

AVISO AO USUÁRIO

A digitalização e submissão deste trabalho monográfico ao *DUCERE: Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia* foi realizada no âmbito do Projeto *Historiografia e pesquisa discente: as monografias dos graduandos em História da UFU*, referente ao EDITAL Nº 001/2016 PROGRAD/DIREN/UFU (<https://monografiashistoriaufu.wordpress.com>).

O projeto visa à digitalização, catalogação e disponibilização online das monografias dos discentes do Curso de História da UFU que fazem parte do acervo do Centro de Documentação e Pesquisa em História do Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia (CDHIS/INHIS/UFU).

O conteúdo das obras é de responsabilidade exclusiva dos seus autores, a quem pertencem os direitos autorais. Reserva-se ao autor (ou detentor dos direitos), a prerrogativa de solicitar, a qualquer tempo, a retirada de seu trabalho monográfico do *DUCERE: Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia*. Para tanto, o autor deverá entrar em contato com o responsável pelo repositório através do e-mail recursoscontinuos@dirbi.ufu.br.

Universidade Federal de Uberlândia
Instituto de História

SAÚDE PÚBLICA EM UBERLÂNDIA:
Democratização *versus* Precariedade

Maria Claudia Dieguez Pizani

3142
S.9 (c)

Maria Claudia Dieguez Pizani

**SAÚDE PÚBLICA EM UBERLÂNDIA:
Democratização *versus* Precariedade**

Monografia apresentada ao curso de graduação em História, do Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia, como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel em História, sob a orientação do Prof^o. Dr. Antônio de Almeida.

Uberlândia, julho de 2005

Maria Cláudia Dieguez Pizani

Saúde Pública em Uberlândia: Democratização versus Precariedade

Banca Examinadora

Profº Drº Antônio de Almeida – orientador

Profª Drª Maria de Fátima Ramos de Almeida

Profº Ms Fábio Piva Pacheco

AGRADECIMENTOS

Foi uma longa trajetória marcada por alegrias e tristezas, onde fez muitos amigos. Porém, depois de muitos desafios vencidos e obstáculos ultrapassados, ela chegou ao fim.

Agora chegou a hora de colocar em prática os ensinamentos aprendidos.

Agradeço primeiramente a Deus e a minha família, a Deus por ter me dado ânimo suficiente para que não desistisse em cada obstáculo encontrado.

A minha família pelo apoio, carinho e paciência nos momentos difíceis, onde o cansaço tomava conta de mim.

Ao meu querido orientador Prof^o. Antônio de Almeida pela paciência e ensinamentos a mim transmitidos durante esse período de convivência.

A Pró – Reitoria de Recursos Humanos da Universidade federal de Uberlândia, Prof^a Leila Bittar, aos pacientes por mim entrevistados e a assistente social Marina Alves da Silva pela ajuda concebida na elaboração deste trabalho.

Aos meus amigos em especial à Elisângela Magela Oliveira, pelo apoio, carinho e incentivo. Fica difícil citar todos pois, corro o risco de esquecer alguém.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram de forma direta e indireta para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

SAÚDE PÚBLICA EM UBERLÂNDIA: DEMOCRATIZAÇÃO *versus* PRECARIEDADE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I	
O ESTADO E A SAÚDE PÚBLICA.....	11
CAPÍTULO II	
SAÚDE PÚBLICA EM UBERLÂNDIA.....	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

INTRODUÇÃO

"não estamos no início da hegemonia liberal: nossa tarefa é construir uma sociedade pósliberal, já que o liberalismo não é um tipo de sociedade, mas um choque, uma transição, uma destruição das modas não econômicas de gestão de economia. Uma vez alcançados seus objetivos, geralmente com eficácia brutal é preciso reconstruir a sociedade a partir dos conceitos de justiça e integração". Alain Touraine, 1995.

Ao escrever este trabalho procurei compreender o processo da Saúde Pública e principalmente o papel do SUS no Brasil, dando ênfase à análise das políticas neoliberais impostas por nossos governantes, que afetam profundamente o sistema público de saúde. Frequentemente ocorre uma super valorização dos mini-hospitais para cuidar da saúde de seus funcionários evitando os elevadíssimos gastos com Planos de Saúde.

objeto

afirmação
incorreta
em o
texto sobre
questão.

O Estado, como na educação, promove a mercantilização da saúde, transformando o que é um direito garantido na Constituição em mercadoria, onde as pessoas que possuem maior poder aquisitivo são também as mesmas que têm acesso a um melhor atendimento médico-hospitalar. Quem possui um alto poder aquisitivo vai se encaminhar para a rede privada que movimenta bilhões de reais e que dispõe de recursos para pagar por esse tipo de serviço, principalmente em função dos custos elevados, resta o atendimento público oferecido pelo SUS. Em função da insuficiência ou da precariedade do serviço não são poucos aqueles ~~morrem~~ nas filas à espera de uma vaga, como acontece frequentemente em vários pontos do país. Isso, talvez, explique fatos como o que aconteceu recentemente em Uberlândia com uma senhora de mais ou menos 80 anos que sofreu dois ataques cardíacos na porta de uma Unidade de Atendimento Integrado sem ser atendida por falta de vaga. Foi necessário a família chamar a polícia para que a senhora recebesse o tratamento adequado. Nesses termos,

vai-se cada vez mais institucionalizando a cultura de que o atendimento público à saúde está reservado aos excluídos.

- Para melhor compreender esse processo de degradação pelo qual o Sistema Único de Saúde vem passando, voltaremos um pouco ao passado procurando discutir alguns elementos que contribuíram para a crise da saúde no país, bem como algumas reformas do setor

.Para isso farei uso de alguns autores que tem como objeto de estudo o sistema público de saúde, como por exemplo, Mendes em seu livro “Uma agenda para a saúde” a crise da e saúde manifesta-se nas dimensões da ineficiência, da ineficácia e da iniquidade, bem como da insatisfação popular em relação a esse setor. A ineficiência tem sua face visível na crise do financiamento determinada por um constante e incontrolável crescimento dos custos da atenção médica e por uma irracionalidade na alocação dos recursos e a ideológica do modelo médico vigente. Essa crise possui três correntes de pensamento distintas de explicação. Na primeira corrente, a força política e a crise decorre do baixo nível de recursos investidos que não possibilitaram organizar um sistema adequado para atender às necessidades das pessoas. Para a segunda corrente, essa crise deriva das ineficiências internas do setor e como consequência, o esforço reformista é canalizado para o controle das irracionalidades intrínsecas aos sistemas de saúde. E, por fim, a terceira corrente diz que a crise tem uma determinação estrutural que decorre da impossibilidade de conciliar nos marcos da prática sanitária hegemônica, o conflito entre as forças expansivas do sistema de saúde com seus mecanismos de controle. Trata-se de conflito medular inerente à prática vigente da atenção médica. Essa corrente não anula a

necessidade de uma racionalização do sistema de saúde com o objetivo de dar maior eficiência a ele, ou seja, a racionalização deve se impor em um processo de reforma que estará subordinado à superação dos determinantes estruturais da crise.

O SUS, entendido como processo social em marcha, não se iniciou com a consagração constitucional de seus princípios, como por exemplo a regionalização e a hierarquização que diz que os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida.

A partir do que foi regulamentado - o acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde.

A rede de serviços organizada de forma hierarquizada e regionalizada permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de valores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade, conforme o ensino aos alunos de enfermagem das universidades.

Vale ressaltar também os princípios da Universalidade, da Equidade e da Integridade. O primeiro garante a atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão, ou seja, saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal. O segundo assegura ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras, ou seja, todo cidadão é igual perante o SUS. Já o princípio da Integridade é o reconhecimento, na prática, de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de

uma comunidade e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível que não pode ser compartimentado.

As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Enfim, o homem é um ser integral, bio-psicossocial e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde, também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

O Princípio da Resolubilidade é a exigência de que, quando o indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

- A descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis do governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. O SUS não tem uma data certa para o seu início e nem um momento definido para seu término, especialmente se esse tempo está dado por avaliações equivocadas que apontam para o fracasso. Dessa maneira, o SUS nem começou ontem e nem termina hoje, mesmo porque reformas sociais em ambientes democráticos são lentas e politicamente custosas.

O Sistema Único de Saúde veio a ser regulamentado pelas leis 8080, de 19 de dezembro de 1989 e 8142 de 28 de dezembro de 1990. Ao analisarmos essa legislação percebemos que o SUS foi regulamentado com o objetivo entre outros, de promover a

assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Por meio do princípio da universalidade, instituído a partir da criação do SUS, incorporaram-se como cidadãos da saúde, portanto possuidores de direitos a serem garantidos pelo Estado, 60 milhões de brasileiros, até então submetidos a uma atenção estatal ou medicina simplificada ou a filantropia. Ou seja, com o SUS qualquer pessoa passou a ter direito de receber o tratamento médico que necessitasse gratuitamente. Talvez, por isso mesmo, após a lei que o regulamentou, o SUS passou a ser considerado por muitos como “uma revolução sem precedentes”, como o fez Francisco de Oliveira, reconhecido economista do IPEA¹

A partir dessas informações seria possível afirmar que os principais beneficiados com o SUS é a maioria silenciosa que conta pouco no jogo político e na formação de opinião? Teriam essas pessoas alcançado com o SUS a cidadania na saúde, ainda que permaneçam sub-cidadãos políticos? Ou, ao invés delas terem realmente ganhado com o SUS houve apenas um nivelamento por baixo no atendimento médico-hospitalar?

Ainda que se deva reconhecer o caráter peculiar da universalização da saúde, o que cabe indagar² é se não se trata de uma “universalização excludente”. Ou seja, mesmo reconhecendo os aspectos positivos dessa universalização, particularmente no que diz respeito a sua extensão a todos, por outro lado, junto com ela também ocorreu uma queda na qualidade média da atenção médico-hospitalar, queda essa facilmente percebida principalmente nos hospitais credenciados, onde as pessoas permanecem dias ou até mesmo meses à espera de atendimento. Exemplifica isso, a situação vivenciada recentemente pelo Hospital de Clínicas da UFU, situado no município de Uberlândia,

¹ Frase de OLIVEIRA, Francisco. Economista do IPEA à Folha de São Paulo, 1994.

que por motivo de lotação nos corredores do pronto-socorro suspendeu o atendimento à pacientes de outras cidades deixando milhares de pessoas que dependem dos serviços prestados por essa instituição pública sem atendimento médico.

Como foco principal o Hospital de Clínicas da UFU, que se constitui em uma referência de atendimento para a Região do Triângulo Mineiro pois, além da população de Uberlândia, recorrem aos serviços oferecidos por essa instituição os moradores de diversas cidades como por exemplo, Araguari, Patos de Minas e Tupaciguara, para citar apenas algumas das mais importantes.

o HCP
com foco
principal
das cidades
vizinhas

Entre outras preocupações que também estiveram presentes neste trabalho, está a recusa de alguns hospitais particulares em se credenciarem para atendimento pelo SUS, apesar de que em todo o país eles atendem cerca de 25% da população e movimentam em torno de US\$ 13,3 bilhões anuais. O fato da tabela de remuneração do SUS estar congelada há nove anos talvez explique essa situação.

Além disso, procurarei demonstrar os efeitos provocados pela crise institucional que o Sistema vem enfrentando, sendo estes efeitos o reflexo da crise do Estado brasileiro definida pela crise fiscal, além de expressar a incoerência entre um novo objeto em construção com métodos e estruturas esgotados.

qual?

A opção por tal recorte temporal se deve ao fato de procurar demonstrar como nesse período a política neoliberal adotada por nossos governantes tem buscado resolver “a crise hegemônica que a economia do mundo capitalista começa a enfrentar a partir dos anos 60 e começo dos anos 70 como produto do esgotamento do regime de acumulação fordista”.² Essa política neoliberal transforma em mercadoria alguns direitos das pessoas, como educação e saúde, que seriam obrigação do Estado, e acabam

² GENTILLI, Pablo. *A desordem neoliberal, a violência do mercado e o destino da educação das maiorias*. p. 230.

constituindo uma forma de exclusão das pessoas, onde quem tem um poder aquisitivo paga por serviços particulares e quem não tem esse poder aquisitivo morre na fila à espera de atendimento. Curiosamente, apesar de todos os problemas enfrentados pelo SUS e apesar do desmantelamento sofrido pelo sistema, inclusive com a falta de materiais, como por exemplo medicamentos especiais utilizados no tratamento de doenças crônicas, mesmo assim, nem sempre o atendimento particular é melhor do que o atendimento público pois, conforme reportagem transmitida pela Rede Globo no Jornal Nacional, o índice de erro médico é maior dentro do atendimento da rede privada.

Outro ponto que merece ser ressaltado é que apesar de todas as dificuldades enfrentadas pelo Hospital de Clínicas da UFU, a partir do momento em que o “cliente” é nele internado, ele recebe todo o tratamento que necessita incluindo exames de alta complexidade, como por exemplo a ressonância magnética, tudo custeado pelo Sistema Único de Saúde. Além disso, o paciente nunca recebe alta sem ter todos os encaminhamentos necessários para a cura de sua patologia tanto em nível médico, psicológico e de serviço social. Quando a internação não se faz mais necessária, o hospital fornece programas como o PID (Programa de Internação Domiciliar) e o PAD (Programa de Atendimento Domiciliar), ambos voltados para buscar alternativas no atendimento dos usuários do SUS.

Entre as dificuldades, além da falta de alguns materiais e de medicamentos especiais para o tratamento de doenças crônicas, como citado anteriormente, podemos citar também o fato de funcionários serem obrigados a dobrarem sua jornada de trabalho para que o atendimento possa ocorrer satisfatoriamente.

Trata-se de uma sobrecarga de trabalho típica do sistema capitalista, que promove a disciplinarização do corpo para o trabalho em um ritmo acelerado que tem como função

atender a demanda do mercado que é frenético, requerendo pessoas com uma capacidade de pensamento crítico cada vez mais reduzida, ou seja, cada vez mais alienadas. Devido a esse ritmo frenético, a medicina tornou-se cada vez mais voltada para o curativo do que para o preventivo, pois, as pessoas necessitam estar bem com a saúde para que possam trabalhar muito e assim atender ao frenético mercado consumidor.

Ao escolher o SUS como tema de minha pesquisa, tornaram-se necessárias algumas leituras acerca deste assunto, onde procurei recuperar como o sistema foi constituído bem como identificar problemas existentes.

Que a memória é seletiva e está impregnada de subjetividades. Ou seja, devemos levar em consideração que há reelaborações por parte dos entrevistados, sendo necessário estar atento para entendê-las como uma documentação em que se conta fatos, uma vez que, como afirma Portelli, “as fontes orais contam-nos não apenas o que o povo fez, mas o que queria fazer, o que acreditava estar fazendo e o que agora pensa que fez.”³ Com isso, podemos dizer que a fonte oral nos instiga a lidar com o humano, com o sensível mostrando assim que tudo possui uma lógica. Sobre isto, podemos recorrer às colocações de Thompson sobre o que vem a ser a lógica histórica para nos auxiliar nesta compreensão:

pesquisa baseada em fontes

“Por lógica histórica, entendo um método lógico de investigação adequado a materiais históricos, destinado na medida do possível a testar hipóteses quando à estrutura, causação etc, e eliminar procedimentos auto confirmadores (...). O discurso histórico disciplinado da prova consiste num diálogo entre conceito e evidência, um diálogo conduzido por hipóteses sucessivas, de um lado e a pesquisa empírica do outro.”

³ PORTELLI, Alessandro. *A filosofia e os fatos: narração interpretação e significado nas memórias e nas fontes orais*. Tempo, Rio de Janeiro: vol. 1, nº 2, 1996. p. 72.

A fonte oral é necessária para trazer a cena histórica, a ação de agentes sociais antes relegadas valorizando o saber e neste caso principalmente a experiência de vida dessas pessoas que tanto dependem da Saúde Pública, ou seja, do SUS.

Além do fato da memória ser seletiva, o historiador que fizer uso desse tipo de fonte não pode esquecer que a memória é passível de manipulação tanto por parte do entrevistado quanto por parte do entrevistador.

Apesar disso, as fontes orais permitem a investigação de questões e também de classes sociais geralmente pouco visíveis na documentação escrita, pois como diz Walter Benjamin,

“Nada do que aconteceu jamais pode ser dado por perdido para a História. Certamente, só a humanidade redimida cabe o passado em sua plenitude. Isso quer dizer: só a humanidade redimida pode ser citar cada um dos momentos do seu passado. Cada um dos momentos torna-se uma citação na ordem do dia-a-dia que é justamente, o do juízo final.”⁴

No caso desse trabalho, a história oral vai permitir saber se o SUS está cumprindo suas leis, seguindo seus princípios. Ou seja, se a população está tendo um atendimento médico de qualidade e gratuito.

No primeiro capítulo faço uma retrospectiva histórica das políticas públicas de saúde, além de mostrar a normatização do SUS que ocorreu na década de 90 apontando suas dificuldades e seus avanços nos diversos âmbitos. Para isso, faço uso das fontes escritas.

No segundo capítulo analisarei o descaso de nossas autoridades com a Saúde Pública que se instalou desde a política neoliberal onde serviços que antes eram tidos como essenciais passam a sofrer um processo de mercantilização. Vistos nessa

⁴ KHOURY, Yara Maria. *A Pesquisa em História*. 4 ed. São Paulo: Ática, 1989.

perspectiva, aqueles que têm poder aquisitivo pagam por serviços de qualidade e quem não tem esse poder morrem na fila à espera de atendimento.

Para fazer análise desse descaso fiz uso das entrevistas, que foram realizadas no período de abril a maior de 2004, não esquecendo que a memória é passível de manipulação tanto por parte do entrevistado como do entrevistador e que as entrevistas nos oferecem um texto e um enredo.

A pergunta que não calou e que esteve presente durante todo o meu trabalho é se o SUS realmente democratizou o atendimento ou apenas nivelou o atendimento. É o que vamos perceber no decorrer desse trabalho, principalmente no decorrer do segundo capítulo, onde veremos a realidade das pessoas que dependem desse sistema principalmente na cidade de Uberlândia, o foco de toda minha pesquisa.

entrevista
por
entrevista
por

CAPÍTULO 1

O Estado e a Saúde Pública

Quando falamos em saúde pública no Brasil, é muito comum se discutir se as mudanças ocorridas nas políticas públicas desse setor realmente têm contribuído para beneficiar a população ou, pelo contrário, funcionam como mais um mecanismo de exclusão social.

Fazendo uma pequena retrospectiva do que tem ocorrido nessa área no país, podemos perceber que no final do século XIX e início do século XX as políticas relativas a essa questão se inseriram no chamado sanitarismo companhista, com ações voltadas exclusivamente para os portos e fronteiras com o objetivo de controlar as doenças transmissíveis dentro dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis.⁵ Tal decisão está associada ao modelo agro-exportador, vigente no Brasil nesse período.

A assistência à saúde, além do sanitarismo companhista vai se basear também nas organizações de caráter religioso, as Santas Casas de Misericórdia, que exerciam grande influência no modelo assistencial tanto na formação de recursos humanos como na demanda.

Posteriormente a isso, delineia-se um novo sistema em que o setor privado, que não possui uma forma padronizada de organização, desenvolve-se no contexto de uma economia eminentemente capitalista. O setor filantrópico sofre várias retrações e com isso o sistema público vai começar a exercer “atividades marginais.”

⁵ RAMOS, Leila Bitar Moukachar. *Perfil do usuário e sua perspectiva na utilização e na avaliação de Unidades Básicas de Saúde*. Uberlândia: (Tese de Mestrado), 1997.

Em 1923, através da lei Eloy Chaves, foram criadas as CAPS (Caixas de Aposentadoria e Pensões) organizadas pelas empresas que descontavam 8% do salário daqueles trabalhadores que tivessem carteira de trabalho assinada.

As CAPS priorizavam a assistência médica, sendo responsáveis pela assistência individual curativa, enquanto aquela de caráter eminentemente preventivo era de responsabilidade dos centros de saúde que disponibilizavam um médico, de qualquer especialidade todos os dias.

A década de 1930, sob o governo de Vargas, vai constituir-se num marco nas políticas públicas de saúde, fato esse que ocorre simultaneamente ao advento da industrialização e ao crescimento do êxodo rural.

O Estado vai passar a integrar a Previdência Social com a implementação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, os chamados IAPS, concedendo “privilégios” como pensões e aposentadorias em detrimento da assistência médica. O setor privado vai se inserir definitivamente na estrutura do novo modelo assistencial através da Previdência Social que incentiva, compra e financia assistência médica privada.⁶

Inicia-se o processo de dicotomização entre os procedimentos curativos e preventivos, que foi visível durante décadas na organização dos serviços de saúde e das diretrizes políticas para o setor.

Em 1966, no contexto do golpe militar e da ditadura, os IAPS se unificaram dando lugar aos INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) que terá como principais características: o privilégio da prática médica curativa individual e especializada, além da criação de um complexo da cobertura que vai abranger quase a totalidade da população urbana e rural.

*1966
o primeiro
momento
foi a criação
do INPS
e a unificação
dos IAPS*

Uma característica que vale ressaltar é o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor da saúde, e conduzindo para o aumento progressivo das ações médicas individualizadas cobertas pela Previdência Social em detrimento da saúde pública que, segundo Tanak⁷, permaneceu estabilizada. A reafirmação da dicotomia curativo / preventivo vai acontecer a partir da criação, por um lado, do Ministério da Previdência e Assistência Social e por outro, do Ministério da Saúde que vai realizar programas de Assistência para atender a população menos favorecida.

A Conferência realizada no ano de 1978 em Alma Ata sobre cuidados primários, estabelece uma “estratégia destinada a apropriar, recombina, reorganizar e reorientar todos os recursos do setor da saúde para satisfazer as necessidades e representações na área sanitária de toda a sociedade.”⁸

Essa Conferência reuniu quatro mil delegados eleitos em todos os Estados Brasileiros e abordou quatro pontos fundamentais: municipalização, controle social além do debate das propostas sobre financiamento, organização dos serviços, participação popular na gestão e recursos humanos entre outros temas que significaram as grandes diretrizes dos trabalhos da Assembléia Constituinte.

Em 1970, quatro anos após sua criação, o INPS é extinto com a criação da Previdência Social, que vai se constituir num marco histórico, promovendo uma guinada nas políticas públicas de saúde.

DIAS
de saúde
Previdência
Social
e a saúde

⁶ MENDES, E. V. *As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia no projeto neoliberal*. In: _____. Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994a. p. 19 – 91.

⁷ TANAKA, O. Y; Rosenburg C. P. *Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do município de São Paulo (Brasil)*. Revista de Saúde Pública. São Paulo: v. 24, n. 1, 1990. p. 60 – 68.

⁸ MENDES, E. V. *As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia no projeto neoliberal*. In: _____. Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994a. p. 19 – 91.

Com essa implantação, teoricamente qualquer pessoa passou a ter o direito de ser atendido na rede pública de saúde, porém, sabemos que na prática isso não acontece.

Já a lei nº 8142 ou 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além de outras providências. O retrocesso político iniciado em 1988, segundo Mendes

*vai reforçar um modelo assistencial privatista e conservador. Este modelo vai se constituir em um sistema de saúde público, plural e privado que vai confrontar no final da década diferentes visões e interesses de mundo compondo-se de três subsistemas o da alta tecnologia, o da atenção médica supletiva e o público.*¹⁰

Ou seja, na teoria a normatização do SUS democratizou o atendimento, porém, na realidade esse atendimento continuou excludente, pois apenas as pessoas que possuem um alto poder aquisitivo continuaram tendo acesso a um bom atendimento médico – hospitalar, seja através da rede privada ou de planos de saúde, sendo o ponto alto na década de 90.

Essa trajetória histórica, vista a partir do “processo social de mudanças das práticas sanitárias”, enquanto um movimento contra-hegemônico, nem sempre revela um ponto fundamental que é a incisiva participação dos municípios através da gestão, e da universalidade da atenção à saúde.

A década de 90 foi marcada pela passagem de um sistema extremamente centralizado para um sistema em que milhares de gestores passam a ser os atores fundamentais no campo da saúde devendo, segundo a lei 8080 de 28 de dezembro de

¹⁰ MENDES, E. V. *As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia no projeto neoliberal*. In: _____. Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994a. p. 19 – 91.

1990, artigo 16^º, formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição além da participação na formulação e na implementação das políticas, entre outras funções.

O contexto neoliberal dessa década se confronta diretamente com o princípio da descentralização, sendo que a partir disso a concretização do SUS vai sofrer uma contínua tensão por causa dos obstáculos estruturais e conjunturais na década de 90. Além desses obstáculos podemos citar também as dificuldades financeiras promovidas pela falta de repasse de verbas por parte do governo além das dificuldades institucionais.

A questão do financiamento tem sido ao longo dessa década de implementação do SUS um dos temas mais candentes na agenda da construção do SUS. Essa questão é tratada na lei 8080 de 28 de dezembro de 1990 no artigo 31 do capítulo I, que diz:

“O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias”.¹¹

Porém, durante a década de noventa, a crise do financiamento se expressou por meio de montantes insuficientes, irregularidades dos fluxos financeiros, necessidade de superar forma de critérios de repasse que não contemplavam a equidade como princípio orientador.

A contradição entre o modelo econômico brasileiro e a proposta de construção do SUS refletiu-se nesses dez anos na dificuldade de se obter formas estáveis e montantes suficientes para o financiamento do sistema público de saúde em constante atrito com a

¹¹ Constituição Federal de 1988, seção II, parágrafo único.

expansão de um sistema privado dirigido pela lógica excludente de mercado, coerente com o modelo de desenvolvimento hegemônico do Brasil.

As dificuldades ocorreram em diversos níveis: no âmbito do financiamento, presenciamos a não implementação do orçamento da Seguridade Social e a instabilidade de fontes de recursos durante maior parte da década. No âmbito da atenção aos usuários, negando o que está assegurado na legislação, persistiram as desigualdades de acesso, além das distorções no modelo de atenção. No que diz respeito à relação público – privado, verifica-se o crescimento do setor privado supletivo, subsidiado por renúncia fiscal, com segmentação da clientela, ao mesmo tempo em que a regulação dos prestadores privados do SUS e do setor privado supletivo continua bastante incipiente.

No tocante a gestão e organização do sistema, uma das maiores dificuldades enfrentadas está associada à heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios. Além disso, permaneceram as distorções relacionadas ao modelo anterior: superposição e excesso de oferta de algumas ações, insuficiência de outras e pouca integração entre serviços.

Apesar das inúmeras dificuldades apresentadas anteriormente, o processo de implementação do SUS na década de 90, apresenta avanços em vários aspectos.

No âmbito do financiamento houve um aumento da participação dos municípios no financiamento da saúde, além do aumento progressivo das transferências automáticas dos recursos federais para estados e municípios. No que diz respeito à atenção aos usuários, houve a ampliação do acesso em termos de população assistida, porém, apesar dessa ampliação vale questionar a qualidade dessa atenção. Houve também mudanças nas práticas de atenção em várias áreas e a expansão de agentes comunitários de saúde e saúde da família.

No âmbito das relações público – privado, o avanço se deu no aumento da oferta pública de serviços de saúde, além do aumento da capacidade gestora. Cabe registrar ainda que em relação aos Recursos Humanos e ao controle social, apesar das dificuldades, também obtiveram avanços como o aumento dos trabalhadores.

1.1 O SUS e a Administração

De acordo com a normatização oficial, a administração do SUS está a cargo dos chamados gestores. Por gestores são compreendidas as entidades encarregadas de fazer com que o SUS seja implantado e funcione adequadamente dentro das diretrizes doutrinárias e da lógica organizacional, e seja operado dentro dos princípios da regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização e participação dos cidadãos. O que cabe indagar é até que ponto essas entidades cumprem a sua função de fiscalizar o funcionamento do SUS. Nesse aspecto uma simples visita ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia ou a uma das cinco unidades de atendimento integrado do município de Uberlândia, nos permite concluir não somente como aquela função está longe de ser cumprida mas, também, até mesmo um grande descaso das autoridades municipais para com a saúde pública.

Como está previsto na Lei 8080, o SUS possui gestores nas 03 esferas do governo, ou seja, no nível federal, estadual e municipal.

Porém, a consolidação do SUS vai requerer a existência de mecanismos de regulação que consigam dar conta do dinamismo e da complexidade do processo de descentralização na área da saúde nos anos 90. Nesse sentido, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) foram concebidas como instrumentos fundamentais para que ocorresse

a concretização da diretriz de descentralização estabelecida na constituição e legislação do SUS.

Essas NOBs, portanto, representam os mecanismos de regulação que tratam do aspecto de divisão de responsabilidades entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municipais.

Nos municípios, esses gestores são: as Secretarias Municipais de Saúde ou as Prefeituras, sendo responsáveis pelas mesmas os respectivos secretários municipais e os prefeitos.

Nos estados, os gestores são os secretários estaduais de saúde e em nível federal, tal responsabilidade fica a cargo do titular da pasta do Ministério da Saúde. O Ministério tem como missão liderar o conjunto de ações de proteção e recuperação da saúde, além de importantes funções no planejamento, financiamento, operação técnica e controle do Sistema Técnico de Saúde. Já o secretário estadual de saúde que é o gestor estadual fica com a responsabilidade de coordenar as ações de saúde do seu estado. Cabe também ao estado planejar e controlar o SUS.

Em nível municipal, cabe aos gestores programar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, ou seja, o município deve ser o primeiro e o maior responsável pelas ações de saúde para a sua população, pois ninguém melhor do que os gestores municipais para avaliar e programar as ações de saúde em função da problemática da população do seu município, ou seja, o atendimento ao doente e a responsabilidade pela saúde da população.

Com relação aos recursos para o pagamento das despesas do SUS podemos dizer que os mesmos provêm das três esferas do governo federal, estadual e municipal. Os

recursos federais provêm do orçamento da Seguridade Social (que também financia a Previdência Social e a Assistência Social) conforme o que está na Constituição:

“A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.”¹²

Esses recursos federais serão acrescidos de outros recursos da união constantes da Lei de Diretrizes Orçamentárias aprovada pelo Congresso Nacional. Como podemos perceber, a Constituição Federal de 1988 assegura que

“o sistema único de saúde será financiado nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social da União dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.”¹³

Esses recursos são gerados pelo Ministério da Saúde e estão divididos em duas grandes partes: uma é retida para o investimento e custeio das ações federais e a outra é repassada às secretarias de saúde estaduais e municipais, de acordo com critérios definidos em função da população, necessidades de saúde e rede assistencial.

Em cada estado, os recursos são repassados pelo Ministério da Saúde, são alocados pelo próprio governo estadual em suas receitas e geridos pela Secretaria de Saúde, através de um fundo estadual de saúde. Dessa quantia, uma parte fica retida para as ações e os serviços de saúde estaduais; enquanto a outra parte é repassada aos municípios de acordo com alguns critérios estabelecidos.

Cada município irá gerir os recursos repassados a ele e os seus próprios recursos administrativos através de um fundo municipal de saúde, ou seja, cabe aos municípios

¹² Constituição Federal de 1988, seção II, parágrafo único.

¹³ Constituição Federal de 1988, seção II, parágrafo único.

destinar parte adequada de seu próprio orçamento para as ações de saúde da sua própria população.

A maior parte desses recursos atualmente aplicados em saúde tem origem na Previdência Social, que será organizada, conforme a Constituição, sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei a

*"Cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; - proteção à maternidade, especialmente a gestante; proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; salário – família e auxílio – reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge de companheiro e dependentes."*¹⁴

Esta tendência deverá modificar-se até que se chegue a um equilíbrio das três esferas do governo com relação ao financiamento da saúde. Para isso, os estados e os municípios deverão aumentar os seus gastos com a saúde.

Depois de conhecermos quem são os gestores vamos conhecer as funções desses que são os responsáveis, além da população, pelo bom funcionamento do Sistema Único de Saúde, conforme Lei nº 8.142/90 que vai dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Eles (os gestores) desempenharam várias funções como o planejamento estratégico e gestão colegiada das ações, serviços e projetos além de observarem a necessidade de aquisição e implementação de tecnologia e equipamentos que facilitem o desenvolvimento do trabalho visando melhorar a qualidade dos serviços prestados à população.

Outro ponto que vale ressaltar é a organização de um Banco de Dados sobre os Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde facilitando uma avaliação permanente

¹⁴ Constituição Federal de 1988, seção III, artigo 201.

da capacidade de oferta e da necessidade de recursos humanos para a realização de ações e serviços de saúde, sendo que em cada nível de gestão deve ter seu componente gestor da política de Recursos Humanos para o Sistema.

Com relação ao município de Uberlândia, podemos perceber que ele vivenciou “esperanças e frustrações” desde o processo de municipalização até a inserção dos preceitos do Sistema Único na década de 90. O município se insere sempre na estruturação do modelo assistencial proposto pelas Políticas Públicas de Saúde vigente no período. Em 1984 incorporou o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde).

Este processo teve início em 1988, quando a esmagadora maioria dos municípios brasileiros assumira a implementação da agenda setorial. Tais municípios compõem um cenário fragmentado e de grande diversidade levando em consideração as mesmas desigualdades sociais, regionais e intra-regionais, traço indiscutível da realidade brasileira. Assim, a compreensão e avaliação das mudanças em curso, devem ser observadas a partir da compreensão mais ampla do processo, buscada a partir da análise da diversidade de situações e de contexto locais. Como afirma Geertz,

... "Para que o geral possa á ser apreendido e para que descubram novas unidades parece necessário apreendê-lo não diretamente, de uma vez só mas através de exemplos, diferenças, variações, particularidades – aos pouquinhos caso a caso num mundo estilhaçada devemos examinar os estilhaços." ¹⁵

Na eleição municipal do ano de 1988 no município de Uberlândia observa-se uma tendência e um discurso privatista por parte da elite, aliado a uma proposta bastante conservadora relacionada ao planejamento e execução das políticas sociais. Vale ressaltar que a Criação da Secretaria Municipal de Saúde pela gestão anterior no seu

¹⁵ GEERTZ, 2001.

processo democrático incorporou o planejamento à prática institucional constituindo-se em uma rede hierarquizada e regionalizada. Goulart, em seu trabalho, conclui que a “reversão da política municipal de saúde é pouco provável”

A municipalização da saúde tem buscado integrar estratégias de organização de serviços que efetivamente possam contribuir para a construção social do SUS que terá como princípios organizativos: a descentralização da gestão dos recursos, a regionalização e hierarquização das unidades de produção de serviços além das integrações das ações promocionais, preventivas e curativas. Dentre as estratégias, está a concepção de Distrito Sanitário conforme percebemos em “Territorialização em sistemas de saúde” de Unglert, entendendo por “Distrito Sanitário o local onde as necessidades da comunidade devem ser conciliadas com as prioridades municipais, estaduais e nacionais.”¹⁶

Porém, para a determinação dos limites dos distritos sanitários deve-se considerar os aspectos geográficos, culturais, econômicos e funcionais que dificultam ou auxiliam na procura pelos serviços oferecidos pelo poder público.

Os distritos sanitários de Uberlândia ao obedecerem à lógica político – administrativa, anteriormente consolidada, apresentam a vantagem da possibilidade de uma integração da autoridade sanitária com os responsáveis por outros setores, contribuindo para a facilitação de uma ação intersetorial. É importante ressaltar, que a delimitação de um Distrito Sanitário é dada pela lógica do planejamento urbano, e o seu objetivo é o administrativo – assistencial.

Segundo o ex-secretário de saúde do município, Paulo Roberto Salomão, em Uberlândia, o processo de distritalização sanitária desencadeou uma ação intersetorial,

¹⁶ Informativo Anual de 1999 – Informativo Anual da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Uberlândia, elaborado pelo Núcleo de Informação em Saúde (NIS).

pois, os diretores de Distritos Sanitários integram-se com os responsáveis por outros setores sociais. Os distritos foram subdivididos, tendo como referência a área de abrangência de cada uma de suas Unidades Básicas de Saúde, determinando um território de co-responsabilidade pela saúde naquele espaço entre população e serviço.

Procurou-se, com essas subdivisões, determinar áreas homogêneas de risco, tendo como referencial para a delimitação as condições sócio-econômicas e sanitárias, o que aprimorou a qualidade do atendimento. Porém, a insatisfação dos usuários permanece, pois, mesmo essa divisão não conseguiu contemplar a pluralidade social da população inserida em cada distrito.

Dessa forma, a regionalização e a hierarquização dos serviços dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos entre si e com a população usuária. A regionalização implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde levando em consideração a divisão político – administrativa do país, mas considera também a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde.

Já a hierarquização diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica ^{de} aos serviços. O princípio da descentralização da gestão do sistema implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (MS) para os estados (SES) e municípios (SMS).

O princípio da participação social refere-se ao envolvimento ativo da população organizada no processo de decisão e no controle social sobre as políticas e o sistema de saúde no SUS. Tal participação é garantida mediante a atuação dos Conselhos de Saúde em todos os níveis – nacional, estadual, municipal – bem como através das

de acordo
princípio
sistema de
gestão

Conferências de Saúde, realizadas periodicamente, conforme podemos observar na Lei 8.142.

Se compararmos a normatização do SUS com as normatizações anteriores pelo menos na teoria, o SUS estende o atendimento a todas as pessoas e não apenas aquelas que tivessem carteira assinada como é o caso das caixas de Aposentadorias e Pensões.

Porém, a real implementação do Sistema Único de Saúde esbarra no sucateamento iminente do serviço público de saúde: espaço físico precário e muitas vezes deteriorado, com vazamentos e rachaduras, falta de equipamento técnico de qualidade, falta de material de consumo diário, como gases usadas para curativo, além da péssima remuneração aos profissionais da saúde que necessitam aumentar sua renda para assegurar a sobrevivência e assim dar um melhor retorno no exercício de suas atividades.

Apesar dessa extensão que o SUS promoveu ou tentou promover, muitas pessoas morrem na fila à espera de atendimento ou precisam esperar até 01 ano para conseguir a ~~marcação~~ e uma consulta ou ~~de~~ um exame, como acontece no Hospital de Clínicas da UFU e nas Unidades de Atendimento do município de Uberlândia, conforme podemos acompanhar nos noticiários da imprensa escrita e televisiva. A precariedade da saúde pública pode ser observada até mesmo na fala do ex-Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, quando, em viagem a Inglaterra em dezembro de 1997 declarou que “a saúde do país é um pesadelo”.

Essa constatação da situação precária da saúde serve para demonstrar o caos em que a mesma se encontra, ~~mas~~, no entanto, pouco tem servido para alterar essa situação em termos de melhoria da mesma. Prova ~~isso~~ alguns acontecimentos da região do Triângulo e do município de Uberlândia que se constitui em uma referência de

atendimento para as cidades vizinhas. Frequentemente as pessoas necessitam fazer queixa na Delegacia de Polícia ou chamar a televisão para conseguirem uma internação.

Com base nos estudos por mim realizado e na vivência como usuária pude perceber que a crise nos hospitais universitários é reflexo de uma política neoliberal que transforma a saúde e a própria vida das pessoas em mercadoria, desvinculando-a de valores humanos. Ou seja, quem não tem um alto poder aquisitivo acaba marginalizado ou à mercê de um sistema feito para os excluídos.

As pessoas não são vistas, o que importa são as planilhas de custos e a acumulação e concentração de capital, ou seja, um direito garantido em Constituição é transformado em mercadoria para promover a concorrência entre o público e o privado. O governo federal não tem priorizado as políticas sociais; em consonância com os interesses de um projeto de reforma do Estado de caráter neoliberal, o que tem colaborado para aprofundar o abismo social entre ricos e pobres, agravando as já marcantes desigualdades sociais existentes no país. A reforma do Estado no Brasil contempla resumidamente os seguintes aspectos: a transferência dos serviços públicos potencialmente lucrativos ao setor privado, a concentração da ação direta do Estado em programas de baixo custo e voltadas para as populações pobres, a ampliação dos recursos dos planos de saúde aos servidores da camada média da população submetendo-os a uma certa regulação para refrear a voracidade das empresas do setor.

Entre outros mecanismos de privilégios de interesses corporativos, dessa política mantém ainda uma matriz tributária que sobrecarrega a população mais pobre que garante estímulo ao capital em detrimento de uma arrecadação mais justa que permitirá aumentar o volume de recursos para as áreas sociais, acarretando o aumento de demanda por ações e serviços.

As ações de saúde, acatadas essas orientações, são vistas como uma concessão aos pobres e devem ser de responsabilidade privada, restando aos governos agirem somente naquilo que não interessa ao setor privado, objetivando evitar epidemias. Essa versão sintetiza a versão moderna da caridade.

Ou seja, o processo de mercantilização da saúde vai degradar o sistema público de saúde e priorizar o sistema particular que, segundo artigo “Globalização e mercantilização da saúde”¹⁷ atende a 25% da população num total de 41 milhões de pessoas e movimenta US\$ 13,3 bilhões anuais. E essa degradação é feita tanto materialmente, com a falta de investimentos no setor, quanto ideologicamente, com as teses neoliberais de que tudo o que é público é ruim. Com isso, o Estado tira de si a responsabilidade de um direito garantido na Constituição, para fazer o setor público na realidade subsidiar o setor privado.

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”¹⁸

Apesar da precariedade do sistema público ser senso comum, devemos quebrar esse senso comum, pois, os hospitais públicos estão bem mais equipados para receberem pacientes de alta complexidade, ou seja, os hospitais particulares quando recebem pacientes nesses casos logo transferem para os hospitais públicos que são bem mais aparelhados porque não privilegiam apenas o preventivo. O que ocorre é a falta de vontade política de alguns e o predomínio dos interesses particulares de outros que não permitem avanços na área social para que o acesso a uma boa assistência médica não

¹⁷ Revista Espaço Acadêmico – Ano II – Nº 20 – Janeiro de 2003 – Mensal – ISSN: 1519.6186.

¹⁸ Constituição Federal de 1988, seção II, artigo 196.

pareça uma utopia um tanto quanto distante e todos sem distinção de cor, idade e conta bancária possam ter acesso a uma boa assistência médico-hospitalar.

No capítulo seguinte buscaremos compreender o significado do SUS a partir da realidade vivida pelo seus usuários no município de Uberlândia. Para isso, farei uso da fonte oral, ou seja, das entrevistas feitas com usuários do hospital de Clínicas, o principal hospital do município e da região conveniado ao SUS.

CAPÍTULO II

Saúde Pública em Uberlândia

A Constituição Brasileira de 1988 fez constar do seu texto que:

“A saúde pública é um direito de todos e dever do Estado, garantindo políticas sociais e econômicas que visa à dedução ao risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e qualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Ou seja, o gozo de melhor estado de saúde constitui um direito fundamental de todos os seres humanos, quaisquer que forem suas raças, suas religiões, suas opiniões políticas, suas condições econômicas e sociais.

Ao tomarmos como referência a análise da realidade vivenciada pela população brasileira, contrariando o que consta na lei, o que se constata é que a qualidade da saúde pública praticada no país, expressada através da assistência médica e hospitalar ou mesmo por meio das próprias condições de vida da população, é algo bastante precário.

Esse quadro que vem se agravando ao longo dos últimos anos aprofunda ainda mais a sua gravidade quando associado às regiões de maior desigualdade social

A situação da saúde pública no Brasil tem evidenciado uma correlação de forças própria das sociedades de mercado onde o que prevalece nem sempre é o que melhor beneficia a população, mas antes, o jogo de interesses políticos e econômicos que estão diretamente associados à natureza, qualidade e quantidade de serviços prestados. Secundariamente, mas dando suporte àquela orientação de fundo, entra em cena outros elementos associados ao arcabouço jurídico-administrativo, dificultando a identificação dos verdadeiros responsáveis. É isso que possibilita ao sistema público transferir a responsabilidade sempre para uma outra esfera do poder.

Na cidade de Uberlândia, como não poderia ser de outra forma, esse quadro de dificuldades também se faz presente. Localizada no Triângulo Mineiro, Uberlândia é cortada por importantes rodovias federais e estaduais, conta com uma população de aproximadamente seiscentos mil habitantes e tem sua história marcada por um discurso progressista por parte das elites dominantes. Vários indicadores apontam Uberlândia como o terceiro município de Minas Gerais. Apresentada pelas elites como cidade

modelo, esse discurso muitas vezes é assimilado e introjetado por uma grande parcela da população, incluindo os setores pobres e excluídos.

Mas quando o olhar do pesquisador se volta para a realidade vivenciada pela população, o que se constata é uma realidade bastante diferente daquela difundida pelas elites. Segundo estudos realizados pelo Centro de Estudos, Pesquisas e Projetos Econômicos e Sociais da Universidade Federal de Uberlândia, 10,7% da população, uberlandense são considerados indigentes levando em consideração outros gastos¹.

Uberlândia apresenta um índice de pobreza populacional de 43,3% conforme dados levantados por aquela pesquisa realizada entre abril e julho de 2001, o que representa uma população de 194.886 pessoas pobres no município. Em termos de família esse percentual é de 39,9% abrangendo um total de 43.381 pessoas pobres no município. Em termos de família esse percentual é de 39,9% abrangendo um total de 43.381 pessoas pobres em Uberlândia.

Os valores encontrados para as linhas de indigência e de pobreza em Uberlândia, de abril a julho de 2001 estão expostos na tabela abaixo, onde podemos perceber que se trata de valores bastante expressivos, o que fica mais evidente quando traduzidos em valores diários: para a linha de indigência, em torno de R\$ 2/dia (ou seja, menos de 1 dólar diário) para satisfazer estritamente as necessidades alimentares de uma pessoa, sem comprometimento calórico; para a linha de pobreza, o valor varia em torno de R\$ 5/dia segundo pesquisa “Condições Sócio-Econômicas das Famílias em Uberlândia” realizada pelo CEPES (Centro de Estudos, Pesquisas e Projetos Econômicos Sociais) da Universidade Federal de Uberlândia para a Prefeitura Municipal.

Linhas de Indigência e Pobreza em R\$ correntes – Uberlândia/2001

Mês	Linha de Indigência	Linha de Pobreza
Abril	60,60	146,87
Maio	62,74	152,02

junho	59,50	144,16
julho	59,05	143,10

Podemos perceber que com a passagem do tempo os valores se tornam cada vez menores. Isso segundo dados da Prefeitura Municipal de Uberlândia.

No quesito à saúde, a tomar como referência a fala oficial, Uberlândia é sem dúvida uma cidade com muita tradição, segundo a Secretaria Municipal de Saúde a população uberlandense está muito bem assistida com relação à saúde, onde taxas de mortalidade e de mortalidade infantil estão cada vez mais baixas¹. Embora a entrada direta do poder público no setor tenha ocorrido tardiamente, apenas nos anos setenta, e a partir dessa época muitas coisas importantes foram construídas, conforme podemos perceber no trecho abaixo.

*“Entre as características positivas do modelo desenvolvido historicamente, destaca-se uma rede pública de saúde assistencial bastante abrangente. Do ponto de vista geográfico, com atuação significativa no preventivo e do curativo, com predomínio de prestadores públicos em toda a escala de complexidade. Dispõe de um corpo de funcionários numeroso e qualificado, e o investimento e infra-estrutura foram marcantes”.*¹⁸

Porém, podemos perceber que esse discurso apologético mascara a realidade e tenta esconder as mazelas sociais existentes no Município.

A elite tenta passar a imagem de “metrópole do Triângulo” que não apresenta mazelas sociais e no caso específico da saúde é uma referência regional e até mesmo

¹⁸ Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, abril - maio de 2003.

nacional, porém, assim como Antunes¹⁹ afirma em seu trabalho Uberlândia não é uma, é apenas uma cidade de médio porte que se orgulha de seu progresso.

No que se refere ao acesso aos serviços de atendimento básico, a pesquisa realizada pela Universidade no período de abril a julho de 2001 afirmava que 64,17% da população buscam atendimento nas UAIS, unidades de atendimento integrado. Elas se constituem em unidades de atendimento intermediário, entre os serviços mais elementares oferecidos pelos postos de saúde, unidades básicas de saúde e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Já 26,32% procuram o Hospital de Clínicas e 21,8% os postos de saúde de seus bairros e 21,85% procuram algum tipo de convênio médico que movimentam bilhões no mercado brasileiro privado de atendimento à saúde.

Porém, podemos perceber que, com o passar do tempo, esses percentuais sofrem um grande aumento e hoje ultrapassam os 100%.

A partir de 1998, foram criados 05 distritos sanitários, que conforme Informativo Anual da Secretaria Municipal de saúde da Prefeitura de Uberlândia, são locais onde as necessidades da comunidade devem ser conciliadas com as prioridades Municipais, estaduais e federais.

E foram subdivididos, tendo como referência a área de abrangência de cada uma de suas Unidades Básicas de Saúde, determinando um território de co-responsabilidade pela saúde naquele espaço entre população e serviço.

Porém, procurou-se com essas subdivisões determinar áreas homogêneas de risco, tendo como referencial para a delimitação as condições sócio-econômicas e sanitárias, o que supostamente aprimorou a qualidade do atendimento. Entretanto, a insatisfação dos usuários permanece, pois mesmo essa divisão não conseguiu contemplar a pluralidade social da população inserida em cada distrito.

E os 05 distritos são: Distrito Sanitário Sul, Distrito Sanitário Norte, Oeste, Leste e Central.

¹⁹ Medeiros, Euclides Antunes. Trabalhadores e Viveres Urbanos: Trajetórias e Disputas na conformação da Cidade – Uberlândia – 1970/2001. Dissertação de Mestrado. Uberlândia, 2002.

Quadro 01 – Cidade de Uberlândia – Composição dos Distritos Sanitários.

Distrito	Instituições/Bairros de Abrangência
Distrito Sanitário Sul <i>H-UBS 1-UBS</i>	UBS Lagoinha: Saraiva, Jardim Ozanam, Vigilato Pereira I, Jardim Nosso Recanto, City Uberlândia, Lagoinha, Vila Povia, Belo Horizonte, Loteamento Souza Santos, Santa Maria, Vila Presidente Vargas, Leão XIII, Santa Mônica (abaixo da Av. Segismundo Pereira até a rua Maria das Dores Dias) e Lídice. UBS Santa Luzia: São Jorge III e IV, Buritis, Viviane, Parque Granada, Conjunto Santa Mônica, Santa Luzia, Gravatás e Segismundo Pereira. UBS São Jorge: Jardim Aurora, São Jorge I, Regina, Seringueiras I e II, São Gabriel. UBS: Patrimônio: Copacabana, Patrimônio, Maracanã, Tabajaras, General Osório, Altamira I e II, Gávea, Centro, Morada da Colina, Indaiá, Jardim Karaiba, Tubalina, Cidade Jardim, Itapema Sul e Shopping Park. UAI Pampulha: Pampulha, São Jorge II, Laranjeiras, Aurora I e II, Tapuirama, Xangrilá, Carajás, Santa Mônica (abaixo da Av. Segismundo Pereira, a partir da rua Maria das Dores) e Segismundo Pereira.

Distrito	Instituições/Bairros de Abrangência
Distrito Sanitário Norte 1 UAI 2 UBS	UBS N.SRA. Das Graças: Nossa Senhora das Graças, Minas Gerais, Marta Helena (limita-se pela Av. Antônio T. F. Rezende e Av. Paulo Roberto C Santos), Cidade Industrial e Conjunto Cruzeiro do Sul. UAI Roosevelt (divisa com Jardim Brasília, da Av. Cesário Crosara, a partir da R. Carlos Vilela até a rua Izídio da Silva), Pacaembu, Residencial Gramado, Santa Rosa (divisa com Av. 03 de outubro com Fernando Vieira e rua São Domingos), Industrial, Jd. Metrópole, Jd. Brasília, São José, Roosevelt (da Av. Constelação até a Av. Cesário Crosara e da rua Carlos Vilela até a Igreja Adventista) e divisa com Bairro Maravilha pelo afluente do Córrego Liso. UBS Santa Rosa: Residencial liberdade, Esperança, Benedito Jacob, Marta Helena (até Av. Antônio T. F. Rezende, divisa com Rodovia), Roosevelt (da Av. 3 de outubro, rua Fernando ^a Vieira com São Domingos), Pacaembu e Residencial Gramado

Distrito	Instituições/Bairros de Abrangência
Distrito Sanitário Oeste 2 UBS 2 UAI	UBS Dona Zulmira: D. Zulmira, Vallée, Taiaman, Daniel Fonseca (abaixo da Av. Goiânia, a partir da Av. B. Sampaio), Santa Terezinha, Martins (abaixo do Cemitério), Industrial, Jardim Patrícia e Zona Rural (Fazendas). UBS Tocantins: Tocantins, Guarani, Morada do Sol. UAI Planalto: Planalto, Jardim Canaã, Jd. Das Palmeiras, Sto Inácio, Setor de Chácaras Tubalina, Tancredo Neves, Morada Nova, São Lucas, Santo Antônio, Cidade Jardim, Jardim Holanda, Área Rural, Residencial Ouro Verde, Jaraguá, Tubalina, Cidade Jardim (incluindo Jd. Interlagos, Daniel Fonseca) a partir da Av. Goiânia acima da Av. Brigadeiro Sampaio e Vallée. UAI Luizote de Freitas: Jardim Patrícia, Luizote de Freitas, Mansour e Taiaman.

Distrito	Instituições/Bairros de Abrangência
Distrito Sanitário Leste 3 UBS 2 VAIS	UBS Custódio Pereira: Custódio Pereira, Jd. Ipanema I e II, Aclimação, Jardim Califórnia, Novo Horizonte (acima da Av. João Leão), Jd. Umuarama (a partir da Av. Minervina C. Oliveira) e Mansões Aeroporto. UBS alvorada: Conjunto Alvorada, Vila Marielza, Morumbi (até a R. dos Hospitaleiros e R. Arraial, delimitado pela estrada Pau Furado e a Br 365/e Zona Rural (flutuante). UBS Morumbi: Morumbi (a partir da R. dos Hospitaleiros) e Área Rural. UAI Tibery: Santa Mônica (acima da av. Segismundo Pereira até a Rua José Carrijo), Progresso, Jardim Finotti, V. Santos Dumont e abaixo da Av. Rio Branco) e Tibery. UAI Dom Almir: Dom Almir, Prosperidade, Mansões Aeroporto e Zona Rural (Tenda dos Morenos).

Distrito	Instituições/Bairros de Abrangência
Distrito Sanitário Central 2 UBS	UBS Brasil: Brasil, Aparecida, Bom Jesus e parte do Marta Helena. UBS Martins: Higino Guerra, Fátima, Lourdes, Tomás Rezende, Vila Carneiro, Martins, Vila Osvaldo, parte do Daniel Fonseca (acima da Av. Marcos de Freitas Costa), parte do Rezende Junqueira (até M. F. Costa) e parte do Centro (Rua Santos Dumont até a rua Joaquim Cordeiro, pela João Naves de Ávila até a Rua México).

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Núcleo de Informação em Saúde – Guia da Saúde – 2000.

Esses espaços são delimitados em função da divisão político – administrativa já existente. Porém, chama a atenção o fato de que, para um serviço que objetivava fundamentalmente o atendimento populacional, não foram levadas em consideração as barreiras geográficas, a organização espontânea da comunidade e, muito menos, o fluxo espontâneo da população.

Portanto, deixou-se de considerar o acesso dentro do que o mesmo significa enquanto desafio para os países pobres, principalmente como importante componente da aceitabilidade do serviço médico, o que torna imprescindível à mensuração das dificuldades encontradas pelos usuários na busca pelo atendimento.

O que se pode deduzir é que, se do ponto de vista da população a distribuição dos distritos sanitários foi equivocada, observa-se o contrário no que diz respeito aos aspectos administrativos e a lógica do poder. Por este ângulo de visão, apresenta-se a vantagem da possibilidade de uma integração da autoridade sanitária com os responsáveis por outros setores, contribuindo para a facilitação de uma ação intersetorial.

Segundo o ex-secretário de saúde Paulo Roberto Salomão²⁰ em Uberlândia, o processo de distritalização desencadeou uma ação intersetorial, pois, os diretores dos Distritos Sanitários integram-se com os responsáveis por outros setores sociais. Esses distritos foram subdivididos tendo como referência a área de abrangência de cada uma de suas unidades básicas de saúde determinando um território de co-responsabilidade pela saúde naquele espaço entre população e serviço.

Segundo o mesmo, procurou-se com essas subdivisões determinar áreas homogêneas de risco tendo como referencial para a delimitação as condições sócio-econômicas e sanitárias, o que aprimorou a qualidade do atendimento. Negando essa afirmativa, a insatisfação dos usuários é exemplar para mostrar que essa divisão não conseguiu contemplar a pluralidade social da população inserida em cada distrito.

²⁰ Salomão, Paulo R (org). O processo de conquista da gestão plena do sistema Municipal de saúde – Uberlândia – MG. Revista Saúde e Cidade em Debate Rio de Janeiro, número inaugural, p 84-101, agosto 1999.

O sistema de saúde pública em Uberlândia é composto por postos de saúde e unidades básicas (nível primário de assistência); pelas unidades de assistência integradas (nível secundário de atendimento) e pelos hospitais conveniados ao SUS.

Além disso, existem também as unidades de apoio, tais como: Centro Radiológico, Laboratório de Bromotologia, Ambulatório de Saúde Mental, Unidades de Serviço Odontológico, Vigilância Sanitária e o Centro Regional de Controle de Zoonoses.

As unidades de atendimento integrado de Uberlândia, as chamadas UAIS, foram criadas nos anos 90, ~~que foi~~ marcado por ações no sentido de se consolidar a implantação do Sistema Único de Saúde visando melhorar as condições, por meio da localização estratégica de cinco unidades ~~localizadas nos bairros~~ Pampulha, Tibery, Luizote de Freitas, Planalto e Roosevelt.

O sistema de saúde pública de Uberlândia se desenvolve num espaço complexo e dinâmico.

Ou seja, em 1994, foram criadas as Unidades Básicas de Saúde com o objetivo de diminuir o fluxo de demanda da Universidade Federal de Uberlândia (Hospital Escola) e de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços em nível de complexidade terciária (cirurgias, doenças crônicas degenerativas, pesquisas, esclarecimento, diagnóstico, etc).

Segundo o princípio do SUS, de regionalização e hierarquização, a cidade de Uberlândia foi dividida em cinco regiões distribuídas geograficamente nos principais bairros: Luizote de Freitas, Planalto, Pampulha, Tibery e Presidente Roosevelt sendo que para cada uma dessas áreas de abrangência de uma unidade de Atendimento Integrado estimou-se uma população em torno de cinquenta mil habitantes. Para se definir como seria a estrutura física dessas unidades, formou-se uma equipe de planejamento que fez visitas a outras cidades que apresentavam propostas de descentralização da saúde, tais como: Belo Horizonte, Ribeirão Preto, Maringá e Goiânia.

Ao final desse estudo ficou definido que as Unidades de Atendimento teriam uma estrutura física de 1.300 m² de área construída com capacidade de atendimento a nível ambulatorial (clínica médica, pediatria e serviço social) além da implementação de serviços preventivos de saúde e de atendimento de pronto socorro vinte e quatro horas

nas áreas de clínica médica, pediatria, traumatologia, bem como serviço de raios-X, pequenas cirurgias, carrinho para internação em regime de observação, conta também com disponibilidade de ambulância para cada unidade.

O nome UAI é uma criação do então secretário de saúde Dr. Paulo Roberto Salomão, que uniu a expressão mineira regionalizada “UAI” com nome da entidade. A primeira UAI a ser implantada foi a “Dr. Domingos Pimentel de Ulhôa (UAI- Luizote)”, esse nome presta uma homenagem a um dos mais proeminentes profissionais que exercem a prática da medicina em Uberlândia, segundo o ex- secretário, Dr. Paulo Salomão.

Como já foi dito, em 1994 o então prefeito Paulo Ferola da Silva foi fazer um curso de administração pública em Boom, na Alemanha; lá observou que as organizações não governamentais participavam ativamente de várias ações, principalmente aquelas voltadas para o social.

Quando retornou da Europa, o prefeito reuniu-se com a diretoria da Fundação Maçônica Manoel dos Santos e propôs uma parceria para que a entidade administrasse a UAI / Luizote que já estava pronta. Conta o então presidente da Fundação Maçônica, Mauro de Souza, que alguns médicos Maçons não viram com bons olhos essa parceria. “Mas nós, da diretoria da época achamos que deveríamos ousar e aceitarmos o desafio”. Assim, juntamente com a prefeitura, inauguramos a Unidade de Atendimento Doutor Domingos Pimentel de Ulhôa-UAI / Luizote no dia 1º de maio de 1994 “. Disse Mauro de Souza”.²¹

Como já estava administrando a primeira UAI, a fundação foi convidada a administrar também a segunda unidade, ~~o~~ do bairro Planalto (UAI - Tubal Vilela da Silva), cuja inauguração aconteceu em agosto do mesmo ano. Logo a seguir, em setembro, foi inaugurada a UAI Pampulha (UAI – Irmã Dulce) também sobre a administração da Fundação Maçônica.

No governo seguinte foram concluídas mais duas UAIS: Uma no bairro Tibery (UAI – Nice Dib Jatene) e outra no bairro Roosevelt (UAI – Josias de Freitas). Segundo a Revista Fundação abril de 2001 “A Fundação Maçônica não recebe nada para

²¹ Revista Fundação Uberlândia: Fundação Manoel dos Santos, ano 8, nº 17 abril de 2001 p. 6.

administrar as UAIS. O trabalho é filantrópico, seus diretores não recebem nada por eles”.

Com a transição política do prefeito Virgílio Galassi para o atual prefeito Zaire Rezende, com o escândalo de que o pessoal da Maçonaria estava utilizando o dinheiro repassado pela Prefeitura para benefício próprio, como a promoção de festas, o município de Uberlândia assumiu o controle das Unidades de Atendimento Integrado, fazendo grande divulgação desse fato na imprensa local, dando a entender que o atendimento público, contudo, após dois anos administrando as UAIS e enfrentando inúmeros problemas e reclamações como falta de medicamentos, demora no atendimento, a atual administração municipal por meio de acordo, devolveu para a Fundação Manoel dos Santos, a responsabilidade de continuar a gerir as Unidades de Atendimento Integrado.

Os gestores da saúde, ao buscarem a definição do local mais apropriado para a instalação das unidades, precisam estar subsidiados de uma ampla gama de informações sociais, políticas, econômicas e culturais, capaz de lhes oferecerem referências, no mínimo aproximadas das realidades vividas pela população que será atendida.

“As UAIS atendem à população adstrita às unidades, oferecendo serviços de pronto atendimento ambulatorial nas áreas de Ginecologia, Clínica Geral, Pediatria, Ortodontia, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social. Desenvolve, ainda, ações preventivo-educativas internas às unidades e domiciliares”.

Em suas instalações há enfermarias para internações de curta duração e salas para pequenas intervenções cirúrgicas ambulatoriais. Os exames complementares de Patologia Clínica e Radiologia são realizados nas próprias unidades. A Unidade de Atendimento Integrado Anice Dib Jatene do bairro Tibery, além de desenvolver as atividades citadas anteriormente, atua como centro de referência para apoio diagnóstico e consultas especializadas nas de Dermatologia, Neurologia, Mastologia, Otorrinolaringologia, Cardiologia, Endocrinologia Infantil, Psiquiatria, Urologia e

Pneumologia. Para uma área de abrangência de cada UAI, estimou-se uma população em torno de 50 mil habitantes”.²²

Mas, ao analisarmos a especialização, podemos perceber que é a UAI do bairro Tibery que oferece a maior quantidade de especialidades e também a que realiza maior número de procedimentos.

Suas especialidades médicas são: Clínica médica, ginecologia, pediatria, odontologia, urologia, psiquiatria, psicologia, fisioterapia, traumatologia, ortopedia, angiologia, dermatologia, cardiologia, arritmia/marca-passo, otorrinolaringologista, neurologia, neurologia infantil, nefrologia, hematologia e gastroenterologia.

Depois da UAI do bairro Tibery, tanto a UAI do bairro Luizote como a do bairro Pampulha empatam no número de especialidades médicas; onze cada uma, e as especialidades são: Clínica médica, ginecologia, pediatria, odontologia, urologia, traumatologia, ortopedia, psiquiatria, psicologia, fisioterapia e pequenas cirurgias. Já no caso da UAI Pampulha a especialidade ortopedia é substituída pela endocrinologia.

Não podemos nos esquecer da UAI do bairro Roosevelt que foi inaugurada em setembro de 1998 para atender os moradores de uma das regiões mais populosas da cidade, constituída pelo próprio bairro Roosevelt e ainda pelos bairros; Pacaembu, Jardim Brasília, Maravilha e outros.

A UAI do bairro Planalto, a segunda a entrar em funcionamento, é a unidade que possui o menor número de especialidades, sete no total e são elas: Clínica média, ginecologia, pediatria, urologia, traumatologia, ortopedia, psiquiatria e pequenas cirurgias.

Porém, recentemente foi inaugurada a UAI do bairro Martins que centralizou alguns procedimentos médicos como a entrega de medicamentos.

Ao observarmos a especialização das unidades de atendimento, podemos perceber que não houve uma avaliação criteriosa referente aos aspectos sócio culturais na definição do local de instalação da unidade de saúde. O critério utilizado foi praticamente o demográfico, priorizando uma distribuição pautada basicamente em quantidade populacional.

*Como não
foi avaliada a
população? Uai
os dados foram
usados apenas
para a instalação
das unidades,
mas não foram
para a distribuição*

²² Salomão, Paulo R (org). O processo de conquista da gestão plena do sistema Municipal de saúde – Uberlândia – MG. Revista Saúde e Cidade em Debate. Rio de Janeiro, número inaugural, p 84-101, agosto 1999.

Já as Unidades Básicas de Saúde (UBS) buscam delimitar sua área de abrangência tendo por base as características comuns dos usuários. Essa distribuição pressupõe uma homogeneidade dos problemas de saúde no espaço, o que na prática, não ocorre.

Um fato que deve ser destacado é a demarcação de fronteiras dos distritos estabelecida pela prefeitura. Estes marcos fronteirícios definidos pelos administradores públicos para melhor gerenciar o espaço não são nítidos para o usuário do sistema de saúde.

Nas Unidades Básicas de Saúde há, segundo dados do Informativo Anual da Prefeitura do ano de 1998, em média 6 a 8 auxiliares de enfermagem e 1 enfermeiro, enquanto nas UAIS têm-se em média 35 auxiliares de enfermagem e 2 enfermeiros. Os técnicos e auxiliares são responsáveis por várias atividades, dentre elas a vacinação, curativos, aerosol, administração de medicamentos, coleta de material para exames, pré-consultas, visitas domiciliares e acolhimento. Essas ações são acompanhadas e supervisionadas pelo enfermeiro.

Os enfermeiros, além de fazerem coletas de material para exames de Papa Nicolau, atuam nos grupos educativos e preventivos nas Unidades de Saúde e também naqueles grupos cujas atividades são realizadas em outras instituições da comunidade.

A partir de 1998, as Unidades de Saúde de todos os Distritos Sanitários contam com enfermeiros, que trabalham como referência para os programas de tuberculose, puericultura, creche, atenção integral à saúde da mulher, NAPS, hipertensão arterial, diabetes, aleitamento materno, hanseníase e DST/AIDS.

Além disso, os profissionais da área da enfermagem, trabalharam ativamente na campanha de Câncer de Colo Uterino, o pessoal especializado coletando material para o exame de Papa-Nicolau, os auxiliares orientando a população, e organizando a rotina do trabalho, além da participação em vários eventos sociais como, por exemplo, Carnaval de rua, onde, os auxiliares de enfermagem se vestem de camisinha explicando sobre a importância do uso desta.

Servindo de referência para o atendimento médico hospitalar, temos o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia que num primeiro momento foi criado para servir como escola para os alunos do curso de Medicina, tornou-se o principal hospital de Uberlândia e região, contraindo para si uma dívida segundo

*Quanto
relacionado
aos dados
nos UBS?*

reportagem do Jornal MG-TV 2ª edição da Rede Globo do dia 18/08/03, de quase trezentos e quatro milhões, perdendo apenas para a Escola Paulista de Medicina, sendo a dívida com fornecedores de Onze Milhões, porém, o governo só reconhece parte dessa dívida, duzentos e trinta milhões. Atendendo a uma população de quase 3 milhões de pessoas.

Apesar disso, de todos os problemas, os usuários do Hospital de Clínicas se sentem satisfeitos com o atendimento que recebem ao procurarem o hospital. Porém, vale ressaltar que para avaliar a qualidade dos serviços de saúde leva em consideração tanto as opiniões dos usuários dos serviços quanto dos prestadores destes.

Em entrevistas realizadas com pacientes do Hospital de Clínicas no período de abril a maio deste ano, todos se revelaram satisfeitos, apesar de reclamarem muito da fila de espera para a marcação de exames e consultas.

Um relato me chamou a atenção e merece destaque, pois, exemplifica tudo o que disse anteriormente.

O nome da entrevistada é Elaine Rodrigues de Queiroz Santos, 39 anos, professora, moradora do bairro Alto Umuarama, ela conta que em 1997, veio com a mãe, da cidade de Ituiutaba, passando muito mal, depois de consultar no posto de saúde do bairro Santa Mônica, foi encaminhada para o Hospital de Clínicas, ela conta que apesar de ficar, 5 dias no corredor à espera de leito, foi sempre, muito bem tratada, desde do pessoal da limpeza até aos médicos, psicólogos, quando a mãe foi para o leito.

Ela termina a entrevista dizendo que a mãe, hoje está completamente curada da Leucemia Mioledal Aguda, graças a Deus e ao apoio de profissionais competentes.

Porém, todos foram unânimes quando questionadas sobre o que está faltando para que o sistema público de saúde consiga oferecer um atendimento médico-hospitalar de boa qualidade para todos, o que falta é uma política que priorizasse o atendimento de qualidade viabilizando mais recursos financeiros. Além disso, falta de profissionais qualificados, medicamentos e número de profissionais compatíveis ao número de habitantes, pois, em conversa com funcionários do Hospital, muitas vezes eles são obrigados a dobrar plantão para que o atendimento ocorra normalmente.

Outro ponto levantado, que é de suma importância, é a falta de verbas para a manutenção de equipamentos médicos que estragam e acabam levando dias para serem consertados, prejudicando assim o tratamento médico.

Porém, apesar disso, são obrigados a se submeterem a esse sistema de saúde, onde muitos ficam na fila dias, meses e anos esperando pela marcação de exames e consultas como aconteceu dia 03 de junho, onde uma senhora de 80 anos sofreu dois ataques do coração em uma das Unidades de Atendimento Integrado de Uberlândia, devido ao descaso das autoridades responsáveis pela Unidade, sendo necessário a intervenção policial e da imprensa para que a paciente recebesse o tratamento necessário.

Esse e outros casos só acontecem por causa do descaso das autoridades responsáveis competentes e por causa do alto custo dos planos de saúde, que apesar desse alto custo em alguns casos, não cobrem todos os procedimentos médicos principalmente no caso dos idosos, sendo necessário a adequação de planos antigos comercializados antes da lei 9.656/98.

Com essas adequações, ficam proibidos os reajustes dos planos de consumidores com mais de 60 anos. Conforme reportagem do jornal, Correio do dia 25 de Junho, a partir das regras estabelecidas pela ANS (Agência Nacional de Saúde), os reajustes serão diluídos entre as diferentes faixas etárias.

Apesar das facilidades que os planos de saúde oferecem, conforme reportagem do Jornal Correio do dia 15 de Junho, pacientes estão reclamando da demora no atendimento e médicos estão procurando reajustar o atendimento em suas clínicas para contornar este problema com horário de espera para as consultas, além disso, médicos estão investindo na comodidade de seus consultórios, com revistas da semana, televisão, água, café e banheiro.

O alto custo é o principal motivo para a criação de formas paralelas de planos de saúde, as empresas para gastarem pouco com a saúde de seus funcionários montaram mini hospitais dentro das empresas. Ou seja, segundo reportagem do Jornal Nacional do dia 20/05 da Rede Globo, 75% das pessoas que possuem convênio é graças às empresas em que trabalham.

Outro dado que merece destaque é que o Brasil é um dos países que menos gasta com a saúde pública. Segundo reportagem do Jornal Nacional do dia 20/05, é gasto 280 reais por habitante. Na realidade, os gastos efetivos são bem acima desses valores, embora paradoxalmente os mesmos sequer apareçam nas estatísticas oficiais. Referimo-nos as dívidas contraídas pelos hospitais públicos que, face à insuficiência de recursos

públicos para arcar com as necessidades de atendimento, se vêem forçados ao endividamento.

Em que pese esse quadro de gravidade acima descrito, em Uberlândia, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal é a principal referência do sistema público de saúde. Criado, inicialmente para servir como escola para os estudantes do curso de medicina com o passar do tempo, tornou-se como já foi dito, do sistema público de saúde atendendo pessoas de diversos estados brasileiros conforme podemos observar no boletim estatístico do ano de 2000. O Hospital de Clínicas desse referido ano internou 24.819, sendo 315 pessoas de outros estados, como por exemplo, ele internou 52 pessoas do estado de São Paulo e 217 pessoas do estado de Goiás.

Ao assumir frente ao município e região, esse grau de responsabilidade, o Hospital de Clínicas da UFU, atrai para si um conjunto de problemas de difícil resolução. A super lotação e a demora no atendimento estão entre os principais fatores de reclamação. As Unidades de Atendimento Integrado, criadas nos anos 1990 como uma possível solução para o problema, não trouxeram a resposta desejada. Não bastasse o limite de atendimento prestados por aquelas unidades, restringindo-se aos casos de baixa complexidade, a cultura instalado também conta muito para que as pessoas procurem um atendimento direto ao Hospital de Clínicas. Junte-se a isso a falta de recursos e têm-se as respostas porque essas Unidades e os Postos de Saúde não conseguiram atingir seus objetivos principais, quais sejam os de desafogar o Hospital de Clínicas e oferecer um atendimento de qualidade para a população.

Para mudar esse quadro, o Ministério da Saúde criou o PSF que tem como princípios centrais além daqueles que caracterizam o SUS:

- Desenvolver um novo processo de trabalho nos cuidados à saúde, substituindo as práticas convencionais de funcionamento das Unidades de Saúde, baseadas na organização estanque de programas e no atendimento fragmentado e descontínuo de pacientes;
- Envolver a participação de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e progressivamente, agregar outros profissionais, como dentistas, assistentes sociais, educadores, psicólogos, fisioterapeutas;
- Registrar famílias, a partir de uma base populacional e territorial bem definida, à Unidade de Saúde e à equipe de profissionais de saúde;

- Promover o atendimento por um médico de família, com formação geral, integrado à equipe e com competência para assistir e resolver de 80 a 90% dos problemas da população que demanda serviços;
- Dar atenção integral à saúde dos indivíduos e das famílias, envolvendo a promoção de Hábitos saudáveis, a prevenção e recuperação de doenças e agravos;
- Articular esse atendimento com a rede de serviços de saúde, para assegurar a referência e contra-referência de pacientes que necessitem de cuidados especiais. Para isso, a equipe de saúde da família de ^{de} estar preparada e ter competências para:
- Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco às quais a população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença;
- Prestar assistência integral respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e acompanhando o atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- Desenvolver ações educativas e intersetoriais visando à solução dos problemas de saúde identificados.

A formação e educação permanente de médicos, enfermeiros e outros profissionais das equipes de saúde da família é um desafio crucial para o êxito da proposta. As condições para as mudanças na formação desses profissionais estão facilitadas pela Lei 9.394/95 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação) e pelos atos normativos decorrentes de pareceres e resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE).

Porém, no ~~municipal~~ ^{Municipal} de Uberlândia podemos perceber uma tendência desse programa ao insucesso, pois, além da falta de verbas temos também a falta de uma

política de conscientização por parte das autoridades competentes para explicar o que é esse programa, qual a sua finalidade. Com isso o objetivo de desafogar o Hospital de Clínicas não é alcançado, fazendo com que este enfrente uma de suas piores crises.

Segundo entrevista de Alair Benedito, diretor geral do Hospital de Clínicas, concedida ao Jornal Meio-Dia da Rede Globo de televisão do dia 17/janeiro/2003, podemos acrescentar a falta de uma política de conscientização, a falta de recursos, o descaso dos prefeitos dos municípios vizinhos para com a atenção básica. Segundo Alair, os prefeitos dos municípios vizinhos precisam investir mais na atenção básica e não só na compra de ambulâncias para realizar o transporte dos doentes para a cidade de Uberlândia, pois, os recursos do SUS não estão sendo suficientes para manter, além dos demais serviços também o atendimento básico. Toma – se necessário, portanto que as autoridades municipais se conscientizarem que esse tipo de serviço é de sua responsabilidade. Ao arcar com mais esse ônus e ainda tendo que conviver com uma tabela do SUS cujos valores encontram – se congelados há nove anos, o Hospital de Clínicas da UFU vivencia grave crise financeira e de sustentabilidade.

E é por esse e outros motivos que a saúde em Uberlândia virou caso de polícia, onde, pacientes inconformados com o tratamento recebido e com a demora no atendimento chegam a agredir verbalmente e até fisicamente os funcionários do Pronto - Socorro, que realiza cerca de 55 mil de atendimentos por dia.

Apesar de toda a precariedade, as autoridades insistem em publicar na mídia que o município promove uma boa atenção médica sendo que Uberlândia vem apresentando ótimos indicadores, resultado da evolução do Sistema Único de Saúde. Porém, uma pergunta para quem é usuário do SUS não quer calar: que evolução é essa que permite que uma pessoa passe horas, dias e até meses á espera de atendimento, como aconteceu com uma senhora de 80 anos, que sofreu 02 ataques cardíacos por descaso das autoridades com a saúde das pessoas? Ou seja, um direito que é garantido na constituição foi jogado no senso comum, como afirma Gentili, para que o Estado perca sua responsabilidade e seja promovida a concorrência entre o público e o privado.

E assim, como ocorre com a educação, quem não possui ~~um~~ poder aquisitivo elevado se vê~~m~~ obrigad~~o~~s a fazer uso do sistema público de saúde.

uma foto
e ~~colado~~
~~três~~ res-
erente:
Exten-
~~ção~~ con-
tina e ~~reser-~~
afirma-
res res-
bons res-
tados des-
res-
histórias
de amista-
re e res-
de púgna

Porém, apesar de toda a crise enfrentada pelo Hospital de Clínicas podemos perceber ao ler o Jornal Correio do dia 21/outubro/2004, pacientes aprovam atendimento.

Segundo a reportagem a média mensal de atendimento no hospital é de 68.500 procedimentos. ^ecerca de 11% desses procedimentos são realizados em pacientes de outras cidades.

Para poder ouvir a opinião dos usuários, o hospital criou a Ouvidoria que no mês de setembro recebeu 64 elogios, das 125 pessoas que entraram em contato com o órgão.

De acordo com a direção do HC, muitos pacientes fazem confusão entre o atendimento ambulatorial – que são as consultas agendadas – e a prestação de serviço emergencial ou de urgência no pronto – socorro.

Benedito afirma na reportagem que “Existe uma falta de conhecimento da população sobre o funcionamento do SUS”. É que muitas das manifestações contrárias podem estar atreladas ao desconhecimento das características de atendimentos do Hospital e que por causa disso e por causa da demora no atendimento, a gerente e médica do pronto – socorro é freqüente chamarem a polícia para poderem ser atendidos.

Podemos concluir então que para o hospital consiga sair dessa grave crise pela qual passa, é necessário que haja além de um melhor gerenciamento dos recursos do SUS, uma política de conscientização, ou melhor, de conhecimento das características de atendimentos do Hospital de Clínicas das Unidades de Atendimento e dos Postos de Saúde para a população.

Podemos incluir nesta lista o Programa Saúde da Família que foi imposto à população sem uma prévia explicação do que seria e como funcionaria esse programa. Como aconteceu com as Unidades de Atendimento Integrado, que foram inauguradas sem um prévio conhecimento por parte das pessoas de qual seria a finalidade dessas Unidades e como elas funcionariam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de extrema relevância a percepção da existência de uma desarticulação entre a formulação, a implementação e a gestão das políticas públicas de saúde dentro do próprio aparelho do estado, fazendo com que tais políticas acabem se afunilando e se transformando em um assistencialismo de variadas formas, fazendo que o “direito a saúde” previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 fique praticamente perdido.

Como não se consegue avançar em direção a equidade, ou seja, reconhecimento das diferenças sociais “direitos desiguais para necessidades desiguais” camufla-se ainda mais, a questão do “direito” que passa a ser percebido pela população como privilégio, concessão, e não como um direito garantido por lei. A auto percepção que os indivíduos têm no âmbito da cidadania é restrita, pois parece não perceberem que são cidadãos em gozo de plenos direitos.

A percepção que a população tem sobre a saúde e os serviços colocados ao seu “alcance” está baseada não só nas experiências de seu cotidiano, mas também de formulações externas, todavia mesmo tendo uma noção limitada de cidadania, isto não quer dizer que a população não disponha de critérios claros que proponham uma legítima política de saúde.

O tema central da cidadania passa naturalmente pela definição dos direitos, a referência à constituição de 1988 é também obrigatória, no sentido de que, certamente grandes partes das “conquistas” possibilitadas pelo processo constituinte ainda não fazem parte do rol de direitos auto atribuídos ou mesmo do imaginário da população.

Deve ser atribuído relevo especial às possibilidades do discurso da população apesar de suas aparentes fragilidades e contradições, em se inserir num processo comunicativo conjunto com outros atores sociais de forma a trazer à tona, certamente não um projeto acabado de modelo assistencial em saúde, mas um conjunto de carências, desejo, esperanças, ao qual não se pode negar legitimidade e fundamento.

Se as múltiplas relações de poder que atravessam o corpo social não podem funcionar sem uma produção, uma circulação e um funcionamento do discurso, democratizar as ações de saúde não é apenas oferecer o acesso a elas a todo cidadão, modelando a vontade política dos outros a partir de uma força unificadora, mas abrir –se a qualquer movimento de diferenciação onde cada cidadão possa participar de uma vontade política.

Após a análise de alguns dados podemos perceber que a demanda nas unidades de atendimentos integradas é crescente e se faz necessário que o sistema se reestruture para se adequar a essa realidade. E assim tentar atingir seu objetivo, que é desafogar o Hospital de Clínicas que, devido a políticas neoliberais que priorizam o privado em detrimento ao público encontra-se em estado de alerta Máximo.

Espera-se que com o programa saúde da família o PSF, problemas enfrentados pelo sistema de saúde pública na cidade de Uberlândia, principalmente o hospital de clínicas fossem amenizados. Porém, podemos constatar que este programa foi implantado incorretamente faltando uma política de conscientização das pessoas de como funciona esse programa.

Conforme entrevista realizada com o diretor geral Alair Benetito, no dia 17 de Janeiro de 2003 no jornal meio-dia da Rede globo de televisão, é necessário que os prefeitos dos municípios vizinhos invistam mais na atenção básica e não só na compra

de ambulâncias de ambulâncias para realizar o transporte dos doentes para a cidade de Uberlândia, pois, o recurso do SUS não está dando para manter o atendimento básico sendo o município com isso obrigado a tirar dos cofres públicos dinheiro para manter os pacientes de alta complexidade pois o SUS possui sua tabela congelada há nove anos.

Podemos concluir com isso, que não teremos uma solução imediata para esse problema e que até mais ou menos 2005, o hospital de clínicas será sobrecarregado e as constantes faltas de remédios e equipamentos continuarão a ocorrer.

Apesar de ser sobrecarregado, pacientes aprovam atendimento do Hospital de Clínicas conforme reportagem do Jornal Correio que circulou na cidade no dia 21 de outubro de 2004.

Segundo a reportagem, a quantidade de elogios registrados na Ouvidoria superou a quantidade de reclamações no mês de setembro do mesmo ano.

Das 125 pessoas que entraram em contato com o grupo de apoio ao usuário, 64 fizeram elogios e apenas 25 reclamaram. Além dos elogios e das reclamações foram recebidas 14 denúncias, 13 solicitações e seis sugestões.

O diretor administrativo do hospital de clínicas, Guilherme Gregório acredita que esse aumento na quantidade de elogios se deve às atividades de apoio ao usuário, das respostas da ouvidoria e principalmente, da ampliação do horário de visitas.

Um dos fatores de descontentamento dos usuários, conforme Alair Benedito de Almeida, diretor do Hospital, é o déficit de quase mil leitos no município, além da desinformação sobre o funcionamento das unidades do HC, muitos pacientes fazem confusão entre o atendimento ambulatorial que são as consultas agendadas e a prestação de serviço emergencial ou de urgência no pronto-socorro.

“Existe uma falta de conhecimento da população sobre o funcionamento do SUS”, observa Benedito.

Tudo o que escrevi até agora foi facilmente comprovado nas entrevistas, as pessoas entrevistadas, apesar da falta de conhecimento do HC se mostraram insatisfeitas com o atendimento ambulatorial, que é lento e muitas vezes precário.

Porém, quando fizeram uso do atendimento emergencial ou de urgência, essas pessoas ~~se~~ demonstraram satisfeitas com o atendimento recebido, mesmo porque a partir

do momento em que o “cliente” é internado no HC/UFU, ele realiza exames de alta complexidade, como por exemplo, a ressonância magnética, todos custeados pelo Sistema Único de Saúde.

O paciente nunca recebe alta sem ter todos os encaminhamentos necessários, tanto a nível médico, psicológico e de serviço social para que sua patologia seja curada. Outro fato importante é que apesar de toda precariedade em que se encontra o Hospital de Clínicas e os hospitais públicos, o maior número de erros médicos acontecem nos hospitais particulares.

Recentemente pudemos acompanhar as conseqüências do descaso das autoridades com a saúde em todo o Brasil. No Rio de Janeiro houve a intervenção do governo federal em hospitais públicos e municipais depois da decretação do estado de emergência. e de tristeza por parte daqueles que fazem uso constante desse sistema pois, na maioria dos casos voltam para casa sem receber o tratamento que necessitam ou ficam dias, meses esperando pela consulta que quando vem muitas vezes o paciente já realizou o tratamento em outros lugares ou então tiveram outro destino pior; a morte.

Podemos perceber com tudo isso que as pessoas nesse mundo globalizado e extremamente voltado para o acúmulo de riquezas perderam o seu valor humano, elas são vistas apenas como instrumentos necessários para que os ricos possam cada vez mais acumular riquezas não se importando com o valor humano das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caderno Informativo equipamentos sociais municipais e / ou parcerias. Uberlândia Secretaria municipal de Planejamento. 1999.
- Cordeiro, H . Tecnologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde , 1990.
- Edição administrativa do texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988.
- Entrevistas realizadas com pacientes de do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia no período de maio a julho / 2003.
- Gentile, Pablo. Neoliberalismo, qualidade total e educação Petrópolis, vozes, 1997.
- Hall, Michael m. “Historia oral: os riscos da inocência”. PP. 157 – 160.
- Informativo anual, Prefeitura municipal de Uberlândia, Secretaria de Saúde, 1998.
- Junqueira, L.A.P.Auge,A.P.F. qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. Cadernos FUNDAP. São Paulo, nº 22, abril / maio. 1999. Bimestral.
- Lei nº 8080. Que dispõe das condições de proteção, promoção e recuperação. Ministério da Saúde, de 19 de setembro de 1990.
- Mendes, E.V. (org) distrito Sanitário: O processo social de mudança das praticas do sistema único de saúde. 4ª ed. São Paulo / Rio de Janeiro, Hucitec – abasco, 1999
- Prefeitura Municipal de Uberlândia. Relatório de gestão 1999. Uberlândia. Núcleo de informação em saúde. Secretaria Municipal de Saúde.
- Ramos, Leila Bittar Moukachar. Perfil do usuário e sua perspectiva na utilização e na avaliação de Unidades Básicas de Saúde, Uberlândia, MG, 1997. (Dissertação de Mestrado).

- Revista Espaço Acadêmico, Ano II, nº 20 – janeiro de 2003 – Mensal – ISSN: 1519. 6186.
- Revista Fundação. Uberlândia: Fundação Manoel dos Santos, ano 8, nº 17, abril de 2001, p. 6.
- Revista Fundação. Uberlândia: Fundação maçônica Manoel dos Santos, ano, 8,nº 24, set / out 1999. Bimestral.
- TANAKA, O. Y, ROSENBERG, C. P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do município de São Paulo (Brasil). Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 24, n 1, p. 60-68, 1990. 