do saber e a delegação de atividades:

A saúde deverá em última análise voltar para as mãos do povo e o profissional de saúde deverá levar ao povo tudo aquilo que lhe foi transmitido. O povo é o primeiro objetivo mas os outros trabalhadores de saúde, como auxiliares e agentes, deverão por primeiro receber este saber dos profissionais universitários. Nossa população é carente de informações sobre seu corpo e sua saúde. Muitos conceitos transmitidos entre as pessoas já são ultrapassados e precisam ser atualizados. Como acontecerá isto se aqueles

que sabem não democratizam o saber? Não procuram conversar com as pessoas sobre seu corpo, as doenças que estão sendo tratadas, os meios de preveni-las em qualquer de suas fases?

Desmonopolizando o saber fica mais fácil delegar as atividades.

Quantas coisas simples poderiam ser feitas pelos auxiliares sem que fosse envolvido diretamente o médico? As atividades deverão ser delegadas na medida do possível e na medida em que os conhecimentos sejam passados ao pessoal auxiliar.

Isto é uma nova postura que muda estruturalmente uma instituição e aos poucos vai conquistando a população. Por que uma simples assadura de criança não pode ser tratada pelo pessoal auxiliar? Se uma mãe for bem orientada para apenas ter cuidados de higiene diante de uma assadura há grande chance de, sem medicamentos, esta assadura curar-se. Entretanto, se o médico apenas receitar um medicamento e não orientar a mãe sobre os cuidados de higiene, há grande chance desta assadura não se curar.

#### 10) Supervisão:

Se há uma desmonopolização do saber e se procura delegar atividades é necessário que se estabeleça um sistema de supervisão. É importantíssima a supervisão em atenção primária principalmente na medida em que ela deixa de ter o caráter fiscalizador de controle mas se ocupa de dar apoio técnico ao pessoal de base.

Uma boa supervisão, feita por pessoal competente e de bom relacionamento com as pessoas, será uma das ferramentas essenciais na atenção primária principalmente quando se pretende formar o pessoal auxiliar retirado de suas próprias comunidades.

#### 11) Educação em Saúde:

Outro ponto fundamental em atenção primária à saúde é relativo a educação para a saúde. Novamente o conceito de desmonopolização do saber se torna importante. A educação como um todo e como um processo está sendo rediscutida. Novos conceitos se impõem e este processo está sendo horizontalizado, em contraponto à educação verticalizada até agora aceita como o caminho e praticada em todos os setores. Não se transmitem simplesmente conceitos, mas é em cima da discussão do que se sabe e que poderão ser colocadas informações novas. A educação para a saúde não existe em si própria mas ela atinge seus objetivos quando novas posturas são assumidas a partir daquilo que se sabe. A ferver das fraldas ensinada pelo pessoal de saúde pode ter sido simplesmente ouvida e não resultar em nada. As assaduras só diminuirão a partir do momento em que a mãe entender o porquê e passar a ferver as fraldas. Novamente aqui há muita coisa a ser reaprendida e precisa ser tentada.

## 12) Prioridade:

Nem tudo poderá ser feito ao mesmo tempo e quanto mais embasado for o crescimento, melhor serão feitas as atividades. É urgente saber priorizar. Escolher junto com o povo as prioridades e partir para executá-las. A tentativa de resolver tudo ao mesmo tempo poderá levar à má execução ou à frustração de se ver impotente para se conseguir tudo.

Eleger as prioridades é essencial para quem está começando.

## 13) Eficácia e eficiência:

Os conceitos de eficácia e eficiência serão medidos na avaliação. Todo o trabalho deverá ser avaliado, num processo contínuo de informações para ser realimentado o sistema e reajustadas as atividades desenvolvidas.

A eficácia representa quanto conseguimos do resultado pretendido com nossa atividade.

A eficiência relaciona o que foi gasto no processo com os resultados obtidos.

Podemos estar sendo muito eficientes em nosso trabalho, que não esteja resultando em quase nada: trabalho eficiente sem nenhuma eficácia. Por exemplo: Montamos uma rede básica de saúde que funciona muito bem, mas de outro lado a mortalidade infantil continua cada vez mais alta.

Nossa atividade eficiente está mal direcionada pois não levou à melhoria da qualidade de vida da população prioritária que é a infantil. Montamos um serviço eficiente, mas completamente ineficaz pois não conseguimos atingir e modificar as causas que estariam levando a um aumento da mortalidade infantil.

A medida da eficácia será buscada através de índices já conhecidos como os de população coberta, mortalidade, expectativa de vida, etc. Existem outras formas que poderão ser desenvolvidas e precisam ser testadas. O nível de satisfação da população não medirá automaticamente a eficácia do serviço, mas servirá para sentir se está havendo eficiência entre aqueles que estão trabalhando no serviço.

VI - CONCLUSÃO

Em relação ao que foi exposto vemos uma posição bem clara do que deve ser assumido pelos municípios em relação à saúde.

Aos municípios cabe um papel primordial - por solicitação da própria comunidade, por delegação do governo federal e por anseio dos próprios poderes municipais - no que tange a implantação e operacionalização de uma rede de serviços básicos de saúde.

A filosofia desta rede básica deverá ser aquela delineada pela Organização Mundial da Saúde e denominada de Atenção Primária à Saúde.

Atenção Primária à Saúde não é descoberta recente. Sempre, desde os primórdios da humanidade se fez atenção primária à saúde, de acordo com os recursos e conhecimentos disponíveis ao povo. A revalorização deste conceito nada mais é do que a volta às origens ou a "redescoberta do óbvio". Em meio a toda a sofisticação de que se cercou a medicina, com inúmeros recursos técnicos desenvolvidos, a grande maioria da população mundial fica totalmente sem a mínima assistência. Isto não ocorre na África ou no Norte e Nordeste mas no maior estado da união, na periferia dos grandes centros urbanos da região sudeste e nas nossas cidades de porte médio e pequeno.

Está suficientemente comprovado e denunciado pela Organização Mundial de Saúde que a medicina atual, com todos os aparatos de que se vestiu (uns necessários e importantes e outros desnecessários, nocivos e onerosos) apenas vem servindo a uma minoria da população - enquanto a grande parte dela nem mesmo chega a poder usufruí-la ainda que em parte.

A Atenção Primária à Saúde deverá ser a filosofia a ser abraçada pelas Prefeituras Municipais e só depois de resolvido este estágio de prestação de serviços à população dever-se-á enveredar por outros como o de pronto-socorro e hospital municipal. Estes dois outros estágios serão desenvolvidos por prefeituras de maior porte que possam arcar com este ônus, depois de haver atendido às necessidades primárias da população.

Só assim teremos a certeza de que a população será assistida em seu direito fundamental que é a saúde e poderemos chegar a uma sociedade mais justa em que direitos fundamentais são assegurados a todas as camadas da população.