

Narrativas de vivências em Políticas Públicas de Saúde no Estado de São Paulo

Olga Sofia Fabergé Alves (Instituto de Saúde – SESSP – olga@isaude.sp.gov.br)

Maria de Lima Salum e Morais (Instituto de Saúde – SESSP – salum@isaude.sp.gov.br)

Maria Lucia de Barros Mott (Instituto de Saúde – SESSP – cucamott@isaude.sp.gov.br)

Resumo: o trabalho visa uma abordagem histórica a partir da história oral das mudanças conceituais por que passaram os termos Atenção Primária e Atenção Básica no Brasil e como estes nortearam e influenciaram as políticas públicas de saúde implementadas no Brasil a partir da década de 1970. Foram selecionados depoimentos de dois médicos sanitaristas que tiveram participação pública relevante para este movimento.

Palavras-chave: Atenção Básica em Saúde; Memória e História; Médicos sanitaristas.

Este trabalho integra uma série de estudos a respeito da atenção básica no estado de São Paulo, desenvolvidos pelo Instituto de Saúde e financiados pelo Ministério da Saúde através do PROESF¹.

A pesquisa visa a fazer uma abordagem histórica e uma interpretação das mudanças conceituais por que passou a atenção primária em saúde principalmente no estado de São Paulo e à elaboração de um acervo de depoimentos sobre implantação e trajetória da Atenção Básica em São Paulo para disponibilizá-lo para pesquisadores, gestores e público em geral.

Em meados dos anos 70 e início dos anos 80, começa no Brasil a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática caracterizada pelo Movimento da Reforma Sanitária. Nessa mesma época, acontecia a Conferência de Alma Ata (1978), que tinha como lema “Saúde para Todos no ano 2000”, definindo nesse contexto a Atenção Primária em Saúde.

O caminho percorrido para a implantação dessa nova política começou com uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976. Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) – que, na realidade, não foi efetivado. Ao PREV-SAÚDE seguiu-se o plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), no ano de 1983. As AIS se constituíram numa estratégia de extrema importância

¹ O governo brasileiro estabeleceu um acordo de empréstimo com o Banco Mundial com o objetivo de ampliar e consolidar as estratégias de Atenção Básica em municípios com mais de 100 mil habitantes, tendo por referência a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Desse acordo surgiu o Programa de Expansão da Saúde da Família (PROESF), que foi subdividido em três componentes, sendo o terceiro (Monitoramento e Avaliação) coordenado, em São Paulo, em 2006, pelo Instituto de Saúde.

para o processo de descentralização das ações e dos recursos da saúde (BASTOS, 1997; NEGRI e VIANA, 2002).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foram consagrados os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária e, em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como consolidação das Ações Integradas de Saúde. O SUDS adotou as seguintes diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços, integralidade dos cuidados, regionalização dos serviços de saúde (com a criação de distritos sanitários), descentralização das ações de saúde e desenvolvimento de instâncias de gestão colegiadas, delineando-se uma política de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BASTOS, 1997).

O SUS foi instituído em 1988 pela Constituição Federal, afirmando a saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado. O SUS constitui atualmente o conjunto das ações e serviços de saúde do país, que se corporificou com a Lei 8.080 de 1990 e a Lei 8.142 de 1990 (Leis Orgânicas da Saúde), consolidando um importante processo de reforma da saúde, pois ambas tratam das normas gerais de funcionamento do sistema, especialmente das transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde.

A organização do novo sistema tem como princípios: universalidade, integralidade, equidade, resolutividade, intersectorialidade, humanização do atendimento e participação social (SOUZA & SAMPAIO, 2002). O SUS responsabiliza os governos federal, estadual e municipal a atender a população de forma a permitir o acesso igualitário aos serviços, respeitando os direitos de cada um segundo suas diferenças e necessidades, no sentido de reduzir as desigualdades sociais no que se refere à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Do uso da terminologia Atenção Primária em Saúde passa-se, então, para o emprego do termo Atenção Básica² em Saúde para significar um conjunto de ações de promoção,

² A Atenção Básica é definida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A atenção básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sócio-cultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável!” (MS, Secretaria de Atenção Básica, 2003:7).

proteção, prevenção e recuperação da saúde, que, em tese, deve estar articulado a um sistema integral de atenção à saúde de que também fazem parte as ações de alta e média complexidade.

O texto acima apenas resume simplificadamente uma história, que implica uma série de fatos, movimentos e pessoas envolvidas em todas as fases do processo de transformações de paradigmas, modelos e atuações. O presente trabalho traz a trajetória pessoal, as percepções e opiniões de importantes atores envolvidos nesse processo.

Metodologia

O método empregado foi a história oral. Foram realizadas 20 entrevistas semi-estruturadas com diferentes atores (gestores, trabalhadores da saúde e representantes de movimentos populares) que vivenciaram as diferentes etapas de mudança nas políticas e práticas de saúde, para recuperar o vivido conforme concebido por quem viveu.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro aplicado a todos os entrevistados, focado nos conceitos de AB e AP, nos marcos históricos e cronológicos da implantação do SUS no estado de São Paulo e no país e nas trajetórias profissionais dos atores envolvidos. Isto permite que entrevistas sejam tratadas como um conjunto, possibilitando análises e comparações das representações sociais e dos significados atribuídos pelos atores. No entanto, outros temas suscitados durante os depoimentos também foram explorados.

Schraiber (1995, p. 65) afirma que:

o que relata, mesmo sendo pensamento e pensamento individual, não se reduz a uma impressão subjetiva. É produto de uma elaboração intelectual específica, porque é produto de um pensar que é trabalho, trabalho de refletir e recordar. Por isso não é apenas sentimento, mas a reconstrução do vivido em nova objetivação (...)

A escolha dos entrevistados levou em conta suas trajetórias públicas bem como a indicação de outros entrevistados. As entrevistas foram gravadas e transcritas seguindo o modelo proposto pelo Centro de Documentação e Informação Científica (CEDIC-PUC/SP). Não foi utilizado caderno de campo. Todas as entrevistas foram realizadas em uma ou duas sessões dependendo da disponibilidade e agenda do entrevistado. O local da realização das mesmas também foi acordado com os depoentes. Optamos por manter os nomes dos entrevistados, o que foi por eles autorizado, uma vez que são figuras públicas, com trajetórias conhecidas. Um dos entrevistados preferiu que não fosse disponibilizado o arquivo de voz para pesquisadores, mas autorizou a consulta ao texto transcrito.

Para o presente trabalho, foram selecionados dois depoimentos, ambos de médicos sanitaristas importantes na formulação e implantação do SUS, considerados abrangentes e

didáticos. As entrevistas foram editadas e resumidas. As transcrições completas integram o projeto “Memória e História da Atenção Básica em São Paulo³” e podem ser consultadas no Centro de Memória da Saúde Pública do Instituto de Saúde.⁴

Depoimentos

Dr. Guedes⁵

O conceito que tenho de atenção primária em saúde - e que, como tal, é formulado pela primeira vez em Alma Ata, em 1978 - é o que alguns traduziriam por assistência primordial em saúde, para dar valor a essa atenção, para que não seja confundida com uma assistência inicial simplesmente ou uma assistência de baixa tecnologia. A idéia fundamental da AP é aquela em que se garantem os cuidados para as patologias mais prevalentes, medidas de promoção da saúde e de prevenção de doenças e acesso aos diferentes níveis de complexidade que se tem num processo de assistência à saúde. O grande valor de uma assistência primária em saúde é que se destaca a responsabilidade continuada por uma clientela.

Por volta de 1967, começa-se uma reformulação muito importante na assistência à Saúde em São Paulo, com uma grande reforma na Secretaria Estadual de Saúde. Nessa época, o Secretário era o Walter Leser e a proposta de mudança na Secretaria, que ele realmente efetiva, vinha há muito tempo sendo formulada pelos professores da Faculdade de Saúde Pública, como era o caso do Rodolfo Mascarenhas, na época, diretor da Faculdade. A essência daquela reforma era sair de uma série muito grande de serviços que a gente chamava de verticalizados. Havia um serviço que cuidava da lepra, um que cuidava da tuberculose, uma rede dos chamados centros de saúde, em que havia ações de puericultura e de pré-natal. Contudo, esses serviços não se coordenavam, não havia articulação regional. Então, a reforma do Leser cria a figura do centro de saúde polivalente. Começou-se a falar em Programa de Assistência ao Adulto, Assistência à Criança, Assistência à Mulher e, muito mais tarde, aparece o Programa do Trabalhador. A partir deste momento, podemos começar a falar em assistência médica à saúde realizada pela Secretaria de Saúde. As unidades maiores passaram a ter pediatras, clínicos, ginecologistas e a fazer um programa mínimo de assistência.

³ Equipe do projeto: Maria Lucia Mott (coordenadora), Maria Salum e Morais, Sílvia Bastos, Maria Theresa Pavão, Olga Fabergé Alves, Belkis Trench, Maria Aparecida Muniz, Tathiane Tanaka e Ana Luiza Oliveira.

⁴ Agradecemos a todos os entrevistados, à equipe do projeto e especialmente a Áurea Ianni pelas valiosas sugestões e pelas indicações e contatos de alguns informantes.

⁵ Dr. José da Silva Guedes formou-se em Medicina pela USP (1961); é Doutor em Saúde Pública pela USP (1973); foi Secretário da Saúde do Município (1983- 1985) e Secretário Estadual da Saúde de São Paulo (1995-2002); em 1992, trabalhou no Ministério da Saúde; é Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP desde 1976 e membro da ABRASCO.

Em 1970, termina o governo do Leser e esta coisa fica um pouco mais devagar, mas em 1975 o Leser volta a ser Secretário e, nesse ano, a Secretaria e o Ministério da Saúde - no tempo em que no Ministério estavam o Seixas, o Yunes, uma porção de gente de São Paulo - e a Faculdade de Saúde Pública têm um convênio para preparar sanitaristas. Em cerca de dois anos, o convênio permitiu preparar 400 sanitaristas, porque a reformulação feita pelo Leser previa o comando da rede por médicos sanitaristas que estavam nas unidades sanitárias, nos órgãos regionais, nos distritos. Essa era uma carreira de saúde pública e em que se adentrava por concurso. O curso curto – um curso de seis meses, em período integral – realizado a partir do convênio, permitiu formar os quadros para que essa carreira começasse a funcionar. Foi a partir desta fase que a gente pôde falar, na realidade, em alguma coisa do tipo assistência básica, assistência primária no sentido de garantir, inclusive, o acesso a diferentes níveis de saúde, esta a gente nunca teve.

A partir de 1966, 1967 há um crescimento dos departamentos de Medicina Preventiva no Brasil, e, neste Estado, conseguiu-se massa crítica para se interessar por uma carreira de saúde pública.

Outra coisa importante: de 1975 para frente, estávamos vivendo um período em que começava a haver certo afrouxamento da ditadura. Conseguia-se ter mais organização nos movimentos que estavam tentando recuperar a democracia, lutando por saúde e por “n” conquistas que a população precisava fazer. Do curso de Saúde Pública daqui saíram muitos políticos da área da saúde como o Eduardo Jorge, o Gouveia. Eu acho que essa reformulação de São Paulo, que se segue com a criação do curso curto e da carreira de médico sanitarista, deu um impulso extremamente importante para o movimento sanitário.

Por volta de 1967, tivemos uma outra reforma que foi a criação do INAMPS. Antes de 1967 havia uma série de Institutos de Assistência Médica, Institutos de Previdência que incluíam assistência médica para uma série de categorias profissionais; em 1967, isso é unificado. Tem-se um monstro monolítico com uma quantidade enorme de dinheiro e que destinava cerca de 25% de sua receita para a assistência médica. Era uma assistência médica de caráter curativo fundamentalmente, exercida por alguns hospitais próprios do INAMPS e por hospitais contratados.

Enquanto isso acontecia no nível da Previdência, havia toda uma luta da chamada ala da saúde pública que envolvia as Secretarias Estaduais de Saúde e achávamos que já havia amadurecimento suficiente para que pudéssemos integrar os serviços curativos da Previdência com os serviços de prevenção, promoção e assistência básica que a Saúde Pública. Isso

começa a acontecer a partir de 1975, quando entra o governo Geisel e monta o Ministério da Saúde com uma porção de gente de São Paulo.

Em 75, tem-se a Conferência Nacional de Saúde cujo tema central a aprovação da lei do sistema de saúde (Lei 6229) que dizia o seguinte: *cabe ao Ministério da Previdência a assistência médica curativa; cabe ao Ministério da Saúde as ações de caráter preventivo da saúde pública*. Nessa lei, que já estava pronta, o pessoal de São Paulo - o Seixas, especificamente - conseguiu colocar uma palavra para provocar discussão: cabe ao Ministério da Previdência preferencialmente fazer tal coisa e ao Ministério da Saúde preferencialmente fazer tal coisa. Esse era um momento de grande discussão entre o pessoal da saúde pública e o pessoal da Previdência para que a gente pudesse tentar arrumar o sistema integrado de saúde, que era a grande batalha.

Em 1977, há uma Conferência de Saúde que discutiu redes de saúde. Para se ter uma idéia, em 1963, com o Goulart presidente, tinha havido uma conferência que propunha a municipalização da assistência à saúde. A próxima Conferência, a quarta, só foi feita em 1967, Nela, só se discutiam questões de caráter burocrático da organização dos Ministérios. A próxima conferência foi acontecer em 1975, só oito anos depois, mas aconteceu num momento em que já foi possível convidar para participar professores de medicina preventiva, gente da saúde pública dos Estados e começou-se a arejar o cenário da discussão. Em 1977, a idéia estava bastante acesa, a ponto de o Ministério da Saúde querer propor uma rede única de serviços integrando os componentes da Previdência com os da saúde pública, mas não havia conjuntura política que permitisse redigir um documento com este conteúdo e a plenária final não aprovou a proposta do Ministério e ficou muito interessante, porque, pela primeira vez, dentro ainda de uma ditadura, uma plenária recusa um documento do governo, e qual era a saída? O grupo do Ministério fez várias tentativas, mas, ao final, propôs: “o assunto é de fato polêmico e está indeciso e então este conteúdo vai ser encaminhado aos Estados para que as Secretarias Estaduais façam uma discussão em seu território e encaminhem ao Ministério”.

A gente só conhece um Estado que levou esta discussão realmente a sério, que foi São Paulo, com o Leser em 1978. Durante quase um ano, uma enorme comissão de São Paulo, de que eu fazia parte, discutiu e propôs uma rede única de saúde bem integrada, composta por postos e hospitais, coordenada pela Secretaria Estadual, com recursos da Previdência e do Estado, com os municípios assumindo as tarefas. Cria-se o Fundo Estadual de Saúde. Este é um figurino que tem muito a cara do SUS.

Um outro lado interessante e importante do ponto de vista histórico é o movimento popular de saúde. Desde 1970, pelo menos, tem-se um movimento popular de saúde muito

forte nesta cidade, que começa em vários pedaços, provavelmente, mas destaca-se o movimento da zona leste, que tem muito a ver com o movimento de base religiosa. Vários sanitaristas foram para a zona leste com suas famílias e se incorporaram a este movimento popular reivindicando saúde. Então, começa-se um trabalho conjunto de movimento popular, movimento de igreja, com presença de sanitaristas e o pessoal passa a lutar para ter um conselho comunitário de saúde que pudesse ser eleito pelos usuários. No final do mandato Leser, ele oficializa o Conselho Popular de Saúde do Jardim Nordeste, que era um bairro significativo, simbólico até.

Em 1979, muda o governo e entra o Adib (Jatene) como Secretário da Saúde, que era um homem sério. Considerou que o Leser tinha um time bom e resolveu: “vou manter este time trabalhando comigo, vou dar continuidade a este processo”. O Adib propôs um trabalho conjunto do movimento da zona leste com sua equipe de gestão, que originou o chamado Projeto São Mateus. A idéia era que se oferecesse para a população um módulo de saúde que seria composto de centros de saúde e hospitais. Esse projeto alimenta um geral da área metropolitana, no qual se começam a discutir módulos com centros de saúde para 20.000 pessoas, ou menores para 10.000, e um hospital. Esse era o modelo que aplicaríamos na área metropolitana como um todo.

Em 1982, o Adib deixa a Secretaria e, naquele momento, fez um acordo com o governador que sucedeu Maluf, o Marin, segundo o qual o recurso e a equipe para o planejamento do projeto fossem garantidos e colocados numa Fundação do Estado (FUNDAP). Esse projeto terminou em 1983, quando se elegeu o Montoro por voto popular. Em 1984, o Banco Mundial assinou o convênio para financiar esse grande projeto da área metropolitana.

Por volta de 1979, ocorre outro fato importante que é a criação de uma entidade chamada ABRASCO, pois já existia uma quantidade grande de sanitaristas trabalhando na rede de serviços e a ABRASCO nasce exatamente com o propósito de articular as Faculdades de Saúde Pública, os Departamentos de Medicina Preventiva e os trabalhadores da rede de serviços da saúde pública. Seria juntar a academia com o pessoal que está na rede. Nos congressos e encontros da ABRASCO, vai-se gerando mais conhecimento, mais entusiasmo a ponto de ter em 1986 uma Conferência Nacional de Saúde que lança as bases do que vai ser a constituição. O movimento da reforma sanitária em 1986 culmina com a 8ª. Conferência Nacional de Saúde. A Conferência aprovou como documento final um texto elaborado pela ABRASCO em que se falava na organização do SUS: era o retrato do que a Constituição iria colocar.

Logo depois há outra entidade, nascida muito próxima da ABRASCO, chamada CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, que tinha uma característica mais partidária. Daí para frente, passamos a fazer eventos conjuntos a ABRASCO e CEBES.

Fui Secretário da Saúde no município de São Paulo de 1983 a 1985, quando Montoro estava no Estado e o Covas era prefeito. O Yunes era Secretário Estadual. A Secretaria Municipal de Saúde era avessa ao movimento popular; tivemos que organizar trabalhos com técnicos de gabinete e com os movimentos populares para mostrar aos funcionários que dava para trabalhar em conjunto.

O primeiro módulo de saúde acontece em Itaquera. Após terminar a construção do hospital, em 1983, 1984, entregamos para a população um hospital articulado com dez centros de saúde.

No período de 1982, 1983, há um acontecimento de grande repercussão nacional, que foi a crise da Previdência. Era uma acusação de fraudes em cima de hospitais, eram casos de parto em homens e coisas do tipo. Em 1983, surge o CONASP - Conselho de Administração da Saúde Previdenciária -, que muda a forma dos hospitais serem pagos, passa a contratar as Santas Casas e tinha uma proposta que chamava AIS – Ações Integradas de Saúde – que foi o que mais pegou naquele momento.

As AIS eram a proposição de um convênio entre INAMPS, municípios e Estado. Naquele tempo, a gente estava no governo Montoro, Covas era prefeito e eu, Secretário Municipal de Saúde. Em 28 de outubro de 1983, assinamos com a Previdência o convênio das AIS, pelo qual a recebemos cerca do equivalente a 30% do orçamento da Secretaria Municipal.

Em 1986, quando acabou o governo Montoro e começou o Quéricia, importou-se o SUDS, que implicou a transferência de recursos da Previdência para a Secretaria Estadual de Saúde que passou a assumir a direção dos postos do INAMPS. Era o Secretário de Saúde quem indicava quem ia dirigir os hospitais e a Secretaria de Saúde passava a transferir para os municípios as suas estruturas para que eles pudessem absorvê-las. Os antigos distritos sanitários viraram Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS), que eram 65 no Estado. Fez-se a regionalização. Isso era uma antecipação do que podia acontecer a partir de 1988 com a Constituição, com o SUS.

Na realidade, a gente sempre acreditou que a regionalização bem feita daria um muito bom resultado. Em 1995, o Covas é eleito governador e eu vou ser Secretário Estadual. O compromisso do Covas era terminar todos os esqueletos de prédios da Saúde. Em 1994, exceto Guararema e a cidade de São Paulo, todos os centros de saúde estavam na mão dos

municípios. Então os 65 ERSAS eram excessivos e, no dia 2 de janeiro de 1995, o Diário Oficial publica uma nova regionalização com 24 Diretorias Regionais de Saúde. Atualmente (2007) a Secretaria está com 17 ERSAS. A Secretaria agrupou algumas delas e agora está num processo de elaborar um Plano Estadual de Saúde, com as regionais trabalhando.

No tempo do Maluf ainda, o Estado implantou, na cidade de São Paulo, um Programa de Saúde da Família que a gente apelidou de QUALIS, “Qualidade Integral de Saúde”. Na entrada da Marta, ela decidiu que faria uma grande expansão do Programa da Saúde da Família no município de São Paulo e achou que a rede hospitalar precisava ser priorizada. Por essa razão a rede está em processo de recuperação até hoje. O que se fez ultimamente foi, eu diria, não levar nenhuma motivação para a unidade básica. Passou-se a dizer que o PSF, esse sim, é que pode salvar a assistência neste país.

Na realidade, eu não diria que, ao longo do tempo, fomos mudando o conceito de atenção primária, e sim amadurecendo a idéia de garantir uma assistência integrada que partisse do nível básico de cuidados, mas que chegasse a uma assistência hospitalar, a mais complexa que fosse necessária, e nesta luta o estado de São Paulo sempre teve um papel bastante grande.

Dr. Gastão⁶

Na minha visão, eu considero sinônimos em português os termos atenção primária à saúde e atenção básica à saúde. Em inglês e espanhol, em francês, se usa atenção primária à saúde, termo que é usado com mais força.

O Professor Eurivaldo me deu esse depoimento uma vez lá na Faculdade de Saúde Pública, que se considerou, na época, que primária era um termo pejorativo no Brasil e se optou pelo termo básico, mas indica mais ou menos a mesma coisa, que é o primeiro nível de atendimento do sistema de saúde organizado. Mas eu considero como sinônimo, sendo que no Brasil predomina atenção básica, ainda que se use atenção primária à saúde. Eu acho que o conceito de atenção primária e atenção básica surge com o conceito, com a política de sistemas públicos de saúde. A coisa mais antiga que eu encontrei é o relatório Dawson que é um relatório de uma comissão parlamentar e técnica do parlamento inglês de mil novecentos e

⁶ Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos é médico pela UnB (1975), mestre em Medicina Preventiva (1986) pela USP e doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp (1991). Foi secretário municipal de Saúde em Campinas por duas gestões e publicou vários livros sobre o projeto Paidéia, Política de Saúde e Gestão. Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, foi Secretário-Executivo do Ministério da Saúde e ganhou o Prêmio OPAS Administração 2004 pela sua “excepcional contribuição para a transformação do modelo de atenção de saúde mediante o aperfeiçoamento de um método de gestão que fomentou a democratização dos serviços, fortalecendo os vínculos entre os usuários do SUS no Brasil”.

pouco, publicado pela OMS. O relatório Dawson sintetiza, ele faz uma síntese do que seria “*Doutrinas dos Sistemas de Saúde*”. A idéia de universalidade, pensar saúde como política pública.

Entre 1920 e 1930 é construída uma doutrina dos sistemas de saúde, como ter política pública de saúde, ter idéia de bem estar social, isso nos anos 20 é implantado na União Soviética, que era socialista, mas também em países capitalistas, onde tinha o trabalhismo, social democracia. Pioneiros são a Suécia e Inglaterra e depois os outros países europeus, depois a Oceania quase toda, o Canadá, na América Latina, Chile, Cuba, Costa Rica. O Brasil é tardio. O SUS vamos entrar nisso nos anos 80 porque foi dessa tradição. Nós não inventamos o SUS. Então no relatório Dawson já traz o direito à saúde, a universalidade, conceito de integração sanitária que é muito interessante, que é o sistema de saúde não vai fazer só saúde pública, não vai fazer só promoção e prevenção, ele vai fazer clínica, ele vai fazer atendimento individual. E eles inventam a idéia de sistema, pensar os serviços como uma rede, sistema-rede, conceito de rede, aplicam isso à gestão, vai ter um fluxo entre os vários serviços e nós vamos ver os serviços isolados, vamos de um hospital pro outro, pronto-socorro, da saúde publica, nós vamos fazer um fluxo de regras e de pacientes, gestão de sistemas, planejamento de sistema, por isso que se chama Sistemas Públicos. Para efetivar as políticas públicas, e inventam a tal da territorialização e hierarquização, que é uma espécie de modelo.

A Associação Médica Americana, em 1914, entra com um recurso jurídico junto ao tribunal de Justiça dos Estados Unidos proibindo os centros de saúde de fazer clínica, de atender doente, que isso é uma coisa privada, e ganha. Isso vai causar uma cisão que vai repercutir no Brasil, que eu queria falar um pouco. Então, a partir de então, os centros de saúde nos Estados Unidos passa a ser um centro de saúde, na minha opinião, mutilado, tem uma mutilação, perde a perna clínica, e fica com a perna de saúde publica, depois vão chamar promoção, etc., e só pode fazer prevenção.

Esse modelo de centro de saúde que vai entrar em São Paulo, no Brasil, via o Paula Souza, primeiro centro de saúde do Brasil, pega esse modelo... esse modelo de centro de saúde que vai influenciar a nossa concepção sobre atenção básica durante muitos anos em São Paulo. Quando a gente cria o SUS, para mim é muito evidente, mas não foi evidente, que se a gente estendesse esse modelo de centro de saúde reduzido só de promoção à saúde, só preventivo ele vai enfraquecer o SUS. Dentro dessa investigação que eu estou fazendo agora eu levantei um texto que é a *Organização Pan-americana de Saúde* que produziu recentemente renovando a atenção primária à saúde. E eles verificam com base em análise

comparada a sistemas de saúde que os sistemas que tem eficácia e viabilidade, inclusive econômica, a organização pan-americana está chamando de sistemas baseada na atenção primária à saúde. São sistemas que tem esse modelo de atenção europeu, e de integração sanitária, clínica e preventivo e que atende 80% da população, não só os pobres, e que tem um resolutividade clínica e preventiva bastante grande e que tem um poder de articulação, de internar pacientes, de pedir exames, de usar o poder secundário, não são fora da rede, eles fazem parte de fato do sistema.

O discurso do PSF é um discurso reduzido, restrito, valoriza pouco a clínica na minha opinião, apesar de contratar médico, apesar de contratar enfermeiro, não sanitarista, faz uma ênfase muito grande no programa, na atenção programada, na intersectorialidade, na promoção, e atenção básica no Brasil tem uma resolutividade pequena, a cultura das pessoas acha que Saúde da Família é preventivo, os prefeitos falam isso, os secretários [falam isso].

Eu acho que de fato esse conceito de atenção básica como uma rede ligado ao sistema todo, só em com o SUS no Brasil. Então é a 8ª Conferência pra cá, a 8ª Conferência. Aí tem alguns intelectuais paulistas que tem um papel importante nisso. A primeira pessoa que me falou em atenção primária em saúde fora dessa coisa dos programas, dos centros de saúde ligados à saúde pública foi o Prof. Eurivaldo de Almeida Sampaio. Eu era estudante, fazia residência, fazia R3, fui fazer curso com ele lá na... eles autorizavam na R3 a gente fazer ... Eu fiz R1 e R2 em Brasília vim fazer R3 na USP, fiz em clínica médica, lá não tinha preventiva, vim fazer R3 aqui na preventiva e fui fazer vários cursos com o Prof. Eurivaldo. Aí que eu conheci essa tradição dos sistemas de saúde, essa que eu estou falando pra vocês aqui, ele me deu os textos, ele deu um curso...

Em Campinas a gente tem uma experiência interessante que é trabalhar com várias complexidades de atenção primária e abrindo espaço para outros profissionais. Tem que ter uma equipe mínima que é a equipe de referência que vai ser a responsável, a distribuição de clientela, que não necessariamente essa grandona do Ministério, mas enfim, ela pode ter várias composições, mas tem uma equipe que vai... agora não dá ou não tem cabimento toda equipe ter um psiquiatra, um psicólogo, um fisioterapeuta, um nutricionista ou mesmo um ginecologista, não tem sentido isso... nós temos que ter profissionais mais generalistas e os mais especializados podem e devem estar na atenção primária trabalhando na linha que nós chamamos aqui apoio matricial, que é cada quatro, cinco, oito equipes ou dependendo do tipo de profissional tinha um grupo de saúde mental, de reabilitação física, fisioterapia, atividade física e saúde, etc. que fazem apoio matricial. A teoria seria se a gente quer personalizar o atendimento clínico e prevenção, criar vínculo, a gente quer personalizar a relação

interprofissional também. Então não adianta só referência, precisamos experimentar mudar isso, não jogar fora referência e contra-referência, mas personalizar, criar vínculo, criar descrição de clientela, então esse fisioterapeuta é encarregado dessas equipes, e essas equipes sabem que o fisioterapeuta é esse.

O Brasil tem a patologia gerencial de ter departamento de atenção primária, aqui em Campinas nós não tínhamos isso, tinha departamentos territoriais, gestão de território, o distrito, a equipe, a gestão de um território fazia hospital, a vigilância à saúde, a atenção primária, ainda que tivesse alguns especialistas horizontais, matriciais, que a gente chama de apoio, que atendesse a atenção primária aí passavam em cinco distritos. Que vem a ser cinco distritos? Duzentas mil pessoas cada um, então eles ajudavam os diretores como tinham apoio matricial em hospital, em saúde mental. Então eu acho que precisa estar integrada aos níveis de... aí tem um problema que não é só do projeto de saúde da família, que a regionalização do SUS no Brasil avançou muito pouco, quase nada, se comparar com... o Brasil não é Sistema de Saúde, os hospitais são separados, são autônomos, os públicos, os filantrópicos e os privados tem convênios com os SUS, os universitários, os estaduais, os municipais, a gente não tem de fato um fluxo tipo rede, ninguém comprou essa briga, é a segunda briga que eu propunha de comprar era essa, regionalizar de fato, e aí só regulação não adianta.

Não dá pra fazer atenção primária sem esse conceito de regionalização ou o que a gente chama de territorialização, o Brasil mudou o nome, enriqueceu com Milton Santos, o território de Milton Santos tem gente, para a saúde isso é fundamental, não é um território sem gente, mas o nosso vínculo é com as pessoas, a gente tem que conhecer a região. Então o Milton Santos nos ajudou muito ao humanizar a geografia, porque como esse é um conceito importante em saúde coletiva, no território, na região, ele chama a atenção para nós, a gente não devia esquecer isso nunca, que tem gente, são pessoas, que o vínculo é com pessoas, ainda que atuando no território, atuando na região.

Referências bibliográficas

BASTOS, S. H. Modelo de Financiamento do Sistema Único de Saúde: ações realizadas e registradas pelas enfermeiras. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Ceará, UFC, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde, Lei 8080 de 19.09.1990. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde, Lei 8142 de 28.12.1990. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica*. Portaria GM/MS n. 676, de 03 jun. 2003. DOU 04/06/2003.

NEGRI, B; VIANA, A. L. A. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime/CEALAG

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*, 29 (1): 63-74, 1995.

SOUZA, H.L.; SAMPAIO, L.F.R. Atenção básica. política, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A.L.A. *Recursos humanos em saúde: Política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Pp. 9 – 31. Campinas, SP: Unicamp. IE, 2002.