

CAMINHOS DA SAÚDE NO BRASIL E REFLEXOS NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR.**HEALTHY DIRECTIONS OF BRAZIL AND REFLEX OF MUNICIPALITY OF MARINGÁ-PR.**

NESTOR ALEXANDRE PEREHOUSKEI. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Análise Regional e Ambiental.

GILDA MARIA CABRAL BENADUCE. Docente do Departamento de Geociências da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - RS.

Endereço para correspondência: Av. Mário Clapier Urbinatti, 724, zona 7, Bloco D, apto. 4. Condomínio do Conjunto Habitacional Maringá (Maurício Schulman). CEP. 87.020.260. Maringá-PR-Brasil. E-mail: nestorap@pop.com.br

Pesquisa realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

RESUMO

Este artigo analisa as mudanças paradigmáticas no setor da saúde pública brasileira e sua trajetória e repercussões em Maringá. Estendendo-se desde o período da crise da previdência social nos anos 1970 até 2008. Discute-se sobre o direito universal de acesso do cidadão aos serviços de saúde e, sobre as formas de atendimento curativo e preventivo. Estas são postuladas na perspectiva geográfica, como uma conquista dos direitos humanos em que a ação parte do avanço da sociedade brasileira mediada pela ação do Estado cujas pesquisas e trabalhos publicados, aqui mereceram atenção. A sistematização de projetos e ações na área da saúde em Maringá iniciou-se em 1990, passando pela implantação do programa saúde da família em 1997 até o plano municipal de 2008. A partir do programa saúde da família buscou-se oferecer o atendimento domiciliar em saúde, entendendo-se por um tratamento preventivo dentro de um território estabelecido.

PALAVRAS-CHAVE: família, políticas, saúde, medicina, prevenção, Maringá.

ABSTRACT

This article analysis the paradigmatic changes occurred in the Brazilian public health section and its trajectory and repercussion in the municipality of Maringá during the social security crisis in 1970 until 2008. The article discusses the universal right access to health services, preventive and curative ways of treatments that are postulated in the geographic perspective as a human right conquest in which action initiates from the Brazilian society progress mediated by the State action whose researches and published articles deserved a lot of attention in this article. The project systematization and the action in the health area in

Maringá started in 1990 going through the family health program implantation until the municipal plan in 2008. The family health program tried to offer a health home care and a preventive treatment in an established territory.

KEYWORDS: Family; policies, health, medicine, prevention, Maringá.

INTRODUÇÃO

As dinâmicas que permeiam o setor de saúde no Brasil têm sido pautadas pelas políticas da previdência social da década de 1970, cuja prática centrava-se na medicina curativa e assistencialista. Posteriormente passou a ampliar a cobertura de seguridade a diversas classes de trabalhadores, permitindo espaços para a ocorrência de intensas irregularidades no setor. Com a falência daquele modelo de saúde pública, estabeleceu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), surgindo propostas preventivas e ações programadas, como o Programa Saúde da Família objetivando oferecer um atendimento domiciliar às comunidades.

Esse programa de saúde pública caracterizou-se pelo: direito de acesso aos serviços de saúde, participação da comunidade na construção de projetos, equidade dimensionando a todos os cidadãos receber a mesma qualidade assistencial e universalidade estabelecendo a todos os cidadãos acesso à assistência; integralidade na busca da superação dicotômica – serviços preventivos - serviços curativos, e por último, adequabilidade às mudanças ocasionadas pelo processo de descentralização¹.

Sabe-se que em inúmeros casos, tais propostas foram e estão sendo difíceis de serem colocadas em prática por tratar-se de complexa máquina administrativa envolvendo o setor da saúde no Brasil.

Objetiva-se, portanto verificar a trajetória do setor de saúde pública brasileira e seus desdobramentos no município de Maringá assunto discutido por Pehouskei (2006), quando analisou as áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde e a percepção da comunidade em dois bairros de Maringá – PR entre 2001 a 2005.

Para tanto, a pesquisa baseou-se em levantamentos bibliográficos, e entrevistas no setor de saúde da Prefeitura Municipal de Maringá, ficando para uma fase posterior o burilamento dos dados e seus resultados.

1) POLÍTICAS DE ARTICULAÇÃO NO SETOR DA SAÚDE BRASILEIRA

Atualmente, o acesso aos serviços de saúde é um direito garantido pela constituição brasileira a todo cidadão, porém, historicamente, essa conquista ocorreu de maneira gradativa graças às manifestações de alguns segmentos da sociedade, a partir da crise da previdência social nos anos 1970. Nesse período, a previdência era regida por um modelo hegemônico, cujo método vigente estabeleceu-se de acordo com os interesses da Política Nacional de Saúde. Esta consistia na prática da medicina assistencial privatista, indo na contramão do que poderiam ser os objetivos da Saúde Pública, como ampliar técnicas e estratégias que efetivassem a prática da medicina preventiva no controle de doenças e ações de promoção à saúde.

Particularmente o estado do Paraná vivenciava, nesse período, um atraso em relação ao conhecimento sobre a Saúde Pública conforme estabelece o Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM, 1977): “de maneira geral existe apenas uma unidade sanitária funcionando no período da manhã ou da tarde. O tipo de atendimento médico

¹ Responsabilidade e recursos da União e dos Estados gradativamente foram repassados para os municípios. (Constituição de 1988).

dispensado é bastante superficial, resumindo-se basicamente em fornecer atestados médicos para fins burocráticos e executar programas de vacinação”.

Nessa ocasião, inúmeros atos institucionais e decretos presidenciais arbitrados pela ditadura militar aconteceram atingindo também a assistência à saúde, que se encontrava diretamente ligada à previdência social, a qual teve como objetivo, a partir de 1971, a expansão da seguridade incluindo os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos.

Isso representou uma expansão à seguridade do trabalhador e também um avanço no que se refere ao direito à saúde dele, pois até aquele momento, a carteira de trabalho assinada era benefício apenas dos empregados lotados em empresas, instituições e órgãos afins. Assim, grande parte da população era desprovida de atendimento à saúde, direito à vida e diversos outros benefícios do trabalhador.

Para atender à demanda dessas novas categorias de trabalhadores, estabeleceram-se contratos de serviços com empresas privadas. Contudo à falta de planejamento por parte da previdência, não organizando o controle em relação aos serviços contratados, oportunizaram-se diversas irregularidades, contribuindo para a crise econômica no setor. Carvalho, Martin e Cordoni Júnior (2001, p. 33 e 34).

Nesse contexto, o governo federal elegeu uma série de medidas para a organização dos diversos setores de saúde no intuito de minimizar os problemas estabelecidos, criando instituições na tentativa de flexibilizar as ações do Estado, como por exemplo, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional de Bem-estar do Menor (FUNABEM), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e Plano de Pronta Ação (PPA).

Esses diversos setores tinham o papel de controle ou de mediadores em relação aos contratos privados estabelecidos para atender à demanda. Ainda executavam ações de saúde de interesse coletivo que se vinculavam ao campo de atuação do Ministério da Saúde e também proporcionavam o atendimento médico-assistencial individualizado, que se configurava como ação do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Entretanto, essa estrutura administrativa aumentara consideravelmente os gastos da previdência e no final da década de 1970, marcada pelo fim do “milagre econômico” o qual representou um intenso período de industrialização e êxodo rural no País, trouxe como consequência, uma crise generalizada: baixos salários e crescimento da demanda para a assistência à saúde.

Nesse cenário, algumas camadas da sociedade, como: lideranças, políticos e intelectuais, iniciaram várias discussões, críticas e principalmente passaram a expressar suas insatisfações em relação ao modelo-político-econômico arbitrado pela ditadura, através de manifestos, jornais, greves e outros mecanismos. Carvalho, Martin e Cordoni Júnior (2001, p. 33-35).

Além dessas ações, o período foi marcado também por grandes lutas por reformas nas políticas de saúde, como expressa Cordoni Júnior (1989, p. 71): “durante a década de 1970 [...] ganha corpo o movimento conhecido como Reforma Sanitária, cuja característica era a formulação do pensamento crítico na política de saúde. A Reforma integra-se ao movimento de oposição ao golpe militar de 1964”. Paralelo a isso surgiram algumas idéias inovadoras e de oposição ao sistema de saúde vigente, como por exemplo, a Medicina Comunitária e o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS).

O período de 1980 a 1990 marcado pela mudança no regime político do País, de ditadura militar para a instauração da democracia, culminou com as discussões, elaboração e aprovação da Constituição Federal de 1988, que no seu bojo continham mudanças paradigmáticas.

Além disso, algumas tentativas em estabelecer uma nova política para a saúde, como definia o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) (1989, p.16 e 17), não chegou a ser implantado pelo governo sob alegação de falta de recursos.

Dentro dessa nova política, considerando a oferta e demanda e o acesso da população em relação aos serviços de saúde, é importante considerar-se a interpretação de Benaduce (2003, p. 170) sobre os centros polarizadores no estado do Paraná:

Com as mudanças estruturais na economia mundial em fins dos anos 1980, políticas estaduais apontavam também mudanças econômicas, buscando alternativas para acompanhar as tendências da economia mundial, com especial interesse nos setores industrial e de serviços. A adequação do território à composição técnica e orgânica daquele território serviu de base para eleger centros polarizadores. Assim, três regiões são apontadas: eixo Região Metropolitana de Curitiba/Ponta Grossa; eixo Norte - Londrina e Maringá; eixo Oeste – Foz do Iguaçu, Cascavel, Toledo e Marechal Cândido Rondon.

Dentre às mudanças econômicas acima citadas, estão aquelas ligadas aos serviços da saúde e, como este setor ganhou amplitude e dimensões até então pouco analisadas, assim, criaram-se políticas como o chamado “Pacote da Previdência”. Segundo PAIM (1989, p. 18) aumentou a contribuição previdenciária e instituiu o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) que objetivou controlar despesas através do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (PLANO CONASP).

Esse plano possibilitou ainda alguns desdobramentos, sendo o principal, a implantação do convênio Ações Integradas de Saúde (AIS) - (AIS, 1989, p. 25), representando uma estratégia de reorganização institucional da assistência à saúde, com o objetivo de evitar ações paralelas e redução de custos, ou seja, eliminar os desvios de verbas no setor.

Nesse momento, começaram a ser incluídos dentre os princípios dessas ações, conceitos relacionados ao direito de acesso aos serviços de saúde, que mesmo ainda pouco amadurecidos, representaram um avanço à inclusão social de diversas camadas da população anteriormente discriminadas: universalidade no atendimento, integralidade e equidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, descentralização de ações e tomada de decisões e participação da sociedade civil no planejamento, execução de projetos e controle do governo sob o sistema como um todo (setores filantrópico e privado).

É importante ressaltar que os princípios norteadores das AIS, não eram diferentes do plano anterior, que na verdade nem chegou a ser implantado, devido à falta de vontade política.

Com esse convênio, as prefeituras passaram a receber, pela primeira vez, recursos federais provindos da Previdência, mediante serviços de saúde prestados pelos municípios, como por exemplo: serviços médicos, odontológicos e procedimentos de enfermagem.

Para os estados, representou avanços significativos, como: ampliação da capacidade de atendimento à demanda espontânea, contratação de profissionais, redefinição das funções dos serviços privados e a participação da sociedade na gestão dos serviços.

Particularmente no estado do Paraná, a estrutura da saúde encontrava-se, conforme estabelecia a Secretaria de Estado da Saúde e do Bem Estar Social (1984):

Em 1983, após um estudo-diagnóstico sobre a estrutura de saúde existente no Estado, observou-se que em 64 municípios [...] existia somente uma unidade de saúde para mais de 20.000 habitantes. Em outros municípios, havia apenas uma unidade para mais de 50.000 habitantes. Na década de 1970, 89,3% dos hospitais eram privados, sendo que destes, 75,6% foram catalogados como lucrativos, 13,7%

de caráter filantrópico e apenas 10,7% eram públicos. A rede de Postos de Saúde do Estado e municípios era, naquela época, constituída por 245 unidades, ou seja, não chegava a uma por município. Grande número dessas unidades encontrava-se em situação precária de funcionamento, sendo que muitas delas funcionavam em prédios alugados e adaptados para abrigar os postos.

O Convênio AIS foi implantado definitivamente no estado do Paraná em 1985, a partir da articulação do governo Estadual com o Ministério da Previdência, tendo como obstáculo, o próprio INAMPS, que representou forte opositor político naquele momento. AMEPAR (1985, p. 5). Esse convênio envolveu os seguintes municípios: Curitiba, Londrina, Ibiporã, Cambé, Ponta Grossa, Araucária, Foz do Iguaçu, Campo Largo, Maringá, Toledo, Francisco Beltrão, Guarapuava e Cascavel, representando uma inovação do sistema de saúde no Brasil no contexto da atenção básica à saúde.

De acordo com Gil, Martin e Gutierrez (2001, p. 75 e 76):

Em dezembro do mesmo ano ampliou-se para mais 265 municípios (dos então 319), chegando, em novembro de 1986, à totalidade dos municípios paranaenses, integrando mais 743 Postos de Saúde e 19 hospitais de pequeno porte. As AIS encontraram terreno fértil para o seu desenvolvimento, visto que, devido ao Programa de Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde (PEC), uma considerável rede de serviços municipais estava em funcionamento.

Já em novembro de 1986, as 33 prefeituras restantes associaram-se ao convênio das AIS, incorporando mais 48 Postos de Saúde e 10 hospitais de pequeno porte, além de mais 260 Sindicatos de Trabalhadores Rurais e seus ambulatórios.

Cabe ressaltar que o Paraná foi o primeiro Estado no País a assinar o Convênio AIS com todos os seus municípios. Em seguida, com o processo de descentralização², novas estratégias de mudanças nas políticas de saúde, implantou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que de acordo com Carvalho, Martin e Cordoni Júnior (2001, p. 38) concretizou-se com o decreto n.º. 94.657 de 20 de julho de 1987, objetivando a consolidação e desenvolvimento qualitativo através de reformulação de diretrizes do Sistema Nacional de Saúde e redefinição de papéis dos três níveis do governo. O SUDS, além de não concretizar essas inovações, desencadeou uma espetacular concentração do poder nas secretarias estaduais de saúde eclodindo o desmonte do INAMPS.

Convocada a 8^a. Conferência Nacional de Saúde, diversas propostas surgiram as quais se centraram no Projeto de Reforma Sanitária Brasileira que estabeleceu questões elementares, como: “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”; ou mesmo, “as ações e serviços de saúde são de relevância pública”; até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo os princípios da reforma, que nesse momento apresentaram-se muito mais amadurecidos quando se resgataram a participação, representando a presença da sociedade nas decisões e controle de serviços; a descentralização; a equidade³ e universalização⁴ e a

² **Descentralização** – refere-se ao processo de transferência de um nível de governo para outro, do centro para a periferia, ou seja, do nível federal ao estadual ou municipal, das responsabilidades sobre determinada área de atuação e das condições para o cumprimento dessas responsabilidades. Na saúde a descentralização tem como grande objetivo a municipalização das ações e serviços de saúde. Brasil (1994).

³ **Equidade** – um dos princípios do SUS significa que todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sexo, religião, idade ou situação de emprego têm direito à mesma assistência à saúde. Significa ainda, que em função das diferenças sociais e das disparidades regionais, os recursos para a saúde deverão ser distribuídos no sentido de favorecer aqueles que mais necessitam de atenção e cuidados. Brasil (1994).

integralidade que objetivou a superação da dicotomia medicina preventiva *versus* medicina curativa. Carvalho, Martin e Cordoni Júnior (2001, p. 39).

Nesse período, para implantar definitivamente o SUS, instaurou-se um processo de elaboração e aprovação da legislação infraconstitucional – “Leis Orgânicas de Saúde” - (Leis no. 8.080 e 8.142), que estabeleceram os princípios, diretrizes e condições para o funcionamento do SUS.

2) POLÍTICAS DE ARTICULAÇÃO NO SETOR DE SAÚDE COM O MUNICÍPIO DE MARINGÁ - PR

Para o entendimento da dinâmica do setor de saúde em Maringá, é importante considerar alguns pontos que representam pressupostos dessa trajetória:

O primeiro pressuposto pode ser compreendido a partir do incentivo por parte do governo do Estado e Política Nacional de Saúde à instalação de serviços privados. Tal fato ocorreu a partir de 1942 - período da colonização realizada pela Companhia Melhoramentos Norte do Paraná (CMNP). O projeto colonizador estava baseado na pequena e média propriedade e instalação de vários núcleos urbanos que trouxeram para a região, trabalhadores que viam no pioneirismo, possibilidades de fixação em sua própria terra, atividades de comércio ou serviços ligados ao cultivo de café.

O segundo pressuposto caracterizou-se pelas políticas públicas do Estado que utilizaram a Saúde Pública como mediadora de conflitos oriundos do processo de colonização, procurando manter a ordem social e o atendimento à demanda da população urbana, devido ao intenso fluxo migratório.

Acompanhando os desdobramentos do setor de saúde no Brasil apresentada anteriormente, verificamos que o planejamento, ou seja, a sistematização de projetos e ações na área em Maringá iniciou-se a partir do decreto da Lei Federal 8.080 de 19 de setembro de 1990, instituindo-se o SUS, cuja disposição preliminar determinava segundo Ministério da Saúde (1991, p. 4): “Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.”

O SUS é dirigido pelas três esferas do governo: na União, pelo Ministério da saúde e nos Estados e municípios, pela Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Com as leis implantadas o SUS tornou-se responsável pelas ações de promoção, no amparo e recuperação da saúde, assistenciais e preventivas, destacando-se a de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral. Carvalho, Martin e Cordoni Júnior (2001, p. 41).

A partir da Lei Federal 8.080, instituiu-se o 1º Plano Plurianual do município de Maringá 1990 a 1992, cujo modelo de assistência resolutiva, previa a distribuição das unidades básicas de saúde (UBS) de forma regionalizada e hierarquizada. Paralelamente, exigia-se a descentralização de alguns recursos de maior complexidade para atender a comunidade. Neste 1º plano diagnosticou-se uma estrutura de serviços de saúde objetivando maior cobertura na assistência à saúde facilitando o acesso da população aos serviços.

As gestões municipais a partir desse período normalmente elaboravam o Orçamento Público em gabinetes de administradores, sem qualquer participação por parte da sociedade. Esses profissionais atentavam para a garantia de obras e ações que assegurassem futuras eleições, representando carros-chefe de campanhas eleitorais e mandatos.

⁴ **Universalidade** – é um dos princípios do SUS e se refere ao direito que tem todo o cidadão de ser atendido por qualquer serviço de saúde, público ou privado, integrante do SUS, sem ter que pagar pelo atendimento. Brasil (1994).

O Plano Municipal de 1993 e 1994 encontrou sérios problemas relacionados a financiamentos, escassos investimentos cuja estrutura organizacional e administrativa não acompanhou a mudança dos processos de municipalização (descentralização) dos programas de assistência e aumento da demanda aos serviços de saúde. Como resultado, a maior parte das propostas estabelecidas no Plano não foi consolidada, proporcionando poucos avanços, como por exemplo, a implantação de duas novas Unidades Básicas de Saúde (UBS): os Núcleos Integrados de Saúde (NIS) III⁵ Zona Norte e Zona Sul, que ofereciam o pronto-atendimento, contudo, a baixa resolutividade dos serviços, o aumento de quotas de exames, especialidades e internamentos solicitados, continuavam não suprimindo a demanda da comunidade.

O município caminhava para a forma de gestão semiplena, ou seja, novas responsabilidades e encargos para o gestor, o que significava uma mudança em nível político, técnico e administrativo do sistema de saúde.

Já o Plano Municipal de Saúde entre 1995 e 1996, não foi tão ousado, objetivou apenas o aproveitamento dos recursos existentes e aumentou a resolutividade dos serviços, apresentando um aspecto muito mais operacional, porém, com poucas propostas. Apesar de maior operacionalização das propostas que o plano anterior, não houve continuidade de ações administrativas, gerenciais e assistenciais estabelecidas, ou seja, ocorriam mudanças nos rumos das propostas iniciais, gerando descontinuidade e falta de amadurecimento dos projetos iniciais. Complementa a Prefeitura do Município de Maringá (1997a, p. 9): “Nos últimos 20 anos o serviço público municipal ampliou em muito o número de unidades de saúde e a oferta de serviços a sua população, porém, de forma desordenada, sem critério e avaliação.”

Verificou-se que os mesmos problemas anteriores dos serviços de saúde persistiram e seguiam-se ao processo de municipalização, na forma de gestão plena, como determinava a Norma Operacional de 1996 (NOB/96).

O Plano Municipal de Saúde entre 1997 a 1999 tinha como objetivos, segundo a Prefeitura do Município de Maringá (1997a, p. 12): “Identificar e apontar as dificuldades existentes no setor e, propor medidas eficazes de curto a médio e longo prazos [...], que venham impactar favoravelmente os indicadores de saúde da população”. Especificamente, o plano atentava para os seguintes objetivos: Implantar ações inéditas e preventivas; facilitar o acesso da população aos diversos serviços e setores; programar ações de controle e avaliação; estimular à participação popular na tomada de decisões e fiscalização dos projetos; enquadrar o município na Norma Operacional Básica/96. Apesar da preocupação em fomentar o estímulo à participação popular nas decisões e controle social, foi prolongado até 2001, devido ao não cumprimento dos objetivos pré-estabelecidos.

Em 1997, iniciam-se as primeiras discussões para a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que objetivou principalmente a melhoria da saúde da população adotando-se um modelo de assistência destinado à família e à comunidade de acordo com as necessidades do grupo.

A implantação definitiva do PSF Maringá ocorreu no ano 2000, quando o modelo de assistência à saúde proposto pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná em 1998, preconizava a formação de equipes multiprofissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde para atuarem em um território estabelecido, tendo como referência, a UBS em parceria com associações de bairro e organizações não governamentais, de forma a promover a interação social. Essas equipes tinham como objetivo trabalhar conceitos de saúde, como qualidade de vida e direitos humanos e proporcionar atendimento de saúde integral, a cada um dos integrantes da família, de forma contínua, em

⁵ Existe uma classificação para os núcleos integrados de saúde no município de Maringá, os NIS II são unidades básicas de saúde com as três especialidades básicas: pediatria, ginecologia e clínica geral e os NIS III possuem também pronto-atendimento.

seu domicílio e posteriormente de acordo com as necessidades, nos ambulatórios e hospitais, promovendo o controle social.

O trabalho da primeira equipe saúde da família (ESF) realizou-se em julho de 1998⁶, nos conjuntos habitacionais Requião e Guaiapó, mas pela falta de incentivo por parte do gestor e problemas de saúde do médico membro da equipe, acabaram sendo desarticuladas em novembro de 1998.

Em maio de 1999, o então prefeito e secretário de saúde, em visita ao ex-ministro professor Adib Jatene, conheceram a proposta do PSF desenvolvida no município de São Paulo – o Programa Qualis/PSF. Convencidos da funcionalidade do programa como estratégia de modificação do modelo assistencial e de melhoria da qualidade dos serviços, resolveram adotá-lo para o município de Maringá.

A III Plenária do Conselho Municipal de Saúde realizada em 08 de novembro de 1999 enfatizou o trabalho do PSF e em 10 de dezembro de 1999 reiniciaram-se os trabalhos da ESF nos conjuntos Requião e Guaiapó, como anteriormente citado.

Outro projeto “Discutindo Saúde”⁷ com a finalidade de discutir os compromissos frente aos usuários do SUS e as dificuldades para cumpri-los, foi realizado junto aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde. Destas reuniões ficou acordado que o real problema centrava-se na falta de uma efetiva política preventiva para a saúde. Ao término do referido projeto decidiu-se adotar o PSF para 70% da população, o que representava a formação de 58 equipes, conforme portaria 1.329/99. Em 30 de junho de 2000, implantaram-se 57 equipes, atingindo 69,9% da população.

Segundo Bertussi, Oliveira e Lima (2001, p. 139):

Neste movimento, foram sendo construídas as Unidades Básicas de Saúde, com uma missão mais abrangente, que era de estabelecer o processo de territorialização, ou seja, ser responsável por uma determinada população, com seus problemas e necessidades de saúde, além de trabalhar na perspectiva de intersetorialidade, onde os vários setores de uma cidade acumulariam forças no sentido da melhoria da qualidade de vida. E, nesta fase, trabalhando com dois conceitos fundamentais: a acessibilidade e a resolutividade, ou seja, que a população adscrita neste território tivesse acesso aos vários serviços e que os mesmos resolvessem seus problemas de saúde.

Por fim, o Plano Municipal de Saúde de 2002 e 2003, priorizou definitivamente a participação popular nas discussões, decisões e fiscalizações sobre ações e projetos a serem desenvolvidos e possibilitou também maior discussão dos servidores municipais em questões relacionadas ao planejamento local.

REFLEXÕES

Essa prática começou a ser inserida na última década do século XX a partir de experiências positivas de Orçamentos Participativos, como por exemplo, da cidade de Porto Alegre no Rio Grande do Sul, que passaram a conquistar espaços e incentivar a participação das comunidades nas discussões de receitas e despesas públicas.

Com isso, surgiu a democracia participativa direta, colocando as comunidades para realizarem levantamentos de suas prioridades (necessidades) de acordo com sua importância na vida social, política, econômica e cultural.

⁶ conforme a portaria 3.607 de 11 de setembro de 1998.

⁷ Ocorrido no período de 18 de dezembro de 1999 à 8 de maio de 2000.

Dentre as propostas do plano destacaram-se, de acordo com a Prefeitura do Município de Maringá (2001b, p. 5 e 6):

Definir prioridades procurando identificar os grupos com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a partir de estudos epidemiológicos que possibilitem diagnosticar a magnitude dos problemas de saúde; a transcendência, ou seja, a probabilidade desses problemas evoluírem para morte e a vulnerabilidade que representa a intervenção preventiva junto aos grupos utilizando-se dos recursos disponíveis.

A construção de sistema de saúde que respeite os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade anteriormente descritos), cuja atuação dos profissionais de saúde esteja dentro de uma perspectiva de assistência humanizada, objetivando a melhoria da qualidade de vida do cidadão; e por último, a participação da comunidade em Conselhos Local e Municipal de Saúde seja elencando as diversas prioridades de acordo com as necessidades, seja exercendo efetivamente o controle social, de modo a fortalecer as ações e serviços executados constituindo-se nas metas da Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação ao PSF, considerou-se, conforme a Prefeitura do Município de Maringá (2001b, p. 28), sua implantação sem critérios pré-estabelecidos, sem planejamento, pois acreditou-se que as equipes de saúde já existentes seriam suficientes para atender as novas demandas em relação às consultas e aos internamentos. Esses pressupostos geraram inúmeros problemas e conflitos na estrutura de serviços de saúde existentes.

A reestruturação do programa identificou uma série de problemas relacionados a seguir: recortes territoriais das áreas de abrangência (adscrição e cobertura); referências do serviço para a população; recursos humanos; espaços físicos e avaliação de ações e projetos. Ainda, em muitos locais não havia sido realizada a descentralização dos serviços de saúde, portanto, também não havia ampliação da cobertura, a integralidade da assistência, regionalização dos serviços com qualidade e resolutividade e a racionalidade das ações. Perpetua-se assim a reprodução do modelo baseado na doença, cujo foco do trabalho é o tratamento curativo. Silva et al. (2001, p. 145 e 146).

Como essas propostas não tiveram êxito e, o modelo baseado no tratamento curativo ainda não havia sido abolido, algumas dessas estratégias começaram a ser desenvolvidas com o estabelecimento do Plano Municipal de 2004 a 2008. Este veio priorizar ações de promoção à saúde, com a estruturação do Projeto Maringá Saudável que veio desenvolver ações direcionadas aos idosos como: a instalação das academias de terceira idade (ATI) em pontos estratégicos da cidade, fomentando a prática do exercício físico e mudanças de hábitos, o combate ao tabagismo e diversos acompanhamentos intersetoriais sendo fonte de bons resultados em ações preventivas no setor de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- AIS: uma estratégia para as transformações. **Revista espaço para a saúde**, Curitiba, v. 1, p. 25, 29, mar. 1989.
- 2- ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE MUNICÍPIOS DO MÉDIO PARANAPANEMA (AMEPAR). AIS – assinatura de convênio entre 13 prefeituras do Paraná. **Jornal de Saúde da Amepar**, Curitiba, n. 8, p. 5, mar. 1985.
- 3- BENADUCE, G. M. C. Reestruturação produtiva, redes de informação e novas espacialidades em Maringá. In: MORO, D. A. (Org.). **Maringá espaço e tempo: ensaio de geografia urbana**. Maringá: Programa de Pós-graduação em Geografia: Universidade Estadual de Maringá, 2003.
- 4- BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. DO S. M. DE; LIMA, J. V. C. DE. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. In: ANDRADE, S. M. DE; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. Da UEL, 2001.
- 5- BRANDÃO, E. C. (Org.). **Orçamento Participativo: avanços, limites e desafios**. Maringá: Massoni, 2003.
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Gabinete do Ministro, 1992.
- 7- _____. Ministério da Saúde. Projeto Nordeste. Informação, Educação e Comunicação. **Guia de referências para o controle social: manual do conselheiro**. Brasília: Projeto Nordeste, 1994.

- 8- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS 545 de maio de 1993. **Norma Operacional Básica 01/93. Atos Normativos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- 9- CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/IBAM, 1995. In: ANDRADE, S. M. DE; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. da UEL, 2001.
- 10- CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR., L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. DE; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. Da UEL, 2001.
- 11- GIL, C. R. R.; MARTIN, G. B.; GUTIERREZ, P. R. A organização dos serviços de saúde em Londrina e região. In: ANDRADE, S. M. DE; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. Da UEL, 2001.
- 12- INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL (IBAM). **Municipalização: educação e saúde**. Rio de Janeiro: Convênio SEPLAN-PR/IBAM, 1977. Mimeografado.
- 13- MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Centro de Informação em Saúde (CIS). **Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)**, ago., 2003. Relatório.
- 14- Prefeitura do Município de Maringá. **Plano Plurianual do Município de Maringá**. Maringá: Prefeitura do Município de Maringá, 1990.
- 15- Prefeitura do Município de Maringá. **Plano Municipal de Saúde**. Maringá: Prefeitura do Município de Maringá, 1993.
- 16- Prefeitura do Município de Maringá. **Plano Municipal de Saúde**. Maringá: Prefeitura do Município de Maringá, 1995.
- 17- Prefeitura do Município de Maringá. **Plano Municipal de Saúde**. Maringá: Prefeitura do Município de Maringá, 1997a.
- 18- Prefeitura do Município de Maringá. **Projeto para Implantação do Programa Saúde da Família em Maringá**. Maringá: Prefeitura do Município de Maringá, 1997b.
- 19- Prefeitura do Município de Maringá. **Diretrizes gerais para o Setor Saúde: Gestão 2001-2004**. Maringá: Prefeitura do Município de Maringá, 2001a.
- 20- Prefeitura do Município de Maringá. **Plano Municipal de Saúde 2002-2003**. Maringá: Prefeitura do Município de Maringá, 2001b.
- 21- Prefeitura do Município de Maringá. **Plano Municipal de Saúde 2004-2008**. Maringá: Prefeitura do Município de Maringá, 2004.
- 22- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coletânea de Legislação Básica na Política de Financiamento do SUS**. Brasília: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1991.
- 23- PAIM, J. S. As políticas de saúde e a conjuntura atual. **Revista espaço para a saúde**, Curitiba, v. 1, p. 18, mar. 1989.
- 24- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde e do Bem Estar Social. **Projeto de extensão de cobertura das ações de saúde mediante a interiorização e municipalização dos serviços no Estado do Paraná**. Curitiba: SESB, 1984.
- 25- PEREHOUSKEI, N. A. **Estudo das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde do município de Maringá. 2001**. 80f. Monografia (Bacharelado em Geografia)-Departamento de Geografia. Universidade Estadual de Maringá, 2001.
- 26- PEREHOUSKEI, N. A. **Abrangência das unidades básicas de saúde – a percepção da comunidade nos bairros universo e pinheiros do município de Maringá-Pr. – 2001 a 2005**. 2006. 200f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Departamento de Geografia. Universidade Estadual de Maringá, 2006.
- 27- PREV-SAÚDE. **Revista Espaço para a Saúde**, Curitiba, v. 1, p. 16-17, mar. 1989.
- 28- SILVA, A. M. R.; OLIVEIRA, M. DO S. M. DE; NUNES, E. DE F. P. DE A.; TORRES, A. F. A unidade básica de saúde e seu território. In: ANDRADE, S. M. D.; SOARES, D. A.; JÚNIOR, L. C. (Org.). **Bases de Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. da UEL, 2001.