

A organização de serviços de saúde a nível local: *

Registro de uma experiência em processo

MARCIO JOSÉ DE ALMEIDA **

INTRODUÇÃO

O interesse maior desta investigação é o estudo crítico da experiência de organização de serviços de saúde que se processa no município de Londrina, entendendo por organização de serviços de saúde todo o processo de colocar e manter em funcionamento uma estrutura de serviços médico-sanitários à população, privilegiando nesse processo o nível da produção das ações de saúde.

Nossa investigação não significa muito mais do que uma tentativa de contribuir para ampliar o debate acerca das questões de saúde, com o registro de novos elementos, extraídos da reflexão sobre a prática exercida no trabalho cotidiano. Elementos novos, estes resultantes de uma investigação que, nas suas diversas e tumultuadas etapas e rearranjos, desenvolveu-se através da elaboração, consulta e análise de relatórios e programas; das discussões praticadas por ocasião das reuniões de trabalho; da consulta aos documentos bibliográficos acerca do assunto; das trocas de conhecimentos e experiências mantidas com equipes de saúde

de outros municípios. Enfim, com estas indicações de como se organizou a investigação, queremos dizer que qualquer atividade, executada no trabalho diário em que estamos envolvidos no campo da saúde, é parte integrante da sua metodologia.

ESTADO E POLÍTICAS DE SAÚDE

A compreensão dos obstáculos que as tentativas de intervenção sobre o setor saúde enfrentam e a necessidade concreta de superá-los impõem o estudo do Estado como aparelho político da sociedade brasileira e, particularmente, o estudo das políticas de saúde existentes.

Não se pretendeu, na investigação, um aprofundamento maior destes temas. A intenção foi deixar evidente o referencial teórico que orientou a tentativa de trazer contribuições, extraídas a nível operacional, que possam alimentar o debate e a nossa prática.

O caráter, autoritário e coercitivo, adquirido pelo Estado brasileiro, definido pela opção de favorecer, prioritariamente, o processo de acumulação de capital em benefício dos grupos sociais monopolistas, criou condições para que no setor saúde se introduzisse, principalmente no decorrer da segunda metade da década de 60 e primeiros anos da década (70), os requisitos necessários à execução da atual Política Nacional de Saúde.

(*) Resumo da Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Medicina Social da UFRJ, Rio de Janeiro, 1979.

(**) Médico. Professor do Curso de Enfermagem do CESULON.

Para identificação desta, privilegiou-se a análise da prática dos serviços de saúde, pois é a este nível que se adquire concreção às diretrizes da assistência médica da Previdência Social que, na conjuntura atual, representam a verdadeira Política Nacional de Saúde. Estas diretrizes, deduzidas a partir das características e conseqüências existentes nas formas de produção de serviços de saúde no âmbito do INAMPS, são:

- controle e reposição da força de trabalho;
- incentivo à penetração do capital estrangeiro vinculado à produção de insumos materiais para o setor saúde;
- centralização decisória;
- manutenção da dicotomia entre medicina preventiva e curativa;
- estímulo à ideologia liberal da medicina.

Temos, portanto, uma Política Nacional de Saúde que visa a inserir o setor saúde no processo de acumulação de capital, secundarizando a atenção às necessidades de saúde da população. Por isso e pelas características que imprime à prática diária da prestação de serviços de saúde, é uma Política centralizadora, autoritária, controladora. Em outras palavras, temos uma Política Nacional de Saúde formulada, discutida e aprovada nos gabinetes do Complexo Médico-Industrial, sem qualquer participação dos níveis intermediários e muito menos dos periféricos, que é onde as políticas deveriam ter suas raízes.

É nesse contexto que se propõe discutir o alcance e as limitações da experiência de Londrina, desenvolvida sob uma Política Nacional de Saúde, cuja tônica principal é a extensão da cobertura e a diferenciação dos serviços, orientada pela lógica de uma economia capitalista, com alto grau de controle e intervenção estatal.

O MUNICÍPIO FRENTE AO SETOR SAÚDE NACIONAL

Antes de abordar especificamente a experiência de organização de serviços de saúde em Londrina, que se constitui no nosso "estudo de caso", é importante formar uma idéia de como se comportam as estruturas político-administrativas municipais frente ao setor saúde nacional. Setor saúde este que, na sua essência, é insuficiente, descoordenado, mal distribuído, de alto custo e inadequado às reais necessidades da maioria da população.

Em parte, como decorrência dessa situação precária do setor saúde nacional, verifica-se uma participação crescente dos municípios na prestação de serviços de saúde, apesar do processo de esvaziamento financeiro e político a que está submetida a esfera municipal.

Quase que inteiramente dependentes, grande parte dos municípios são hoje apêndices da administração federal: na divisão da receita pública, a União retém cerca de 51%, o Estado 39% e aos municípios sobra em torno de 10%. Hoje, os municípios dependem em torno de 70% de suas receitas das transferências dos governos estadual e federal, principalmente da quota de participação no ICM e do FPM.

No entanto, as razões de ordem financeira não parecem ser suficientes para atenuar as pressões populares, para atender à reivindicação crescente de serviços a que está mais intensamente submetida a instância local do Aparelho de Estado. Além do mais, a prestação de serviços de saúde é uma das poucas atribuições que ainda restam para esse nível de Governo, pois, progressivamente, tem sido transferidos para os outros níveis serviços importantes como captação, tratamento e distribuição de água, coleta e tratamento de esgoto, telecomunicações, etc. Os Encontros Municipais de Teresina e de Campinas são, em parte, resultado de uma necessidade sentida pelas equipes, que vêm participando do processo de ampliação da atuação municipal, no setor saúde.

Do ponto de vista das competências e atribuições legais dos municípios, na prestação de serviços de saúde, são marcos recentes as proposições da III Conferência Nacional de Saúde (1963) e da Lei 6229 do Sistema Nacional de Saúde (1975).

A análise crítica da organização sanitária brasileira fornecia à III CNS os argumentos para propor, defender e aprovar a tese da "municipalização dos serviços de saúde" cuja finalidade era aproximar a saúde pública das camadas da população desprovidas de assistência médico-sanitária, através da criação de uma estrutura básica com participação direta dos governos municipais e com o auxílio técnico e financeiro da União e dos Estados.

Quanto à forma em que se dá a prestação de serviços de saúde, a nível das municipalidades, dispõe-se de informações (Quadro I) que demonstram predominar a compra de serviços na área privada, com ênfase na área hospitalar e de emergência.

Quadro 1 — Distribuição das formas de Prestação de Serviços de Saúde pelos Municípios.

FORMAS	Nº.	%
prestação direta	6	19,3
compra de serviços	8	25,8
mista	17	54,9
TOTAL	31	100,00

Fonte: questionários respondidos por 31 dos 60 municípios presentes ao I Encontro Municipal do Setor Saúde. Campinas, maio, 1978.

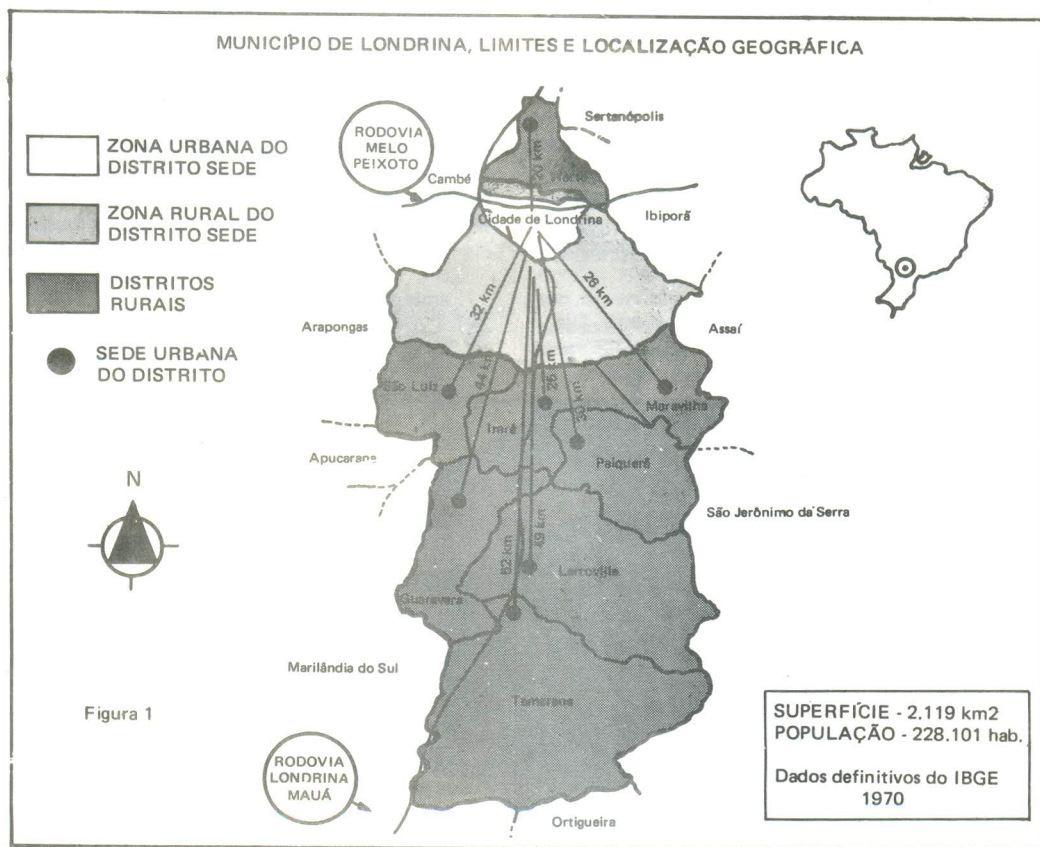
Verifica-se, enfim, que em geral as Políticas Municipais de Saúde são caudatárias da atual Política Nacional de Saúde. E nem poderia ser de outra forma, uma vez que as municipalidades são um segmento do Aparelho de Estado, e neste sentido sua ação se dá dentro dos limites de um executivo forte, de um poder decisório autoritário e de um privilégio crescente da medicina de mercado.

No entanto, por estarem na base do Aparelho de Estado, mais próximos das pressões e sofrendo inclusive as conseqüências das contradições internas do mesmo, fica evidente, para os agentes atuantes a esse nível do setor saúde, a necessidade de reexaminar o sistema de atenção à saúde e sugerir/praticar modelos inovadores, que permitam uma reorganização dos serviços de saúde. A adoção da *atenção primária de saúde** pode ser uma solução para muitos problemas e pode se constituir

numa estratégia válida, diante dos recursos financeiros com que contam os municípios.

O TRABALHO, HISTÓRICO E DIRETRIZES.

Julgamos oportuno, para melhor compreensão da experiência, traçar uma caracterização geral do município de Londrina. Do ponto de vista geoeconômico, Londrina situa-se na região Norte do Paraná, sendo dividida, administrativamente, em 9 distritos: o distrito sede e 8 distritos rurais. (Figura 1) No que diz respeito à estrutura econômica, o município está numa região em que predomina o setor primário da economia, muito embora a composição da renda do município mostre (1975) uma participação maior do comércio e serviços (55%), seguido da indústria (32%).



* "A OMS entende por atenção primária de saúde uma abordagem que integra, ao nível da comunidade, os elementos necessários para produzir um impacto sobre a condição de saúde da população. Considera-se como atividade eficaz da atenção primária à saúde a que dá lugar

a uma série de medidas simples e eficazes em termos de custos, técnica e organização, que é facilmente acessível às pessoas que dela necessitem e que contribui para melhorar as condições de vida do indivíduo, de família e da comunidade".

Esta situação resulta no fato de Londrina ser a cidade mais urbanizada e industrializada de toda a região norte do Estado, o que decorre do próprio processo de ocupação territorial iniciada na década de 30, que resultou numa estrutura fundiária de pequenas e médias propriedades.

Por outro lado, quanto à distribuição de renda (Quadro 2), observa-se que apenas 25% das famílias detêm 61% da renda.

2 – Distribuição da Renda em Londrina (1974)

% DAS FAMÍLIAS	% DA RENDA
50	17,2
25	21,6
15	26,9
10	34,3
100	100,0

Fonte: Plano Diretor do Sistema de Transporte Urbano, Londrina, 1974.

Quanto à população, as estimativas apresentam (Quadro 3) o município como tendo cerca de 340.000 habitantes, predominando a urbana (75%), mas ainda contando com um expressivo contingente rural (80 mil pessoas).

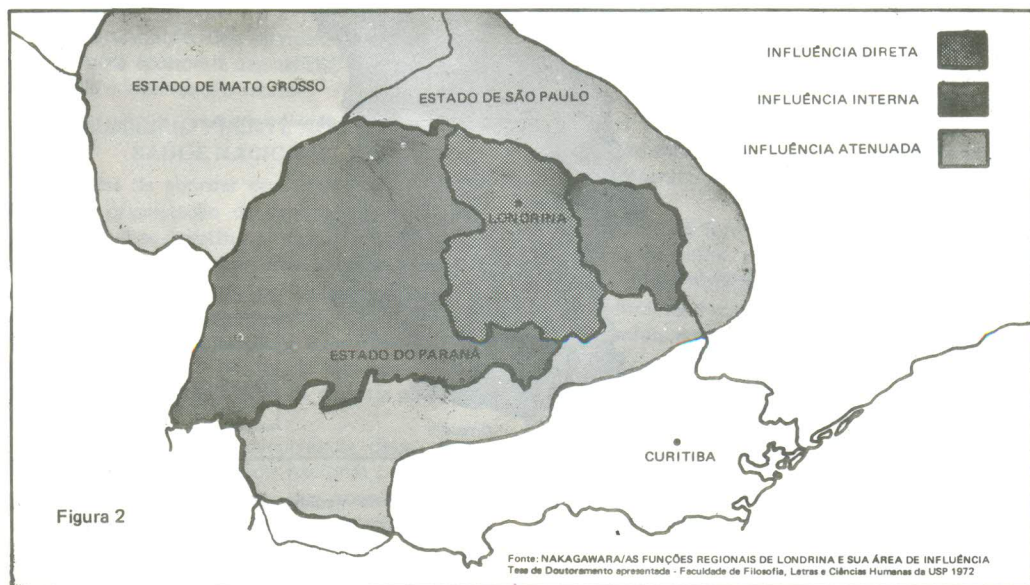
3 – População estimada dos Distritos Rurais, Distrito Sede e Município de Londrina-PR, no ano de 1978.

DISTRITO	população	
	No.	
Distritos	82.333	24,4
Distritos Sede	255.931	75,6
TOTAL	338.264	100,0

Ainda do ponto de vista demográfico, é importante registrar que, em função da cidade desempenhar o papel de pólo urbano, sua área de abrangência atingia, em 1972, (Figura 2) uma população em torno de 4,5 milhões de habitantes.

No que diz respeito à distribuição das doenças e das mortes no município, dispõe-se de poucas informações. O coeficiente de mortalidade infantil está em torno de 50 por mil nascidos vivos. É grande o número de mortes por doenças infecto-contagiosas, complicadas pelo precário estado de nutrição (69,7%). Em 1974, 26% dos óbitos correspondiam a crianças com menos de 1 ano de idade.

Quanto à estrutura de prestação de serviços de saúde existente no município, em linhas gerais, obedece às características vigentes na organização sanitária nacional e duas distorções são evidentes: 1a.) a excessiva ênfase conferida ao setor hospitalar (14 hospitais, 1291 leitos, 4 Pronto Socorros, 1 Centro de Saúde, 5 Postos de Saúde, 2 ambulatórios do INAMPS); - 2a.) a desigual distribuição dos serviços de saúde, na sua maioria concentrados no "miolo" urbano.



Estas distorções resultam na cobertura precária de atenção à saúde fornecida às populações das vilas, bairros e distritos rurais. Um indicador dessa precariedade são os baixos índices de primovacinações obtidos no município. (Quadro 4)

Quadro 4 — Primovacinações, Sabin e DPT, realizadas em Londrina (1976).

D O S E	SABIN		DPT	
	NO.	%	NO.	%
1ª.	11.361	(100)	4.891	(100)
2ª.	5.250	(46)	2.784	(56)
3ª.	2.767	(24)	2.293	(46)

Fonte: 17º. Distrito Sanitário da SESB

Além disso, há um nítido predomínio da forma "liberal" da medicina, financiada pela Previdência Social. Por outro lado, apesar dos incentivos contidos no "Projeto Londrina" — que é um PPA especial, a exemplo do "Projeto Baixada Fluminense" — a agência do INAMPS de Londrina só tem 9 convênios-empresa celebrados, abrangendo 809 segurados.

Um outro indicador da distribuição de serviços sanitários "latu senso" é o das condições de saneamento do meio. A população abastecida por rede geral de água representa 78% e a servida pela rede coletora de esgotos 22%.

HISTÓRICO

O processo de envolvimento da Prefeitura do Município de Londrina, na organização e prestação de serviços de saúde à população, pode ser entendido através da análise das suas etapas mais importantes:

1969/71 — marcada pela estruturação da Secretaria de Bem-Estar Social e pela criação do Serviço Municipal de Pronto Socorro. Também foi nesse período que se deu a implantação, pela Prefeitura e pela Universidade, de 2 Postos de Saúde localizados em bairros periféricos e cuja finalidade principal era servir como campo de estágio de alunos do curso de medicina, através do ensino/prestação de uma atenção médica integral. Entendemos, como motores principais dessas iniciativas, no

setor saúde municipal, a crescente urbanização do município e o progressivo depauperamento das condições de vida e de saúde de parcelas significativas de sua população. A eleição, em 1968, pela primeira vez no município de um Prefeito, médico-cirurgião, ex-Secretário de Saúde do Estado, vinculado ao Partido oposicionista e que tinha como lema da campanha eleitoral "A saúde do povo é a suprema lei" e a estruturação do curso médico pela Universidade, que possibilitou a vinda de professores com formação e experiência na área de saúde pública, também são conseqüências de um quadro regional em transição, quer do ponto de vista sócio-econômico, quer do ponto de vista político. 1972/76 — esta etapa foi marcada pela reestruturação técnico-administrativa do trabalho, desenvolvido nos dois Postos de Saúde pioneiros e abertura de um terceiro, localizado na zona rural. Do ponto de vista técnico, esta reorientação deu-se, devido à constatação de que o médico passava grande parte do seu tempo atendendo a situações simples como: pré-natal, puericultura, diagnosticando e tratando verminoses, gripe, escabiose, diarréias. Devido à alta freqüência de tais condições na população, pacientes acometidos de patologias mais complexas encontravam dificuldades em ser atendidos. Surgiu, em conseqüência, a idéia de delegar essas patologias simples aos auxiliares que, após treinamento, aprenderam a reconhecê-las e atendê-las, sob supervisão, e utilizando medicamentos padronizados. Ao mesmo tempo, a experiência prática e o estudo de modelos de outros países deixaram clara a função destes Postos, dentro de um sistema hierarquizado de prestação de serviços de saúde, chamando a atenção para o papel importante dos órgãos de retaguarda, do médico geral e da supervisão. Características que definem a atenção primária de saúde. Do ponto de vista administrativo, a reorientação foi no sentido de transferir o quadro de pessoal para a Universidade e esta assumiu a administração direta dos Postos de Saúde, ficando a Prefeitura com o compromisso de transferir recursos financeiros para auxiliar na sua manutenção. O mesmo aconteceu com o Pronto Socorro Municipal que, a partir de 1972, passou a funcionar juntamente com o Pronto Socorro do Hospital Universitário.

1977/. . . — Esta etapa, em desenvolvimento, está marcada pela ênfase na ampliação dos serviços de atenção primária de saúde, configurada na abertura de mais 9 Postos de Saúde (1 pela FUEL e 8 pela Prefeitura), distribuídos na zona rural e área urbana da cidade.

Outro acontecimento marcante desta etapa foi a não renovação do convênio entre Prefeitura

e Universidade, para manutenção conjunta do Pronto Socorro, ocasionada por divergências em torno da pretensão da Universidade, em reformular o relacionamento financeiro pré-existente, propondo à Prefeitura a implantação do modelo de pagamento por unidade de serviço. Essa proposta, inaceitável pela Prefeitura devido às conseqüências econômico-financeiras que o modelo de pagamento por u.s. enseja, teve como elementos de argumentação, por parte da Universidade, a interpretação de que compete à municipalidade manter serviço de Pronto Socorro e o entendimento de que a assistência médico-hospitalar às pessoas não contribuintes da Previdência Social é de responsabilidade exclusiva do poder público municipal. Tais argumentos foram rebatidos pela Prefeitura, inclusive, com base em pareceres oficiais dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social sem, no entanto, conseguir-se uma base para o entendimento.

Do ponto de vista das razões destas alterações ocorridas ultimamente — rápida ampliação da rede de serviços básicos e rompimento de relações entre as duas instituições centrais da experiência — identificamos um aprofundamento das divergências existentes entre os interesses políticos polarizados na Prefeitura e na Universidade. A administração atual da Prefeitura tem um passado eleitoral de compromisso com a população, notadamente a rural e da periferia urbana, e com o ex-Prefeito (gestão 68/72), de implantar e manter serviços de saúde gratuitos. Por outro lado, a facção dirigida pelo atual Prefeito não mantém relações (de amizade, de interesses), até o momento, com os grupos dominantes ao nível da política estadual. Isto tem servido para manter afastada qualquer possibilidade de entendimento entre Prefeitura e Universidade, no campo específico da saúde. Daí porque o crescimento uni-institucional da experiência de Londrina.

A orientação dessa terceira etapa se dá fundamentalmente em função das diretrizes da atual Política Municipal de Saúde:

- descentralização dos serviços;
- ampliação da cobertura dos serviços de atenção primária de saúde;
- coordenação inter-institucional;
- participação comunitária na organização dos serviços nas ações de saúde;
- inserção do Plano Municipal de Saúde no contexto de um planejamento integrado de desenvolvimento do município.

Como se pode verificar, o trabalho obedece a diretrizes semelhantes a outras experiências em andamento no país, diferindo, no entanto, pelo fato de se dar em um município altamente urbanizado, onde é forte a concorrência da forma dominante de organização da medicina brasileira, o que não ocorre com a maioria dos demais projetos, geralmente dirigidos a populações rurais e desassistidas. Este aspecto deve ser levado em conta, pois é evidente que as características do município e da região são fatores determinantes do trabalho, quando se pensa em sua expansão, apesar do mesmo não conter diretrizes antagônicas às da atual Política Nacional de Saúde. No nosso ponto de vista, a atenção primária de saúde, a exemplo da medicina comunitária, não se constitui, em si mesma, num modelo alternativo à atual Política Nacional de Saúde, pois se insere como modelo complementar à organização dominante do setor, introduzindo muito mais elementos para sua racionalização, embora os germes de elementos alternativos à atual organização de serviços também estejam presentes na sua prática.

O TRABALHO, DESENVOLVIMENTO E OBSTÁCULOS.

Nestes dois anos de nossa participação, mais direta no trabalho de ampliação da rede básica de serviços de saúde no município, enfrentou-se uma série de dificuldades, principalmente, devido aos aspectos político-institucionais. Do ponto de vista técnico, a experiência acumulada nos anos anteriores tem permitido uma reprodução mais facilitada do modelo, o que não significa ausência de obstáculos também neste aspecto.

Antes de abordarmos mais precisamente os obstáculos, que têm sido enfrentados neste período mais recente, julgamos oportuno traçar um quadro geral das áreas de atuação e pessoal envolvido nas atividades de prestação de serviços de saúde, da experiência em desenvolvimento no município de Londrina.

Os Postos de Saúde distribuem-se pela zona rural (7) e área urbana (5). (Quadro 5). A área de atuação de cada Posto é delimitada e o atendimento é ofertado a todos os moradores da área, não importando ser ou não previdenciários. A população total das áreas de atendimento dos 12 Postos é estimada em 123 mil pessoas, o que representa 36% da população do município.

Quadro 5 — Distribuição dos Postos de Saúde segundo ano de implantação, instituições mantenedoras, administração e população abrangida.

POSTOS DE SAÚDE	ANO DE	INSTITUIÇÕES	ADMINISTRAÇÃO	POPULAÇÃO
	IMPLANTAÇÃO	MANTENEDORAS		DA ÁREA
V. da Fraternidade	1970	FUEL/PML	FUEL	13.500
Jardim do Sol	1971	FUEL/PML	FUEL	11.000
Paiquerê (rural)	1973	FUEL/CRUTAC/PML	FUEL	6.999
J. Bandeirantes	1977	PML	PML	8.500
Vila Nova	1977	PML	PML	7.500
Irerê (rural)	1977	PML	PML	7.833
Tamarana (rural)	1977	PML	PML	18.032
Guaravera (rural)	1978	FUEL/SESB	FUEL	11.032
Maravilha (rural)	1978	PML	PML	6.000
Lerrovile (rural)	1978	PML	PML	17.536
Carnascialli	1978	PML	PML	7.736
Warta	1978	PML	PML	7.327
TOTAL				122.995

O quadro de pessoal dos Postos é constituído de 31 auxiliares de saúde, 8 médicos e 4 enfermeiras em regime de tempo integral e dedicação exclusiva.

As atividades desenvolvidas nos Postos são as seguintes: curativo, aplicação de injeções, vacinação, atendimentos de enfermagem, atendimento médico e visita domiciliar. O atendimento de enfermagem inclui: a) orientação e controle de pré-natal, hipertensão arterial e puericultura; b) reconhecimento e atendimento de verminoses, pioder-

mite, escabiose infectada ou não, diarreias, obstipação, intertrigo, dermatites seborréica e amoniacal, granuloma umbelical e gripe.

Em 1978, os atendimentos realizados em 7 Postos de Saúde resultou no seguinte (Quadro 6): a) mais de 90% dos atendimentos foram resolvidos ou controlados nos próprios Postos; destes, cerca de 80% foram pelo auxiliar; b) o auxiliar triou ao médico menos de 20% dos atendimentos; c) a porcentagem total de encaminhamentos para órgãos de retaguarda oscilou em torno de 5%.

Quadro 6 — ATENDIMENTOS REALIZADOS NOS POSTOS DE SAÚDE *EM 1978: "DESTINO" DOS PACIENTES

Resolvidos ou controlados
a nível dos Postos

4.994
(13.2%)

Médico do Posto
37.770
(100%)

Referidos

651
(1.7%)

31.243
(82.7%)

Auxiliar
5.645
(14.9%)

1.242
(3.3%)

TOTAL
36.237
(95.0%)

TOTAL
1.893
(5.0%)

*Postos da Vila Nova, V. Fraternidade, Jardim Bandeirantes, Jardim do Sol, Paiquerê, Irerê e Tamarana.
FONTE: Ref. bibl. 65.

A concentração de atendimentos nos grupos das gestantes e infantes foi de 8,7 e 8,6 consultas, respectivamente. O seguimento do calendário das imunizações apresentou o seguinte: da população inicial, 37% completaram as 3 doses de vacinação anti-poliomielítica e 59% da tríplice. O fato de 58% das gestantes terem completado duas doses de vacina antitetânica pôde ser considerado razoável, visto ser amplamente aceito que duas doses são suficientes para conferir imunidade. (Quadro 7)

QUADRO 7 — PRIMO-VACINAÇÕES, SABIN, DPT e A.T. (gestantes), realizadas nos Postos de Saúde* no ano de 1978.

DOSE	SABIN		DPT		A.T. (Gestantes)	
	Nº.	(%)	Nº.	(%)	Nº.	(%)
1ª.	413	(100)	628	(100)	116	(100)
2ª.	253	(61)	468	(75)	67	(58)
3ª.	151	(37)	368	(59)	44	(38)

* POSTOS DE SAÚDE: Jardim Bandeirantes, Vila Nova, Irerê e Tamarana

As razões destes percentuais relativamente baixos, comentaremos adiante. Note-se, no entanto, que são superiores aos obtidos pela rede oficial de serviços de saúde do Governo do Estado. (vide Quadro 4)

Quanto aos obstáculos encontrados no trabalho, apesar de alguns serem decorrentes de características próprias da experiência em desenvolvimento no município de Londrina, certamente, a maioria é comum a outros projetos de atenção primária de saúde em andamento no país, pois, na sua maioria, decorrem de dificuldades originadas no modelo de desenvolvimento econômico e nas diretrizes da atual Política Nacional de Saúde.

1º. *obstáculo*) Recursos humanos — ideologia profissional.

Diz respeito tanto ao componente da equipe de saúde constituída pelos auxiliares — elementos fundamentais na APS — como à constituída pelos profissionais de nível superior — médicos e enfermeiras.

No primeiro caso, dos auxiliares, o obstáculo origina-se na tendência em focar de forma tradicional seu trabalho. Tendência de limitar sua atuação, quer quanto ao desempenho de funções

delegadas, quer quanto às tarefas de ação comunitária; de compartimentalizar as ações preventivas e curativas; de entender que a transferência do conhecimento sobre saúde e doença se esgota em si mesma e seja apenas veículo para diminuir a sobrecarga de atendimento médico.

Ao lado dessa, existe uma outra tendência que, se não tem constituído propriamente em obstáculo, exige um esforço permanente de vigilância. É aquela que resulta de uma perspectiva mais inquieta, quanto ao ritmo do trabalho comunitário e que se reflete em episódios de interferência do pessoal de nível superior, em questões de organização e conscientização do pessoal auxiliar; no privilegiamento, às vezes excessivo, conferido à diretiva de participação comunitária, em detrimento ao trabalho rotineiro e paciente de prestação de serviços de saúde, esquecendo-se que é através deste e da sua reflexão que aprendemos realmente sobre alguns aspectos básicos do processo do setor saúde, *inclusive* a trabalhar com a população.

Outro aspecto deste obstáculo que, em parte, no momento, é só potencial, diz respeito à carência de profissionais com motivação e formação para se engajar no trabalho. Se este obstáculo ainda é mais potencial do que concreto, é fruto, por um lado, de uma orientação parcialmente inovadora da escola médica local e, por outro lado, devido à pequena absorção de profissionais que, até o estágio atual, a experiência em desenvolvimento requereu.

2º. *obstáculo*) Conflito com o Governo do Estado.

Suas conseqüências mais importantes são: não recebimento de medicamentos da linha CEME e não fornecimento de vacinas. Recentemente dois dos Postos começaram a receber vacinas, muito mais em função de pressões da população e da imprensa do que de modificações da linha de pensamento dos atuais dirigentes da saúde pública paranaense, que encaram a experiência de Londrina como sendo de medicina assistencial e não de saúde pública. Ou seja, além dos motivos de ordem político-partidária, acrescenta-se, como razão desse obstáculo, uma divergência de cunho político-doutrinário, em termos de atenção à saúde.

3º. *obstáculo*) Conflito com a Universidade.

Já referido anteriormente, e que repercute diretamente na experiência, através das barreiras que se tem para conseguir o atendimento mais especializado dos casos que requerem encaminhamento para nível secundário ou terciário, uma vez que as restrições do atendimento do Hospital Universitário abrangem também a rede de Postos.

4º. *obstáculo*) Política fiscal e política orçamentária.

Do ponto de vista econômico-financeiro, ocorre o mais sério obstáculo à ampliação e mesmo à manutenção da experiência. As características do modelo de desenvolvimento econômico vigente no país, extremamente centralizador, têm acarretado o esvaziamento financeiro das Prefeituras. Logicamente, esta situação acrescenta dificuldades à atuação do setor saúde municipal.

5º. *obstáculo*) Relações com a Previdência Social.

Ainda na área econômico-financeira, a dificuldade em captar cursos na área da Previdência Social é um obstáculo importante. Com efeito, somente após 12 meses de encaminhada a solicitação de convênio com o INAMPS, visando a alguma participação financeira, correspondente aos serviços de saúde, prestados pelos Postos à população beneficiária, é que se obteve a assinatura do mesmo. Ainda assim, com uma importância que representa cerca de 1/4 do custo de manutenção dos serviços, enquanto a parcela de beneficiários atendida pelos Postos representa em torno de 50% do total da demanda. A nosso ver, esse obstáculo é coerente com as diretrizes da atual Política Nacional de Saúde, que privilegia os convênios com a área privada.

Com efeito, uma análise do PPA/Projeto Londrina, demonstra o crescimento acelerado dos credenciamentos e contratos com o setor privado, em comparação com a estagnação dos serviços próprios e diminuta integração com os demais serviços de saúde oficiais.

6º. *obstáculo*) participação comunitária.

Diz respeito às dificuldades de viabilizar a diretriz de participação comunitária. Entendemos a participação comunitária como a contribuição que os membros da equipe de saúde podem fornecer ao processo de organização popular, em torno dos seus problemas. Problemas que são específicos, locais, e que só adquirem expressão estrutural quando se ligam aos problemas gerais. Neste sentido, a participação se vê bastante limitada, desde que não se crie a possibilidade de participação nas esferas das grandes decisões de caráter nacional. O obstáculo que este nível de trabalho enfrenta é o risco de se estimular uma *ilusão de participação*, controlista e manipuladora.

CONCLUSÕES, PERSPECTIVAS E LIMITAÇÕES.

O atual estágio da experiência tem exigido, de todos os agentes nela envolvidos, uma reflexão aprofundada sobre suas insuficiências e providências necessárias.

As tarefas, identificadas como apropriadas para o atual estágio da experiência, podem ser divididas em internas e externas. Sem pretender uma

classificação estanque, mas simplesmente para efeito de orientação, identifica-se como tarefas internas prioritárias: a expansão da rede de serviços básicos de saúde, com vistas a ampliar a cobertura e consolidar — social, política e financeiramente — o Trabalho; a elevação do padrão técnico do atendimento, através, principalmente, da melhor formação e supervisão de pessoal; homogeneização política e democratização dos serviços, no sentido de que fiquem abertos os canais para a instalação de mecanismos de controle dos níveis inferiores sobre os superiores.

Por outro lado, na medida em que se pretende a expansão do modelo de APS, adquire importância um outro tipo de tarefa de ação mais externa do que interna. Neste sentido, cabe uma atenção especial à tarefa de contribuir para o prosseguimento dos Encontros Municipais de Saúde e aos contatos com o IBAM, com vistas a sensibilizá-lo para o acompanhamento, apoio e avaliação do setor saúde municipal.

Também, outras tarefas "externas" são:

- a cobrança de providências para que seja colocada em prática a Portaria Interministerial 001/78, que estabeleceu diretrizes para a execução dos serviços básicos de saúde;

- a luta pela reformulação das atribuições contidas na Lei que criou o Sistema Nacional de Saúde. Deve ficar explícito que o papel primordial dos municípios é estruturar a rede de serviços básicos de saúde, dentro dos princípios da APS;

- pleitear a redefinição da política de utilização dos recursos do FAS e sucedâneos;

- reforçar a luta pela modificação da política fiscal.

Os resultados do cumprimento das tarefas que se impõem à experiência em desenvolvimento no município de Londrina e mesmo alterações mais significativas no setor saúde nacional, não serão suficientes para resolver os problemas de saúde da população, pois estes não se encontram na dependência exclusiva de ações restritas no âmbito local e setorial. Quando muito, podem representar conquistas parciais que, se devidamente encadeadas com alterações extra-setoriais, poderão contribuir para o acúmulo de mudanças necessárias e alterações estruturais na sociedade, estas sim verdadeiros requisitos para uma mudança social, que redunde *inclusive* na melhoria das condições de saúde da população.

Isto é, a exemplo de outras, a luta por uma *política Nacional de Saúde Popular e Democrática* dirigida à liberação da força de trabalho, ao invés do seu controle, só será vitoriosa se puder contar com a participação da grande maioria do povo.

É preciso que não só os técnicos e agentes de saúde comprometidos com a saúde da população, mas que o próprio povo possa abrir um diálogo amplo e democrático em seu próprio seio para exprimir seus verdadeiros anseios, pois a luta pela democratização do setor saúde faz parte da luta geral pela redemocratização do país e dela depende.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — AMÂNCIO, A. Conceitos e Métodos de trabalho na Clínica Médica 2, Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. (no prelo, para publicação na *Revista Brasileira de Educação Médica*).
- 2 — BRASILEIRO, A.M., coord. **Municipalização: educação e saúde**. Rio de Janeiro, Convênio SEPLAN-PR/IBAM, 1977.
- 3 — CARDOSO, F.H. **Autoritarismo e democratização**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975.
- 4 — ———. **O modelo político brasileiro**. São Paulo, Difel, 1972.
- 5 — FADUL, W. **A municipalização das atividades de saúde**. s.n.t. (Resumo da resposta do artigo de autoria do Prof. Maurício de Medeiros, publicado em "O Globo", 04/09/63).
- 6 — FERRARA, F.A.; ACEBAL, E.; PAGANINI, J.M. **Medicina de la comunidad**. 2. ed. Buenos Aires, Inter-Médica, 1976.
- 7 — GUIMARÃES, R., org. **Saúde e medicina no Brasil; contribuição para um debate**. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- 8 — GUITTI, J.C.S. **Condição nutricional de crianças de zero a seis anos de idade na periferia da cidade de Londrina; influência da condição sócio-econômica**. Londrina, 1975. (Tese-Dout. — FUEL/Centro de Ciências da Saúde).
- 9 — ITO, A.M.Y. et al. Regionalização dos serviços de saúde; manual de organização e funcionamento de três unidades periféricas integradas de saúde no Município de Londrina, Paraná. In: *Anais da Conferência Pan-Americana de Educação Médica*, 6, Rio de Janeiro, 1976. p. 327-64.
- 10 — LUZ, M.T. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- 11 — MARSIGLIA, R. & ROSSI, S.S. **Saúde e desenvolvimento no Brasil**. *Cadernos CEBES*, Londrina, (2), out. 1978.
- 12 — MARZOCHI, K.B.F. **Aspectos epidemiológicos da doença meningocócica no município de Londrina, Paraná, no período de 1965 a 1975**. Rio de Janeiro, 1977. (Tese-Mestrado-FMUFRJ).
- 13 — MELLO, C.G. de Aspectos econômicos da saúde. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, 32 (8): 570-6, ago. 1975.
- 14 — ———. **Saúde e Assistência Médica no Brasil**. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1977. (coleção saúde em debate).
- 15 — NAKAGAWARA, Y. **Evolução e distribuição da população paranaense**. Paraná Mundo Rural. Londrina, 1977. (mimeogr.) 60 p.
- 16 — ———. **As funções regionais de Londrina e sua área de influência**. São Paulo, 1972. (Tese — Dout. USP/Fac. Fil. Ciências e Letras).
- 17 — NAKAGAWARA, Y. e ASARI, A.Y. — **Mestrado em Ciências de Alimentos**. Justificativa de criação do curso. Trabalho produzido no Laboratório do Departamento de Geociências do Centro de Ciências Exatas da FUEL, julho de 1977.
- 18 — PELLEGRINI FILHO, A.; RAMOS, C.L.; RIBEIRO, J.A.T. A medicina comunitária, a questão urbana e a marginalidade social. In: GUIMARÃES, R., org. **Saúde e medicina no Brasil, contribuição para um debate**. Rio de Janeiro, Graal, 1978. p. 207-24.
- 19 — SANTOS, N.R. Aspectos da organização e implantação do PIASS. In: *Congresso Brasileiro de Higiene*, 19, São Paulo, out. (mimeogr). (Trabalho apresentado no painel "A problemática dos serviços de saúde urbanos e rurais").
- 20 — SINGER, P.I. **"O milagre brasileiro". causas e conseqüências**, São Paulo, CEBRAP, 1972. (cadernos CEBRAP, 6).
- 21 — SOARES, D.A. **Evolução do nível de saúde no município de Londrina, no período de 1960 a 1972**. Londrina, 1976. (Tese Dout. FUEL, Centro de Ciências da Saúde).
- 22 — TORNERO, N.L. **O emprego de auxiliares de saúde em áreas em desenvolvimento**. São Paulo, 1977. (Tese-Mestrado-USP. Fac. Saúde Pública).
- 23 — ———. et al. Uma experiência de assistência sanitária primária. *Revista Saúde em debate*, São Paulo, (6): 21-6, 1978.