

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Elaine Cristina Silva

**Universalização do Acesso ao SUS: contribuições investigativas
do Serviço Social a partir do município de Barueri-SP.**

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

São Paulo

2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Elaine Cristina Silva

**Universalização do Acesso ao SUS: contribuições investigativas
do Serviço Social a partir do município de Barueri-SP.**

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Serviço Social, sob a orientação da Profa. Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia.

São Paulo
2012

Banca examinadora

Dedico aos meus pais, Alzira Cristina e Olair José (in memorian) pelas referências de conhecimento, amor, respeito, pertencimento e cuidado. Bases para edificar e realizar os meus sonhos. Sei que nunca estarei só.

AGRADECIMENTOS

O mestrado é um momento ímpar em nossa vida acadêmica, uma travessia impossível de concretizar sem parceiros. Eu pude contar – e conto – com grandes parceiros.

Primeiramente **Deus**, minha eterna fortaleza.

Meus **familiares** (minha mãe Alzira; meu noivo Maxim; irmãos e irmão – Suely, Solange, Silvia, Simone, Claudia, Kelly, Diane e Douglas – e sobrinhos – Talita, Tércio, Pedro Henrique, Felipe, Fernanda, Lucas, Larissa, Ana Carolina, Ana Clara, João Vitor, Amanda, Alan e Alifer, Munique e Mirela), as pessoas mais importantes da minha vida, minha base e motivos para sempre continuar.

Aos meus muitos **amigos e amigas**, tantos..., que sempre acreditaram em mim e colaboraram para a construção de pontes que viabilizaram o meu “acesso” às melhores experiências que a vida pode nos oferecer e que somos capazes de construir, em especial: Daniela, Stephanie, Stella, Paty, Nancy, Márcia, Glória, Diana, Josí Maria, Ângela, Alessandra Genú, Nancy Mieko, Márcia Guerra, Sheila, Lucilene.

Às **amigas**: Alessandra, Roseane e Sheila, por todo incentivo e leitura cuidadosa e respeitosa do trabalho; Ray, Danila, Fábio e familiares – pessoas parceiras e queridas – por toda amizade, carinho e respeito doados nos momentos mais difíceis.

À **Profa. Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia, minha orientadora**, por aceitar a orientação durante o percurso do processo e contribuir para a construção desta pesquisa em sólidas bases científicas.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico** – CNPq, pelo apoio financeiro.

Às professoras **Mariângela Belfiore Wanderley e Maria Olinda Carrera**, por todo conhecimento partilhado durante as disciplinas e núcleos e pelas correções e sugestões no momento da Qualificação do Projeto de Pesquisa.

Aos **professores** da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: Maria Carmelita Yazbek, Raquel Raichelis Degenszajn, Luiz Eduardo Wanderley, Marco Aurélio Nogueira, Marta Silva Campos, Maria Lucia Martinelli e Carola Arregui

Carbajal, profissionais admiráveis pela singular capacidade de lapidar nossos conhecimentos e torná-los mais claros para nós mesmos.

À professora **Juliana dos Santos Volta**, que me ajudou a descobrir novas culturas.

Ao programa de **Pós-Graduação em Serviço Social**, pela qualidade das disciplinas, cursos e atividades programadas. E, em especial, à secretária **Vânia** – pela respeitável competência e colaboração carinhosa.

À Secretaria de Saúde de Barueri, Coordenação do Pronto Atendimento Adulto de Barueri, e à **Dra. Ana Beatriz Vianna**, à **Rosangela Requena**, à **Dra. Tânia Regina Pessini Rodrigues** e a todos os usuários entrevistados.

Agradeço a todos pela valiosa contribuição na concretização deste grande sonho. Hoje sei que...

Da minha aldeia vejo quanto da terra se pode ver no universo...
Por isso minha aldeia é tão grande como outra terra qualquer,
Porque eu sou do tamanho do que vejo
E não do tamanho da minha altura...

Fernando Pessoa (2007)

RESUMO

SILVA, Elaine Cristina. Universalização do Acesso ao SUS: contribuições investigativas do serviço social a partir do município de Barueri-SP. São Paulo, 2012. Dissertação (Mestrado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) completou mais de duas décadas em 2012, trazendo na sua história as contradições e desigualdades da sociedade brasileira, expressas sobretudo pela falta de “**acesso**” a bens e serviços produzidos coletivamente, mas apropriados de modo desigual, dos quais destacamos o “acesso universal à saúde”. Uma realidade que impulsiona a população brasileira a obter “acesso” ao sistema de saúde “por onde for possível”, não respeitando a proposta de modelo assistencial da política de saúde que preconiza as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como a “porta de entrada” para o sistema (ALMEIDA *et al.*, 2002; ROCHA, 2005; SIMONS, 2008; JESUS e ASSIS, 2010). Na prática cotidiana, é expressiva a demanda dos usuários pelos serviços de urgência e emergência como porta de entrada ao sistema de saúde (CECÍLIO, 1997). Adotamos como categorias centrais de análise a “**saúde**” abordada em suas múltiplas dimensões e compreendida como resultado das condições de vida e trabalho. E “**acesso**”, como categoria central de análise das políticas sociais, conceituada como o resultado da efetiva disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e acomodação dos serviços de saúde (PENCHANSKY e THOMAS, 1981), de modo que possam garantir atendimento integral, articulado e continuado aos usuários. O objetivo deste estudo foi: analisar a universalização do acesso à saúde, tomando como campo empírico o Pronto Atendimento Adulto Central no Município de Barueri. Na observação assistemática dos profissionais da área de saúde, há uma percepção de que os usuários buscam os serviços de urgência e emergência inadequadamente. Partiu-se da hipótese de que, na perspectiva dos usuários, as UBS não se constituem como a única porta de entrada ao sistema de saúde, podendo-se recorrer aos serviços de urgência e emergência de acordo com as suas necessidades de atendimento. Metodologia: pesquisa bibliográfica, documental, questionário aplicado a uma amostra do tipo sistemática, a 100 usuários do Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri, em uma semana típica e entrevista semiestruturada com a coordenação do serviço. Resultados: o estudo revelou que apenas 7% das demandas que chegavam ao Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri não eram pertinentes àquele nível de atenção. Por outro lado, parte significativa dos usuários considera que a demanda para a atenção básica deve ocorrer apenas quando “se” precisa, desconsiderando a ideia de continuidade e longitudinalidade do atendimento nesse nível.

Palavras-chave: Acesso, Pronto Atendimento, Atenção Básica em Saúde.

ABSTRACT

SILVA, Elaine Cristina. Universalization Access to SUS: contributions investigative social work from Barueri-SP. São Paulo, 2012. Dissertation (Master's Degree). Program of Post-Graduation Studies in Social Work of Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

The National Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) has completed more than two decades in 2012, bringing in its history the contradictions and inequalities of Brazilian society, expressed mainly by the lack of “**access**” to goods and services produced collectively, but unequally appropriate, of the which highlight the “universal access to health”. There is a reality that pushes the Brazilian population to obtain “access” to health care “wherever possible”, not respecting the proposal of health care model of health policy that advocates the Basic Health Units (Unidades Básicas de Saúde - UBS) as the “gateway” for the system (ALMEIDA et al., 2002; ROCHA, 2005; SIMONS, 2008; JESUS and ASSIS, 2010). In everyday practice, it is significant the demand of the users for urgent and emergency services as a gateway to the health system (CECÍLIO, 1997). We adopt as central categories of analysis “health” in its multiple dimensions approached and understood as a result of the conditions of life and work; and “access” as a central category of analysis of social policies, conceptualized as the result of the effective availability, accessibility, acceptability and accommodation of health services (PENCHANSKY and THOMAS, 1981), such that they can guarantee full attendance, articulated and continued to the users. The purpose of this study was: to analyze the universal access to health, taking as the empirical field the Adult Emergency Care Center in the city of Barueri. In the systematic observation of the health care professionals, there is a perception that the users are seeking the emergency services and emergency inappropriately. We started from the hypothesis that, in view of users, the UBS's do not are the only entrance to the health system, may be appealed to emergency services and emergency according with their care needs. Methodology: bibliographical and documentary research; questionnaire applied to a sample of the systematic type - to 100 users of the Adult Emergency Care Center Barueri, in a typical week; and semi structured interviews with coordination of the service. Results: The study revealed that only 7% of demands that arrived at the Adult Emergency Care Center Barueri were not relevant to that level of attention. On the other hand, a significant portion of users believes that the demand for primary care should occur only when “if” needs, not considering the idea of continuity and longitudinality of care on this level.

Keywords: Access, Emergency Care, Primary Care in Health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Índice de Satisfação com Estado de Saúde. Brasil: 1998, 2003, 2008.	41
Tabela 2: Sistema de Indicadores de Percepção Social – SUS.....	71
Tabela 3: Perfil da Região Metropolitana de São Paulo.....	89
Tabela 4: Grupos do Índice de Responsabilidade Social da RMSP, 2008.....	91
Tabela 5: Desigualdade nos Municípios da RMSP	93
Tabela 6: Proporção de internações segundo as 10 principais causas (Capítulo CID 10) da população geral – RMSP, 2009.....	94
Tabela 7: Mortalidade proporcional segundo as 10 principais causas (Capítulo CID 10) da população geral – RMSP, 2008.....	95
Tabela 8: Perfil do Município de Barueri, 2010.....	106
Tabela 9: Índice de Responsabilidade Social da Rota dos Bandeirantes, 2008.....	109
Tabela 10: Desigualdade nos municípios da Rota dos Bandeirantes	110
Tabela 11: Perfil da Desigualdade na Rota dos Bandeirantes.	111
Tabela 12: Capacidade da Receita dos Municípios da Rota dos Bandeirantes	111
Tabela 13: % da Receita Própria Aplicada em Saúde, conforme a EC 29/2000, na Rota dos Bandeirantes	112
Tabela 14: Cobertura e Equipes das ESF da Rota dos Bandeirantes, 2008-2009..	113
Tabela 15: Cobertura de Unidades Básicas de Saúde da Rota dos Bandeirantes, 2008-2009	113
Tabela 16: Internações (%) por causas sensíveis a atenção básica. Rota dos Bandeirantes, 2008-2009	115
Tabela 17: Número de Consultas, Atendimentos de Profissionais de Nível Superior e Procedimentos em Odontologia nas UBS de Barueri. 1º Trimestre, 2009, 2010 e 2011.....	124
Tabela 18: Número de Atendimentos de Especialidades nos Serviços de Urgência e Emergência de Barueri. 1º Trimestre, 2009, 2010 e 2011	126
Tabela 19: Atendimento do Pronto Atendimento Adulto Central, por Especialidade e Município, origem. 1º Trim. 2009, 2010 e 2011	130
Tabela 20: Atendimentos da Maternidade e Pronto Atendimento Infantil. Barueri, 2009-2011	132
Tabela 21: Atendimentos no Serviço Especializado de Barueri. 1º Trimestre, 2009, 2010 e 2011.....	133

Tabela 22: Atendimento no Hospital Municipal de Barueri. 1º Trimestre, 2009, 2010 e 2011.....	135
Tabela 23: Número de Formulários Preenchidos no P.A.A. Central de Barueri. Período de 28/11/2011- 04/12/2011	185
Tabela 24: Número de Formulários Preenchidos no P.A.A. Central de Barueri. Período de 28/11/2011- 04/12/2011	186
Tabela 25: Usuários entrevistados, faixa etária x sexo	190
Tabela 26: Município de origem dos usuários entrevistados por recepção	190
Tabela 27: Distribuição dos usuários entrevistados por faixa etária e situação de trabalho.....	191
Tabela 28: Queixas apresentadas pelos usuários entrevistados conforme classificação	193
Tabela 29: Queixas apresentadas pelos usuários entrevistados conforme classificação e duração	194
Tabela 30: Motivos pela Procura ao P.A.A. Central	196
Tabela 31: Doenças citadas pelos usuários entrevistados e respectivos locais de acompanhamento.....	197
Tabela 32: Utilização da UBS segundo os usuários entrevistados por sexo.....	198
Tabela 33: Classificação das queixas citadas pelos usuários segundo local correto de atendimento.....	200

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Sistema de Saúde e Fluxo de Atendimento ao SUS.	50
Quadro 2: Serviços de Saúde e Fluxo de Atendimento aos SUS.....	51
Quadro 3: Artigos da Constituição Federal de 1988 alterados pela Emenda Constitucional nº29.	79
Quadro 4: Informações da Rota dos Bandeirantes	115
Quadro 5: Serviços de Saúde Públicos de Barueri, 2010	120
Quadro 6: Caracterização das Unidades Básicas de Saúde de Barueri, 2010.	122
Quadro 7: Cinco Dimensões da Categoria Acesso.	153
Quadro 8: Acesso e Satisfação	155
Quadro 9: Acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998, 2003, 2008	163
Quadro 10: Componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências.....	169
Quadro 11: Cronograma para Pesquisa de Campo	184
Quadro 12: Acesso pelo Pronto Atendimento Adulto Central.....	212
Quadro 13: Acesso via Unidade Básica de Saúde.....	213

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Característica da Saúde da População. Brasil: 1998, 2003, 2008.	40
Gráfico 2: Comparativo entre os Prontos Atendimentos Adultos, por especialidade e período. Barueri, 2009, 2010 e 2011	127
Gráfico 3: Comparativo do Total de Atendimento Realizado nas Especialidades no Pronto Atendimento Adulto Central, no 1º Trimestre de 2009 – 2011 ..	131

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 : Municípios da Região Metropolitana de São Paulo	88
Mapa 2: Mapa do Município de Barueri.....	105
Mapa 3: Mapa dos Distritos de Barueri	105

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica à Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIB	Comissão Intergestores Bipartide
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartide
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPTM	Companhia Paulista de Trens Metropolitanos
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada da Assistência Social
DAB	Departamento de Atenção Básica
DRS	Departamento Regional de Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FVG	Fundação Getúlio Vargas
GEMA	Grupo para Emancipação do Município de Alphaville
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRPS	Índice de Responsabilidade Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MAC	Média e Alta Complexidade
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSRMSP	Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo
PA	Pronto Atendimento
PAA	Pronto Atendimento Adulto
PAB	Piso da Atenção Básica
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNASS	Política Nacional de Assistência Social
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMEB	Serviço de Assistência Médica de Barueri
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SASC	Secretaria de Ações Sociais e Cidadania
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SEMAB	Serviço Médico de Assistência Social de Barueri
SNPDP	Secretaria Nacional de Promoção de Direitos da Pessoa com Deficiência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCGM	Termo de Compromisso de Gestão Municipal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO I – Os novos Pactos e o Acesso ao Sistema Único de Saúde: novas propostas, velhos dilemas.	25
1.1 Saúde e Doença: faces e dimensões que desenham a vida.	26
1.2. Sistema Único de Saúde: modelo, trajetória, dilemas e pactos.	42
CAPÍTULO II - Uma análise do município mais rico da Rota dos Bandeirantes: Barueri	83
2.1 Região Metropolitana de São Paulo: o lugar de Barueri no contexto regional	86
2.2 Na Rota dos Bandeirantes: passado e presente de Barueri	96
2.2.1 A formação do Município de Barueri.....	97
2.2.2 Barueri na Micro Região Rota dos Bandeirantes nos dias atuais	104
2.2.3 A saúde na Rota dos Bandeirantes	111
2.3 A melhor SAÚDE da Região: o sistema de saúde de Barueri.	116
2.3.1 <i>Serviços de Atenção Básica</i>	121
2.3.2 <i>Serviços Especializados</i>	132
2.3.3 <i>Controle Social</i>	136
CAPÍTULO III – O papel e lugar da categoria ACESSO nas políticas sociais brasileiras.	138
3.1 Acesso: discussão teórica e a realidade nos serviços de saúde	144
CAPÍTULO IV. A pesquisa e seus resultados	174
4.1 Metodologia da Pesquisa	175
4.1.1 Amostra	177
4.1.2 Instrumentos e Formulários	178
4.1.3 Roteiro da Entrevista	178
4.1.4 Cenário	179
4.2 Pesquisa de Campo: resultados	184
4.2.1 Perfil dos usuários entrevistados	189
4.2.2 Queixas em Saúde	192
4.2.3 Demandas por nível de atenção.....	197
4.3 Entrevista com pessoa-chave	201
4.4 Notas de Campo	207
4.5 Análise dos resultados	209
CONCLUSÕES	218
REFERÊNCIAS	222
ANEXOS	233
Anexo 1: Símbolos Municipais de Barueri	234
Anexo 2: Letra do Hino de Barueri	235
Anexo 3: Resoluções do Legislativo sobre a Saúde no Município de Barueri.....	236
Anexo 4: Comentários sobre Vetos da Emenda Constitucional 29.	238
Anexo 5: Propostas da III Conferência Municipal de Barueri, 2006.	240

Anexo 6: Propostas da III Conferência Municipal de Barueri, 2006 (Continuação).	241
Anexo 7: A história de Barueri através das lentes fotográficas.	242
Anexo 8: Roteiro de Entrevista Semiestruturada.....	244
Anexo 9: Formulário	245
Anexo 10: Relação de Queixas	246

INTRODUÇÃO

Em 2011, o SUS completou 23 anos, o saldo dessas mais de duas décadas exige uma análise das transformações que ocorreram na sociedade brasileira, para então reconhecer as conquistas que refletem a luta dos trabalhadores e usuários, mas também, os desafios para a efetivação dos princípios constitucionais, tais como **a universalização do acesso**.

Com efeito, o cenário conturbado dos anos 1980, considerados uma “década perdida” para a economia, representou para o campo social um divisor de águas, pois foi nessa quadra da história brasileira que os reclames do “povo” ganharam espaço no texto legal da Carta Magna.

A partir da Constituição Federal de 1988 (artigo 194), determina-se o modelo de seguridade social no país, formado pela saúde, previdência e assistência social. Mesclando seguro e assistência, tendências bismarckiana¹ e beveridgiana², a proposta era universalizar a saúde, garantir a assistência social para quem dela necessitar e a previdência social para quem contribuir. Universalizar o “acesso” à saúde, assistência e previdência seria uma forma de minimizar o quadro de extrema pobreza e desigualdade presente no país.

Não podemos esquecer que não é proposta das políticas sociais “acabar” com a pobreza ou resolver a “questão social”, ainda que sejam a concretização do direito e a estratégia de enfrentamento da questão social (IAMAMOTO, 2006), pois estas têm como objetivo garantir a dupla função do Estado burguês: manter a ordem capitalista e legitimar a ordem burguesa (NETTO, 2006).

Entretanto, a “onda” democrática logo perdeu lugar para as propostas neoliberais nos anos 1990, fazendo com que mesmo o reduzido tripé da seguridade sofresse profundas retaliações, anulando princípios constitucionais – universalidade, uniformidade e equivalência, seletividade e distributividade, irredutibilidade e diversidade –, imperando o ideário neoliberal, que se pauta pela privatização, seletividade/focalização, fragmentação, descentralização³ e a defesa da proposta

¹ Políticas que exigem contrapartida contributiva, conforme modelo de seguro social implantado em 1883 na Alemanha por Bismarck.

² Políticas assistenciais que não exigem prévia contribuição e propõem a proteção social do “berço ao túmulo”.

³ Termo que, por um lado, é reconhecido como base do pensamento neoliberal com a proposta de des-responsabilizar o Estado das suas funções, mas também tem um potencial democrático na

de um Estado mínimo na área social, com papel secundário na efetivação das políticas sociais, cabendo ao mercado e sociedade civil atender as expressões da questão social. Fenômeno que, segundo lamamoto (2006) e Netto (2006), surge no seio da sociedade capitalista – no seu estágio industrial – e ganha novas expressões e dimensões acompanhando as transformações do capitalismo.

Autores como Caccia Bava (2009), no entanto, analisando o contexto atual do governo LULA, consideram que o país vive uma situação “particular”, atravessa uma “onda otimista”, porque mesmo não se operando “reformas estruturais redistributivas” e garantindo altas “taxas de juros que operam em favor dos mais ricos”, há uma certa distribuição de renda.

Pochmann (2009), na mesma direção, considera que é possível se perceber uma expressiva melhora de dados da saúde, educação, habitação e assistência, diante de “um quadro baixo de dinamismo econômico”, avanços sociais que podem ser atribuídos ao rearranjo de políticas públicas capazes de permitir a expansão relativa do gasto social, de 13,3% do Produto Interno Bruto, em 1985, para 21,9% em 2005.

O otimismo dos dois autores não é partilhado por outros estudiosos, como Hickmann (2011), que destaca o papel de “Robin Hood” às avessas, desempenhado pelo Estado: “tira do pobre para dar aos ricos”. E Salvador (2011), que refere o expressivo aumento da carga tributária na atual conjuntura. Ambos defendem a reforma tributária na perspectiva de garantir a justa distribuição de renda no país.

Enquanto tal mudança não ocorre, podemos identificar a permanência de traços históricos da sociedade brasileira: desigualdade, coronelismo, populismos, formas políticas de apropriação da esfera pública em função de interesses particulares de grupos poderosos, concordando com algumas das análises de lamamoto (2006).

Uma realidade que se expressa também no cotidiano profissional e na vida particular daqueles e daquelas que circundam a área da saúde. Usuários que, por vezes, reconhecem a “saúde” como o elemento determinante para que as possibilidades de continuidade, superação e transformação sejam possíveis: em outros termos, saúde é o elemento de esperança. Mas, e quando o que falta é justamente a “saúde” diante da presença de uma (ou mais) doença(s)?

medida em que preconiza que a gestão das políticas está cada vez mais perto das demandas da população e portanto nelas se pautem.

Diante dessas situações, para a população, o “acesso” aos serviços de “saúde” tem se constituído como a mais importante estratégia para reverter o quadro de “ausência de saúde”. Nessa perspectiva, não se considera a saúde como resultado de processos econômicos, sociais e políticos, não se colocam em questão os determinantes sociais do processo de saúde e doença, como as condições de vida e trabalho. A questão que se apresenta para muitos dos usuários é a necessidade de ter saúde, curar a doença, ser atendido nos serviços.

O contato com essa visão nos levou a nos interessarmos pela temática do acesso aos serviços de saúde desde o período de formação na fase da graduação: Os anseios pelo acesso a esses serviços foram verbalizados, de diferentes modos, por usuários com os quais tivemos contato durante o período de graduação (2002-2005), nos estágios em clínica de hemodiálise em São Paulo.

Posteriormente, entre os anos de 2006-2007, aprimoramos nossos conhecimentos da saúde a partir de um curso de Especialização “Serviço Social em Hospital Universitário”, oferecido pela divisão de Serviço Social do Hospital São Paulo. Esse período foi muito rico pela oportunidade de contato com usuários e profissionais, que atuavam na Unidade de Acolhimento e Pronto Atendimento e Pronto Socorro de um Hospital Universitário de São Paulo. As estratégias e dificuldades para conseguir o “acesso” aos serviços de saúde mostravam-se de modo distinto, mas igualmente preocupante.

E quando, em 2007, iniciei minha atuação profissional no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri, pude amadurecer algumas reflexões e formular algumas indagações sobre o modelo de assistência à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde, que preconiza as Unidades Básicas de Saúde como principal porta de entrada.

A realidade “empírica” do Pronto Atendimento Adulto Central nos levou a formular o seguinte pressuposto: as Unidades Básicas de Saúde não se constituem na única e principal porta de entrada para o sistema de saúde, sendo que os serviços de urgência e emergência desempenham um importante papel nessa inserção, conforme já vinham apontando alguns autores da área de saúde (CECÍLIO, 1997).

Assim sendo, aceitamos o desafio de discutir essa problemática nesta dissertação, adotando como categorias centrais de análise a concepção ampla de “saúde” e as discussões atuais sobre o “acesso” aos serviços, na perspectiva de

apreender os desafios para a “universalização do acesso à saúde”, tendo como recorte de pesquisa empírica a realidade do Pronto Atendimento Adulto Central no Município de Barueri, terreno empírico da pesquisa.

Atuando em conjunto com outras profissionais neste espaço sócio-ocupacional, destaco que nesse período de cinco anos, o setor de serviço social do Pronto Atendimento Adulto passou por alterações, (a) número de profissionais, que variou de um a cinco; (b) mudanças de sala, por questões de segurança, mas que mantinham as precárias condições, sobretudo com falta de sigilo; (c) rotina, por vezes, incompatíveis com a forma de contratação (Trabalhávamos em um mix “diarista-plantonista” de oito horas diárias todos os dias da semana, quando prestamos um concurso para ser diarista); e, (d) atribuições, confundidas pelas demais equipes e usuários, como meras práticas administrativas; contato com familiares, informar fluxo do serviço, preencher documentos. Por outro lado, há momentos em que somos solicitados para responder pelo atendimento médico, pela higienização do serviço, pela conduta da recepcionista, pela falta de leitos ou vaga em outros serviços. Entre acolher, orientar e encaminhar as situações para os serviços e setores competentes, há um desgaste para a equipe e para os usuários, algo que vem sendo apontado pela equipe no sentido de contribuir para um “fluxo” correto de atendimento ao usuário de acordo com sua demanda. É verdade que nesse último item as conquistas são frágeis e cotidianamente o profissional precisa garantir o espaço profissional.

Entendemos que atuar como assistente social em um serviço de urgência e emergência é estar no limite entre a possibilidade de um contínuo processo investigativo ou de “estabelecer rotinas burocráticas” para garantir certa ordem. A variedade de situações interpela os profissionais a conhecê-las, a investigá-las para decifrar a realidade e dar respostas qualificadas. Sem ignorar os obstáculos objetivos para o exercício profissional – os já explicitados, e ainda, a fragmentação e descontinuidade das intervenções – destacamos que o “Plantão em um Pronto Socorro” pode ser um “laboratório” de investigação e conhecimento.

É fato que essas questões não são vivenciadas apenas por nós, mas fazem parte da realidade de muitos profissionais que atuam nos espaços sócio-ocupacionais da saúde, um importante campo de atuação e pesquisa para os assistentes sociais, sobretudo na perspectiva de refletir e apresentar propostas à

prática profissional (COSTA, 2000 e 2006; VASCONCELOS, 2002 e 2006; BRAVO e MATOS, 2004 e 2006; MIOTO e NOGUEIRA, 2006; NOGUEIRA e MIOTO, 2006) bem como analisar a dimensão política do Sistema Único de Saúde (BRAVO, 1996 e 2004).

Trata-se de um rico acervo de estudos que, ao analisar as questões conjunturais da política de saúde, bem como os limites e desafios para a categoria profissional, colaboram para (a) superação de práticas dissonantes à realidade dos usuários dessa política, (b) dão visibilidade para as expressões da questão social que perpassam as situações de saúde dos usuários, bem como de grupos, (c) reafirmam a defesa dos direitos constitucionais, explicitando, de modo contundente, as lacunas da política de saúde, e (d) apresentam os impasses e a desarticulação das políticas sociais na efetivação da saúde como resultado de processos de vida. Entendemos que essas questões, mesmo de modo tangencial, abordam a temática que ora trabalhamos: o acesso aos serviços.

De fato, o assistente social, assim como outros profissionais e forças sociais, tem o desafio de garantir e ampliar o acesso aos direitos sociais, conforme preconiza o Código de Ética do Assistente Social (1993) entre os seus princípios: *“Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”*; e dentre os deveres do assistente social nas suas relações com os usuários: *“Artigo 5º [...] c. democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários”*.

Evidenciando a convergência da direção dada pela academia e pelos órgãos de representação da profissão, as produções dos pesquisadores citados acima – entre outros documentos – subsidiaram a elaboração do documento: *“Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”* (2009).

Publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social, o documento contribui para uma demanda histórica da categoria e está estruturado a partir de três eixos principais: i) Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e desafios atuais: traz elementos dos anos 80, 90 e dias atuais; ii) Serviço Social e Saúde: aborda a discussão teórica e política presente no Serviço Social, apresentando alguns

desafios; e iii) Atuação do Assistente Social na Saúde: caracteriza as atribuições e competências do assistente social, além de discutir a intervenção do profissional na saúde a partir de quatro eixos de ação:

- Atendimento Direto aos Usuários (ações socioassistenciais, de articulação com a equipe de saúde e socioeducativas);
- Mobilização, Participação e Controle Social;
- Investigação, Planejamento e Gestão; e,
- Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.

Durante nosso período de formação, que se iniciou em 2002 com a graduação e foi continuamente alimentado por meio dos estágios curriculares, atuação profissional, militância, debates, reflexões, produções, participação e realização de eventos, realizamos três especializações⁴, as quais adensaram nossos conhecimentos acerca da profissão e, posteriormente, sobre sua atuação na saúde.

Esse processo foi imprescindível para a formulação das reflexões que sistematizamos nos quatro capítulos que constituem esta dissertação.

No primeiro capítulo, com o título **“Os novos pactos e o acesso ao Sistema Único de Saúde”**, discutimos as várias dimensões da saúde e apresentamos uma breve retrospectiva da trajetória do sistema até os dias atuais, em que novos pactos objetivam “solucionar” velhos e emergentes dilemas.

A proposta do segundo capítulo, intitulado **“Uma análise do município mais rico da rota dos Bandeirantes: Barueri”**, é apresentar dados quantitativos e qualitativos para subsidiar a compreensão do contexto social, econômico, político e cultural do município de Barueri.

O terceiro capítulo **“O papel e lugar da categoria acesso nas políticas sociais brasileira”**, elaborado a partir de textos acadêmicos, documentos oficiais e

⁴ Especialização em Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Universidade de Brasília (UNB); Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), 2009-2010. Especialização em Organização e Gestão de Políticas Sociais. Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), 2007-2008. Especialização em Serviço Social em Hospital Universitário. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2006-2007.

pesquisas avaliativas, apresenta uma profícua discussão teórica e prática da categoria “acesso”.

No quarto e último capítulo, com o título “**A pesquisa e seus resultados**”, apresentamos a metodologia e resultados da pesquisa de campo realizada no Pronto Atendimento Adulto Central nos mês de novembro de 2011.

CAPÍTULO I – Os novos Pactos e o Acesso ao Sistema Único de Saúde: novas propostas, velhos dilemas⁵.

A proposta de discutir o Sistema Único de Saúde a partir da sua dimensão operacional poderia ser realizada em muitas perspectivas, dado que o modelo e a trajetória do sistema oferecem aos pesquisadores de todas as áreas um rico acervo de temáticas. Entretanto, a trajetória profissional que percorremos nos colocou diante de situações em que a complexidade e a imprecisão da categoria “acesso” apresentaram-se como um relevante objeto de investigação.

Confundido com outros termos, como acessibilidade ou disponibilidade, “ter acesso” significa ter um serviço de saúde próximo à residência e obter atendimento emergencial em um serviço de emergência ou Pronto Atendimento. Atendimento limitado ao binômio “queixa-conduta”. Ou ainda, “ter acesso” é ser “cadastrado” em uma Unidade Básica de Saúde, o que não garante o “atendimento integral”.

É fato que não chegamos a este objeto de pesquisa de modo imediato, assim como não foi simples encontrar o caminho para pesquisá-lo. Na verdade, a centralidade desta categoria na pesquisa escamoteia e expõe o processo pelo qual “pesquisador e objeto” foram sendo lapidados. As mediações para problematizar o termo “acesso” nos interpelou a refletir sobre nossa trajetória pessoal, bem como sobre a profissão. Dois eixos que encontram na política de saúde um terreno fértil para discussão.

Assim, propomos no Capítulo I abordar a categoria “acesso” como um dos princípios do Sistema Único de Saúde, realizando uma breve retrospectiva da trajetória do sistema até os dias atuais, em que os novos pactos objetivam “solucionar” velhos e emergentes dilemas. É fato que a discussão sobre o princípio da universalidade do acesso não é uma temática inusitada. Nunes (2006) e Cohn (2006) apontam a recorrente presença dessa temática no âmbito das ciências sociais.

O primeiro faz referência às produções sob a influência da teoria marxista, e a emergência de categorias como capitalismo, desigualdade, fatores econômicos e

⁵ Para a elaboração deste capítulo resgatamos os textos discutidos no núcleo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde e Sociedade: Modelos de explicação do processo saúde doença. (Profa. Regina Maria Marsiglia Giffoni).

políticos, que interferem nos fatores de riscos a doenças e na organização dos serviços de saúde (NUNES, 2006). Conh (2006) destaca as pesquisas que buscam identificar a equidade do acesso aos serviços de saúde e atendimento das necessidades dos indivíduos, considerando as normativas legais que preconizam a saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado (CONH, 2006).

Minayo (2010), em sua obra acerca do “desafio da produção do conhecimento nas ciências sociais”, nos alerta para o caráter interdisciplinar e multifacetado da saúde, enquanto área do conhecimento, que traz no seu bojo uma tríade, por vezes, pouco compreendida – o concreto, o simbólico e o afetivo – mas que pulsam de modo dinâmico,

O saber teórico e prático sobre saúde e doença faz parte de um universo dinâmico recheado de história e de inter-relações mediadas por institucionalizações, organizações, lógicas de prestação de serviços e participação dos cidadãos (MINAYO, 2010:28).

Abordar o campo da saúde nos remete – inevitavelmente – à análise de uma gama de categorias e variáveis, sobretudo, quando tal proposta se detém na dimensão operacional do Sistema Único de Saúde. Uma política de seguridade social, que mesmo completando “maioridade legal”, apresenta nos dias atuais inúmeros desafios e limites que ocultam e expressam as lacunas administrativas na operacionalização da política. Reconhecendo esse mosaico que desenha a relação “saúde e doença”, acreditamos que, ao colocarmos em pauta a “universalização do acesso à saúde”, devemos considerar (a) a saúde nas suas dimensões subjetivas e objetivas; e (b) os avanços e retrocessos da política de saúde brasileira e seu desenho atual.

1.1 Saúde e Doença: faces e dimensões que desenham a vida.

A melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos. (LAURELL, 1983:137. In. NUNES, 2000: 221)

O termo “saúde” está presente na vida de todo e qualquer indivíduo,

independente de idade, sexo, escolaridade, classe social ou etnia, quer pela sua presença, ausência ou precariedade, colocando em questão atitudes, crenças e valores, configurando-se como o inverso da morte, ou simplesmente como “tudo”. Sim, para alguns, “saúde” é tudo, pois “o resto a gente conquista...”. Em outros termos, a saúde – na acepção de ausência de doença – é o elemento central para que o indivíduo garanta a produção e reprodução da vida social⁶.

Sem ignorar a relevância simbólica dessas especulações, é relevante considerar que para apreender o significado dos termos “saúde e doença”, para cada indivíduo ou sociedade, se faz necessário analisar as demais dimensões que desenham as diferentes sociedades nos marcos dos seus processos sócio-históricos, uma vez que os termos extrapolam o “terreno” do senso comum – por excelência, o cotidiano – e ainda nos dias atuais, configura-se como um importante objeto de pesquisa, estudo e conceituações no espaço acadêmico e político.

Nunes (2000) discute a recorrente necessidade de conceituar o termo “doença”, reconhecendo que esta tem um caráter social. De acordo com estudos, desde as primeiras décadas do século XIX, apresenta-se a perspectiva de que as condições de produção e reprodução da vida social constituem elemento imprescindível para compreender as condições de saúde e doença de determinadas populações.

Segundo o autor, a centralidade dada ao “social” para explicar o processo “saúde e doença” não permanece incólume às transformações da sociedade: as descobertas científicas e as ideias positivistas de Augusto Comte contribuíram para uma leitura “unicausal” na explicação da doença. O que não significa a total ausência de importantes avanços, mas igualmente, não é possível ignorar que os graves e complexos problemas sociais que infligem a sociedade exigem explicações que a reduzida fórmula “causa e efeito” não permite alcançar. Foi nesse contexto que emergiu uma proposta alternativa denominada de “multicausal”, com o objetivo de:

⁶ Nos termos de Yazbek (2009), a partir da tradição marxista, reprodução social, diz respeito ao modo como são produzidas e reproduzidas as relações sociais na sociedade capitalista. [...] Nesta perspectiva, a reprodução das relações sociais é entendida como a reprodução da totalidade da vida social, o que engloba não apenas a reprodução da vida material e do modo de produção, mas também a reprodução espiritual da sociedade e das formas de consciência social através das quais o homem se posiciona na vida social (YAZBEK, 2009: 127). É no campo da vida material, política, social, cultural e espiritual que a saúde se faz presente.

[...] buscar fatores causais fáceis de atacar, com medidas pouco custosas e implementar medidas de controle. De um ponto de vista prático, não busca as causas “necessárias”, mas o objetivo é cortar a cadeia causal mediante a supressão ou modificação de uma das variáveis intervenientes, mas sem tocar nas causas estruturais (NUNES, 2000: 219, apud, BREILH, 1981).

A teoria da multicausalidade servirá de base para o “Modelo da História Natural da Doença”, elaborado por Leavell & Clarke (1976). Uma proposta posteriormente criticada, nos anos 1970, pois uma visão natural anulava a “histórica”, e nos termos de Arouca⁷, torna-se “mito” não alcançando a real dimensão do social, que aparece apenas como “nomenclatura”, mas não como “modelo explicativo”.

Foi neste momento que muitos estudiosos latino-americanos engajados no projeto da Medicina Social estabeleceram uma crítica radical aos modelos que, ao enfatizarem os aspectos biológicos individuais, descuidavam da causalidade social da doença. Assim, as discussões tinham como ponto comum que as causas da doença deveriam ser buscadas não somente nos processos biológicos ou nas características da tríade ecológica, mas nos processos sociais, basicamente na produção e reprodução social. (NUNES, 2000: 221)

Vários autores, a partir de distintas categorias, mas todos pautados no materialismo histórico, trouxeram para o debate novos enfoques para o estudo do processo saúde e doença, em que as perspectivas “estrutural-histórica” e “simbólica” se destacaram, alcançando tanto os aspectos objetivos como subjetivos.

Na verdade, “saúde-doença”, duas faces da mesma moeda – a vida humana – é resultado de processos sociais, encerra em si uma variedade de determinações, exigindo constante e rigorosa investigação. Entendida como um estado orgânico, físico e mental “normal”, a saúde é também reconhecida como um direito de cidadania, sendo que em diferentes contextos sociais, os trabalhadores construíram estratégias solidárias para atender as situações de riscos entre seus pares. Assim, a saúde tem uma dimensão política e constitui-se em tema de lutas sociais, objeto de intervenção das políticas sociais.

No Brasil e nos demais países latino-americanos, as políticas sociais terão

⁷ NuneS, 2000: 220, apud Arouca, 1975: 165.

como alvo as sequelas da questão social, dentre as quais a mais comumente e vulgarmente abordada é a pobreza.

Barata (2006), ao discutir as desigualdades sociais e sua relação com o processo saúde e doença, elenca as obras que mais se destacam em determinados períodos históricos⁸, ressaltando que, para alguns autores, “desigualdade e diferença” são sinônimos. Entretanto, a autora conceitua desigualdade como: “as diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição do poder e da propriedade”, e refere que as diferenças podem ser classificadas em absoluta e relativa (2006).

A autora ainda vai abordar as teorias que tratam das desigualdades, dividindo-as em duas correntes; (a) que dão explicações naturalizadas; e (b) as sócio-históricas⁹. É possível identificar na obra três metodologias para análise de desigualdades que são didaticamente exemplificadas: risco (relativo e atribuível), coeficiente de Gini, e correlação e regressão. Concluindo, a autora afirma que

As desigualdades sociais em saúde podem ser enfocadas em dois grandes grupos: as **desigualdades que se referem ao estado de saúde** e ao perfil patológico da população, e que são fortemente influenciadas pela organização social e pela inserção de classe dos indivíduos, podendo ser compensadas apenas em parte pelas políticas públicas; e as que se referem à **oferta, acesso e utilização de serviços de saúde**, e que são mais influenciadas pela política nacional de saúde e pela organização dos serviços, podendo ser reduzidas ou eliminadas por meio de sistemas de saúde universais e equânimes (BARATA, 2006: 482).

Entendemos que a divisão proposta pela autora, que pode ter sua relevância em termos didáticos, encontra efetivos limites para análise, uma vez que tanto o perfil patológico quanto o “acesso” e utilização dos serviços podem estar relacionados à “inserção de classe dos indivíduos” e não apenas à “organização dos serviços”. Saúde é resultado de processo e como tal exige a interlocução de

⁸ Década de 1970 Donnangelo e Arouca. Na década de 1980 Cristina Possas. Na década de 1990 a autora destaca o trabalho de Paim. Em 2000 Chor & Faerstein, e Naomar em 2004.

⁹ Segundo a autora, muitas pesquisas foram realizadas a partir do referencial teórico materialista histórico e também muitos problemas foram identificados. Solla, em 1996 apresenta uma análise “das limitações dos diferentes modelos de operacionalização de classes sociais para estudos na área da saúde”, diante dos inúmeros problemas/limites apontados, o conceito de “classe” deixou de ser utilizado nas pesquisas de área.

serviços e políticas. E, quando a autora pontua que as “lacunas” podem ser “compensadas ou eliminadas” por políticas públicas ou por sistemas de saúde universais, entendemos que os sistemas de saúde são desenhados a partir de políticas públicas, portanto, não são duas soluções¹⁰.

O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo. Neste país “abençoado por Deus e bonito por natureza”, o pobre participa da produção da riqueza, mas só tem “acesso” às perversas faces da “pobreza”. Duas temáticas emergem; (a) determinar o que é “pobreza”, e (b) quem são os “pobres”. Temáticas relevantes e polêmicas, mas que não serão aprofundadas neste texto¹¹.

Todavia, a questão que se coloca é que diante das situações de desigualdade e pobreza, as necessidades humanas não são devidamente atendidas. E, segundo Doyal e Gough (apud, PEREIRA, 2002), saúde é reconhecida como uma “necessidade humana básica”. Os autores afirmam que: “... todos os seres humanos, em todos os tempos, em todos os lugares e em todas as culturas, têm necessidades humanas básicas comuns”, sendo que o não atendimento dessas pode gerar “sérios prejuízos” – riscos à possibilidade objetiva dos seres humanos de viver física e socialmente em condições de poder expressar a sua capacidade de participação ativa e crítica – à vida material dos homens e à atuação destes como sujeitos.

Objetivas e universais, as necessidades humanas básicas que devem ser atendidas concomitantemente são: saúde física e autonomia. A saúde é uma

¹⁰ Segundo Sabroza: A questão da desigualdade e da persistência da pobreza, apesar do contínuo desenvolvimento dos meios de produção, passou a dominar o debate político no campo da saúde pública, influenciando também a produção acadêmica e levando à proposta de ações específicas para atender os excluídos. O ciclo vicioso da doença e da pobreza foi uma metáfora que presidiu as discussões sobre saúde e desenvolvimento, nas décadas de quarenta a sessenta, colocando a questão da produtividade individual e reatualizando a antiga polêmica do século passado sobre qual seria a melhor estratégia para assegurar as desejadas transformações na qualidade de vida. Grupos de esquerda propunham a redução da pobreza através do desenvolvimento econômico e social, enquanto outros, de direita, identificavam apenas nas práticas científicas as possibilidades concretas de romper o ciclo vicioso, a partir do aumento da produtividade dos trabalhadores e do sistema social como um todo, depois da redução das doenças (SABROZA, 2011: 9).

¹¹ Em publicação da Revista Le Monde Diplomatique Brasil (Ano 4, nº 43, p. 3), informa-se que “um terço da população da América Latina vive com menos de dois dólares por dia. São 185 milhões de pessoas, o Brasil contribui com 49 milhões para esta soma”, 26% da população. Para aprofundar o estudo sobre o tema, sugerimos os seguintes textos: Vera Telles (Pobreza e cidadania: figurações da questão social no Brasil moderno, 2001); Anete Brito L. Ivo (A reconversão da questão social e a retórica da pobreza nos anos 1990, 2006); Maria Ozanira Silva e Silva (O debate sobre a pobreza: questões teórico-conceituais, 2002); Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.33 n.83 set./dez. Determinação Social da Saúde, 2003.

necessidade natural que “afeta todos os seres vivos”, sem esta – na devida proporção – o homem – um sujeito de relações – é impedido inclusive de viver. Entretanto, a forma de satisfazer tal necessidade tem relação com condições sociais determinadas em contextos sociais específicos (PEREIRA, 2002).

A saúde é reconhecida como um elemento importante nas relações sociais, intrinsecamente relacionado com as várias áreas que compõem a vida dos indivíduos em sociedade. É, portanto, resultado do processo social, sendo que sua efetivação ou ausência não é responsabilidade de uma política, área ou “sujeito político”, mas de toda a sociedade, refletindo assim essa mesma sociedade.

Com efeito, o conceito de saúde, desde 1948, deixou de ser limitado ao binômio “saúde-doença” como dois polos sem mediações. A partir da definição da Organização Mundial da Saúde, “saúde” é reconhecida como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Nesse conceito, está embutido o esforço de considerar os determinantes sociais como mediações para compreender “saúde e doença” como processo. As condições sociais de uma dada sociedade, nas diferentes esferas da vida social – trabalho, educação, condições de habitabilidade, cultura, lazer, saneamento básico, justiça social – determinam o processo “saúde e doença” da população.

Nessa perspectiva, o Brasil, ao elaborar o documento legal que regulamenta o Sistema Único de Saúde, em 1988, extrapolou a definição da Organização Mundial da Saúde, ao considerar saúde e doença como processos que têm imediata relação com fatores sociais¹².

Na verdade, os determinantes sociais¹³ do processo saúde e doença demonstram que o indivíduo - ser “biopsicossocial e espiritual” - não fragmenta suas demandas e necessidades – explícitas ou implícitas – não as recorta em conformidade com as políticas sociais. Antes, aponta por inteiro sua necessidade de “acesso integral à saúde”. Necessidade esta que resulta das precárias condições de

¹² O conceito será explorado no item seguinte deste texto.

¹³ Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2011). Há um importante debate teórico sobre o tema que pode ser aprofundado no site: <http://www.determinates.fiocruz.br>.

moradia e trabalho, da falta de informação e/ou conhecimento sobre enfermidades, condutas e procedimentos, e por que não, da falta de acesso à riqueza socialmente produzida. E nesse processo, esses usuários utilizam estratégias e esforços para atender a demanda “explícita” mais emergente, que cria sérios obstáculos para a realização de outras atividades: a falta de saúde, ou como comumente é reconhecida a “doença”.

Minayo (2010) reconhece a saúde como “um bem complexo compartilhado indistintamente por todos os segmentos e diversidades sociais”. O adjetivo “complexo” nos alerta para o fato de que “saúde” é resultado de processos, e, portanto, envolve outros determinantes. Nessa perspectiva, a autora pontua que, [...] para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, saúde e doença expressam, agora e sempre, no corpo e na mente, particularidades biológicas, sociais e ambientais vividas subjetivamente, na peculiar totalidade existencial do indivíduo ou dos grupos [...] (MINAYO, 2010: 30).

Os estudos científicos e as representações simbólicas do senso comum creditam à saúde um papel importante na produção e reprodução da vida social. Reconhecida como “ausência de doença”, “uma necessidade básica”, ou ainda, como um “bem complexo”, é fato que as condições objetivas de produção e reprodução da vida social, constituem-se no chão comum onde o processo “saúde e doença” ganha concretude na “vida” da humanidade.

Mas a saúde – nas suas diversas faces – também vai constituir-se em um profícuo campo de estudo e pesquisas no âmbito das ciências sociais como demonstram os trabalhos de Nunes (2006); Marsiglia (2003); Cohn (2006); Minayo (2010); e Paim (2011).

Ao discutir a “sociologia da saúde”, enquanto um campo específico da sociologia, Nunes (2006) destaca a necessidade de recuperar as “principais perspectivas sociológicas”, pois neste processo será possível identificar que a saúde não se configurou como uma “temática” relevante para os primeiros sociólogos.

Os clássicos da sociologia, embora se dedicassem aos problemas sociais, incluindo os que afetavam a vida das pessoas, famílias, grupos e populações, não privilegiaram a doença e a medicina como temas centrais em suas análises. Como veremos, a sistematização destas preocupações rumo a

uma disciplina específica aparece nas primeiras décadas do século XX, mas se efetivam após a segunda grande guerra (1939-1945), em especial nos Estados Unidos. (NUNES, 2006: 23-24)

A análise do autor seguirá uma linha cronológica – da década de 1950 à de 1990 – destacando a transformação da “sociologia médica” em “sociologia da saúde”; a predominância das produções internacionais que desenham as linhas de pesquisa e produção. Nas décadas de 1950 e 1960, a perspectiva de analisar o “comportamento na doença enfatizando as diferenças culturais na interpretação dos sintomas, atribuições de causa e busca de ajuda, muitas vezes sintetizados em modelos...”, marcou os trabalhos. Entretanto, no final da década de 1960, ocorreram mudanças nas abordagens da sociologia médica abrangendo as análises para novas realidades (NUNES, 2006).

Mudanças que encontraram no contexto político, econômico e social da década de 1970 um fértil terreno para a produção de novos trabalhos em que a organização dos serviços de saúde, os problemas com as doenças crônicas e o acesso aos serviços ganharam espaço nos trabalhos dos “interacionistas” e “marxistas” (NUNES, 2006). Nas décadas de 1980 e 1990, houve um evidente crescimento da sociologia médica, com forte presença norte-americana. Entretanto, este crescimento apresenta suas fragilidades, como a de provocar a falta de perspectivas teóricas, para abordar os problemas organizacionais da saúde.

No cenário brasileiro, a sociologia, a antropologia, a ciência política e a história (ciências sociais em saúde) conseguiram em três décadas estabelecer-se como área de conhecimento e docência. Ainda que haja registro de produções que datam da década de 1930 (o médico Josué de Castro realizou em 1933 “Inquérito sobre as Condições de Vida das Classes Operárias do Recife”, Oracy Nogueira publicou em 1950 o primeiro texto sociológico sobre a doença; e em 1960 Gilberto Freire tratou a sociologia da medicina), assim como em outros países, também no Brasil, a medicina e a saúde não se constituíram como temas específicos dos clássicos da sociologia. No final dos anos 1960 e início dos anos 1970, houve maior interesse das ciências sociais pela saúde em razão de alguns fatores, dentre eles, a crítica aos modelos explicativos presentes na educação médica na América Latina.

A produção com perspectivas sociológicas foi resultado dos cursos de pós-

graduação, com destaque para as produções pautadas na tradição marxista e funcionalista. E, na década de 1980, a realização de importantes eventos e a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) – forneceram um terreno fértil para as pesquisas e produções sociológicas. Houve também outros fatores, como o crescimento do campo de trabalho, a melhora das condições de vida da população. São aspectos positivos que, porém, não minimizam as questões de violência na sociedade brasileira, que por sua vez, colocam importantes demandas para a área da saúde. Ainda é recorrente a preocupação com a profissão médica, com as metodologias de pesquisa e com a socialização das produções. Neste último caso, “coletâneas” constituíram-se em uma importante estratégia de publicação. A década de 1990 foi marcada pelo pluralismo teórico e o aprimoramento dos estudos qualitativos em uma perspectiva interdisciplinar.

Sem minimizar a relevância da análise apresentada pelo sociólogo, é de se considerar que as transformações na área da medicina e saúde refletem as transformações da própria sociedade, sobretudo quando detemos nossa análise sobre a realidade brasileira nos anos 1970 e 1980. Décadas marcadas pela luta e participação dos movimentos sociais em conjunto com os profissionais da área marcaram os eventos da época e as propostas políticas. A consideração dos aspectos políticos, econômicos e sociais possibilita analisar a área da saúde como um campo de produção de conhecimento, influenciado por projetos societários em disputas.

Analisando a produção acadêmica, no âmbito das ciências sociais que consideram a saúde como objeto de pesquisa, Marsiglia (2003) apresentou um panorama local – a partir de quatro instituições de ensino superior em São Paulo – no período de 1990 a 2001, um total de 258 dissertações e teses, sendo 65% dissertações de mestrado.

De acordo com a autora, há pouca preocupação em formar cientistas sociais para a área da saúde e tem-se a impressão de que não há muito interesse pelos alunos dos cursos de ciências sociais pela temática da saúde. O artigo pretende mostrar “o outro lado”, ou seja, de que modo os alunos estão pesquisando a área da saúde nos cursos de pós-graduação em ciências sociais. Foram identificadas onze áreas do conhecimento: administração, psicologia social, serviço

social¹⁴, sociologia, história, economia, direito, educação, antropologia, política e geografia. As temáticas mais estudadas são: políticas, instituição e gestão de serviços (neste último caso a FGV se destaca); formação de recursos humanos; processos saúde/doença; movimentos sociais; e temas emergentes.

Além do levantamento nos bancos de dados, a pesquisa apresenta o relato de orientadores de ciências sociais e humanas. Segundo os entrevistados, em muitos casos os alunos que queriam pesquisar sobre saúde eram profissionais da área, mas vinha crescendo, em algumas instituições, o número de alunos das ciências sociais que desejariam pesquisar sobre o tema. Destaque-se a dificuldade, por parte dos pesquisadores das áreas de ciências sociais e humanas, para socializar suas produções e apresentá-las em eventos de saúde coletiva.

Cohn (2006) abordou especificamente o estudo das “políticas de saúde” na área da Saúde Coletiva que, para a autora, constituiu-se em um campo onde se conjugam “conhecimento e prática”:

[...] as políticas de saúde consistem num campo de conhecimento da área das ciências humanas, e que como tal estabelece um outro padrão de relação entre o sujeito e o objeto do conhecimento que não aquele próprio das áreas das ciências biológicas e exatas; mas que, apesar disso, ao contrário do que o senso comum interpreta, não deixa de se caracterizar como um conhecimento igualmente científico, vale dizer, como a produção de um conhecimento que busca estabelecer relações entre fenômenos criteriosamente coletados e selecionados (CONH, 2006: 232).

A autora destaca a existência de duas vertentes de análises: (a) as que versam sobre a organização dos serviços e dos sistemas de saúde; e (b) as que

¹⁴ Em 01/11/2011 localizamos 13 trabalhos apresentados ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, entre os anos de 2009 a 2010, já publicados na Biblioteca Nadir Gouvêa Kfourri da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, que de alguma forma indicavam no título a relação com a saúde. A distribuição dos trabalhos por ano é a seguinte: 5 em 2009; 4 em 2010; e 4 em 2011, sendo 6 dissertações e 7 teses. As orientadoras foram: Regina Maria Giffoni Marsiglia (quatro teses); Maria Lucia Barroco (uma dissertação e uma tese); Marta Silva Campos (duas dissertações); Maria Lucia Carvalho da Silva (uma dissertação); Úrsula M. Karsch (duas dissertações); Maria Carmelita Yazbek (uma tese); Maria Lúcia Martinelli (uma dissertação). Sete trabalhos realizaram a discussão do Sistema Único de Saúde (5 teses e 2 dissertações) e 6 não realizaram nenhuma discussão sobre o Sistema Único de Saúde (2 teses e 4 dissertações). Nenhum trabalho abordou especificamente o Sistema Único de Saúde, mas abordaram: As Estratégias de Saúde da Família, HIV AIDS, Aborto, Esterilização Feminina, Morte, AMA, Saúde Mental, Controle Social e Determinantes Sociais. Acesso em 01/11/2011. Site: http://lumen.pucsp.br/F/?func=find-b-0&local_base=bnkg

procuram identificar e aferir a equidade do acesso aos serviços de saúde e atendimento das necessidades dos indivíduos.

No caso brasileiro, de acordo com documentos legais, a proposta é aferir a concretização da máxima legal: “saúde como um direito de todos e um dever do Estado”, sem desconsiderar ainda que o estudo das políticas de saúde exige a análise das diferentes variáveis que desenham as sociedades, em que,

[...] os interesse das diferentes formas de organização e de obtenção de lucro das diferentes instituições e complexos hospitalares como esses interesses se articulam com a indústria de produtos farmacêuticos e hospitalares, como se articulam com o sistema público estatal de saúde [...] (COHN, 2006: 233).

A partir dessa base, o texto apresentou uma análise mais profunda da política de saúde em uma perspectiva sociológica, destacando o papel do Estado, mercado e sociedade, bem como princípios e diretrizes que marcam os modelos de saúde, com destaque para o caso brasileiro.

Na obra de Minayo (2010), encontramos reflexões que abordam a problemática da saúde como um campo de pesquisa das ciências sociais, com ênfase na dimensão metodológica, problematizando e fornecendo elementos para a discussão da “pesquisa qualitativa” na área da saúde.

Com relação às ciências sociais, a autora considera que possuem algumas características distintivas, tais como: (a) o fato de o seu objeto ser histórico; (b) de o pesquisador ser autor e fruto do seu tempo; (c) da identidade entre sujeito e objeto de estudo; e (d) seu caráter ideológico. Afirma que o “o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo” (MINAYIO, 2010), pois emerge da realidade social. O que não anula a importância das abordagens quantitativas, sobretudo na área da saúde,

Por exemplo, quando se fala de Saúde ou Doença, observa-se que essas duas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico, embora os estudos de ordem quantitativa apresentem um quadro de magnitude e de tendências que as abordagens históricas e socioantropológicas não informam (MINAYO, 2010: 43).

A autora pontua a existência de três modelos de explicação das doenças: (a) organicista, (b) social e (c) ecossistêmico, que procuram relacionar epidemiologia e ciências sociais.

O primeiro aborda a saúde e a doença de forma independente e hoje se expressa “nas áreas mais avançadas das pesquisas básicas e aplicadas da genética, que prometem a utopia da ‘saúde perfeita’”, desconsiderando os processos sociais. O segundo modelo articula saúde, doença e condições de vida, e hoje está em declínio, “acompanhando a crise do marxismo na sociedade ocidental e no pensamento sociológico”. Tal declínio deve-se ao politicismo e à ausência de cientificidade, bem como à imprecisão na abordagem que ora assumia a “questão social como cenário da produção das doenças” e ora “como determinante”, caindo no mesmo erro da epidemiologia positivista, ou seja, “não considerar as questões da subjetividade e os processos microssociológicos do mundo da vida”. O terceiro modelo, em desenvolvimento, tem como base produções canadenses e se expressa na “denominada abordagem ecossistêmica”, encontrando fundamento nas teorias ecológicas e multicausais das enfermidades (MINAYO, 2010: 66-67).

A partir de Nunes (1985), a autora assinala a recente inserção dos cientistas sociais no campo da saúde – três décadas – com o predomínio de um viés funcionalista, com o objetivo de “administrar normas de comportamento saudáveis aos leigos”, e em um segundo momento, com a tarefa de realizar “análises aprofundadas das ‘variáveis sociais’” (MINAYO, 2010: 71-72).

As questões oriundas deste novo enfoque são discutidas pela autora e nos mostram a centralidade atribuída historicamente ao profissional médico e ao método positivista. Aspectos que são somados aos erros das produções pautadas no “modelo social” de produzir um “marxismo sem Marx”. Na medida em que partirem de Althusser a Gramsci, não inviabilizaram as produções qualitativas, mas colocam importantes desafios para aqueles que assumem a saúde como objeto de investigação.

A saúde, nas suas múltiplas dimensões, constitui-se objeto de atenção e investigação de diferentes setores da sociedade brasileira. Nessa perspectiva, desde 2000, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publica a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): “Acesso e Utilização de

Serviços de Saúde, 1998”, que tem por objetivo obter informações sobre “a morbidade percebida, o acesso a serviços de saúde, a cobertura por planos de saúde, a utilização dos serviços de saúde e os gastos com saúde”. Na verdade, o documento apresenta sempre um panorama da saúde no país, considerando os impactos após uma década da proposta legal do SUS.

Transcorridos cinco anos (2003), o IBGE novamente realizou um levantamento de informações sobre a saúde no país e publicou em 2005 o documento “Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, 2003”, que mantém os mesmos objetivos de 1998, mas incluiu informações sobre as mulheres de 25 anos ou mais de idade que realizaram exames preventivos, bem como excluiu as informações sobre gastos com saúde e cobertura.

Em 2010, o órgão publicou o terceiro documento intitulado: “Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008”. Sempre com uma diferença de cinco anos para a pesquisa de campo, mais dois para publicação, os trabalhos fornecem importantes elementos sobre a saúde da população do país com alterações que refletem as mudanças do sistema de saúde brasileiro. É certo que as bases conceituais para investigação merecem atenção.

Por exemplo, nos três documentos não há uma definição de “acesso”, e, nas tabelas, há a condensação de informações de gênero, faixa etária e “classes de rendimento”, o que nos permite identificar importantes diferenças na utilização dos serviços de saúde. Entretanto, se consideramos a saúde como resultado de processo, o que pressupõe a inerente comunicação com outras áreas e dimensões da vida, concluímos que faltam dados para inferir sobre o acesso e uso dos serviços, bem como, sobre as condições de vida e saúde da população brasileira.

Certamente essas lacunas não minimizam a relevância dos documentos, motivo pelo qual usaremos as informações no decorrer deste trabalho. Neste primeiro capítulo, destacamos as informações acerca das características de saúde da população a partir de três indicadores:

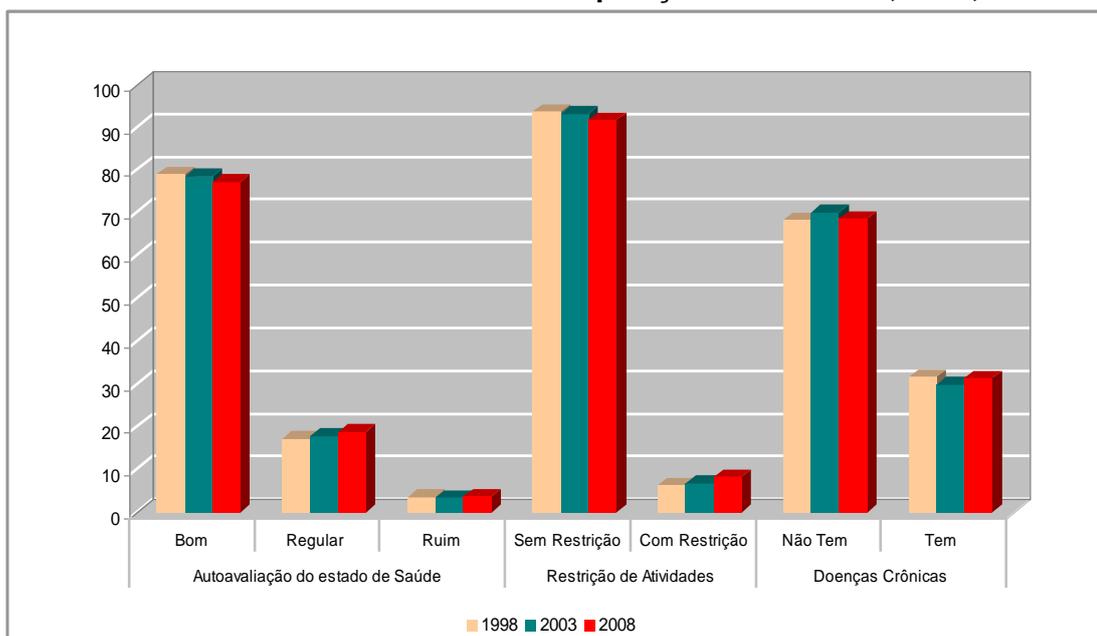
- Autoavaliação do estado de saúde: apresenta o ponto de vista do entrevistado, ou, no caso de criança pequena, do ponto de vista do

seu responsável, classificada em cinco graus: bom, muito bom, regular, ruim ou muito ruim.

- Restrição de atividades: entendeu-se por restrição das atividades habituais devido a problema temporário de saúde (inclusive parto e aborto), a ocorrência de algumas condições, que consideram a faixa etária e as atividades que a pessoa normalmente exerce: impossibilidade temporária de executar as tarefas ligadas à sua ocupação; impossibilidade temporária de ir à escola; mudança temporária em seu modo usual de ser, brincar, comer etc.; impossibilidade temporária de executar as tarefas domésticas; impossibilidade temporária de realizar determinadas atividades a que estava acostumada.
- Doença Crônica: entendeu-se como doença crônica aquela que acompanhava a pessoa por um longo período de tempo e que já tinha sido diagnosticada ou percebida pela pessoa, tais como: Doença de coluna ou Costas; Artrite ou Reumatismo; Câncer; Diabetes (ou Hiperglicemia); Bronquite ou Asma; Hipertensão; Doença do Coração; Doença Renal Crônica; Depressão; Tuberculose; Tendinite ou Tenossinovite; e Cirrose.

Os percentuais referem-se à população brasileira estimada de acordo com o Censo Demográfico produzido pelo IBGE: 1998 (158 milhões); 2003 (176 milhões); e, 2008 (189.953 milhões) e desenha um quadro interessante e otimista conforme demonstra o gráfico 1:

Gráfico 1: Característica da Saúde da População. Brasil: 1998, 2003, 2008.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, IBGE.

O índice de satisfação com o estado de saúde da população brasileira, de acordo com o documento, é “BOM”: 1998: 79,07%; 2003: 78,60%; e, 2008: 77,27%, mesmo ocorrendo um decréscimo.

É certo que há variações quando se consideram os indicadores de faixa etária, sexo, classe de rendimento e situação do domicílio (rural ou urbana), mostrando as especificidades e desigualdades do país.

Assim, trabalhamos as informações dos três documentos, sobretudo os indicadores “Classe de Rendimento Mensal /Familiar-Domiciliar” e “Faixa Etária”, pois estes sofreram alterações no documento de 2008, bem como para destacar os dados mais expressivos e sistematizamos na tabela 1.

Tabela 1: Índice de Satisfação com Estado de Saúde. Brasil: 1998, 2003, 2008.

INDICADORES	PERÍODO			
	1998 %	2003 %	2008 %	
Faixa Etária	Percentual mais alto (5 a 13 anos)	92,50	91,36	91,58
	Idoso (65 anos ou mais)	36,52	40,73	42,43
Sexo	Masculino	81,80	80,97	79,46
	Feminino	76,44	76,35	75,21
Situação do Domicílio	Urbano	79,66	79,25	78,21
	Rural	76,78	75,10	72,48
Classe de Rendimento Mensal / Familiar-Domiciliar*	Sem rendimento até 1 salário mínimo	74,55	74,16	74,87
	Mais de 5 salários mínimos	84,09	85,36	87,93

* A partir de 2008 incluíram-se outros graus para identificar o rendimento familiar - que passou a ser designado como domiciliar - inferiores a 1 salário mínimo.

Fonte: Tabela elaborada pela autora a partir de dados do IBGE; 1998, 2003 e 2008.

Nos três documentos, os números demonstram que a satisfação com a saúde é menor entre os mais velhos (36,52%; 40,73%; e, 42,43%), quando comparados com a faixa etária com maior índice de satisfação: crianças e adolescentes (92,50%; 91,36% e 91,58%). É interessante observar que o primeiro grupo etário apresentou uma crescente melhora nesse indicador, ao contrário do segundo grupo que apresentou uma diminuição no ano de 2003, mas em 2008 manteve o percentual.

Situação semelhante observa-se na comparação entre os indicadores de sexo. Os homens apresentam melhores índices, nos três anos (81,80%; 80,97%; e, 79,46%), mas os indicadores decresceram a cada ano. O mesmo ocorreu com o índice de satisfação feminino (76,44%; 76,35%; e, 75,21%).

A população urbana revelou-se mais satisfeita com o estado de saúde (79,66%; 79,25%; 78,21%), se comparada com a rural (76,78%; 75,10%; 72,48%). Também aqui há uma diminuição gradativa no índice de satisfação.

Entretanto, quando analisamos os indicadores de “classe de rendimento”, identificamos que, ao contrário dos demais, há uma aumento da satisfação com o estado de saúde entre os que ganham mais de 5 salários mínimos (84,09%; 85,36% e 87,93%) e uma permanência do índice de satisfação entre os que ganham até 1

salário mínimo (74,55%; 74,16%; e 74,87%). Comparando os dois grupos, o primeiro revela-se mais satisfeito que o segundo.

Procuramos neste item mostrar as múltiplas faces e dimensões da saúde, que ganham novas cores quando transportadas para o terreno do vivido, do cotidiano. Se as ciências sociais encontram na realidade social o seu objeto de estudo, é fato que o pesquisador encontrará neste cotidiano situações onde as pessoas mostram-se por inteiro. Apresentam sem reservas sua dor, sua revolta, seu desconhecimento e também sua esperança de que a saúde é sempre possível, a despeito da doença. São situações densas, repletas de vida, de dor e de morte. Ao pensar nas situações que vivenciamos, na qualidade de assistente social em um serviço de urgência e emergência, entendemos que,

Numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador, ele mesmo, é parte de sua observação (Lévi-Strauss, 1975: 215, apud, MINAYO, 2010: 41).

Um ponto é fato: o individual e o coletivo, o subjetivo e objetivo, o simbólico e o concreto alimentam e formam a área da saúde, pois esta materializa a luta pela vida. O desafio é comungar essas faces e dimensões com os modelos de saúde, especificamente com a trajetória e pactos do Sistema Único de Saúde.

1.2. Sistema Único de Saúde: modelo, trajetória, dilemas e pactos.

O SUS é um divisor de águas no âmbito da política de saúde brasileira. Um marco que após duas décadas continua em processo, dividindo a história da política de saúde no país em: antes e durante o SUS.

Dois momentos e muitas histórias desenhadas por diferentes e importantes atores sociais, mostrando que a defesa “intransigente” da saúde como direito não “surge” como proposta de um “grupo” que acreditava em um determinado “jeito de fazer saúde”, mas resulta de um movimento de mais de três décadas.

Trata-se de uma trajetória registrada em importantes trabalhos, como: Cohn e Elias (1996); Bravo (1996 e 2004); Sousa e Mendes (2003); Cohn (2006); Baptista (2011); e Paim (2011) entre outros, que abordam a saúde e o SUS a partir de

análises políticas, econômicas e sociais, fornecendo elementos para compreender a origem da “nefasta herança” que dificulta a realização das propostas inovadoras do sistema, tornando o SUS legal, um ideal em construção, em processo.

Na verdade, não podemos ignorar que as diferentes dimensões da saúde influenciam o modo como as sociedades explicam o processo “saúde-doença” e organizam os sistemas de saúde para atender as necessidades das pessoas. Sem desconsiderar que para construção dos modelos de atenção à saúde se faz necessário articular “o econômico e o social”, na perspectiva de transformar práticas pontuais de saúde em sistemas de saúde.

Os sistemas de saúde, compreendidos como “um conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações” integra serviços de saúde, mas também outros serviços da sociedade, como “mídia, escolas, financiadores, indústrias de equipamentos e de medicamentos, universidades, institutos de pesquisa”. Em outros termos, abrange a sociedade nas suas diversas áreas e são desenhados a partir do tipo de proteção social adotado pelo país.

Paim (2011) pontua três modelos e suas respectivas propostas, sendo: *seguridade social* (vinculado à condição de cidadania, financiado solidariamente por toda sociedade); *seguro social ou meritocrático* (controlados pelo Estado são garantidos para aqueles que contribuem para a previdência social); *assistência ou residual* (oferece algum atendimento para quem comprova situação de pobreza).

No Brasil, até a década de 1960, somente os trabalhadores com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência. Tratava-se de uma pequena parcela da população, mas por outro lado, essa área era a que recebia maior investimento governamental. Para a maior parte da população, restavam duas opções: ou comprar o serviço médico ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios.

No âmbito da organização dos serviços de saúde, prevalecia a segmentação em “mundos separados”: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e ainda as ações curativas e individuais integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência

médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2011: 31).

Contando com o incentivo governamental, há uma expansão da assistência médico-hospitalar, em detrimento da atenção à saúde pública. É nesse cenário que as condições de saúde da população ficam mais e mais precárias, como demonstra um estudo realizado – e censurado pelo governo militar – pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1975 que, conforme Paim descreve – o que o autor denomina de “não-sistema” – a partir de seis características: “insuficiente; mal distribuído; descoordenado; inadequado; ineficiente; ineficaz”. O autor acrescenta mais quatro: “autoritário, centralizado, corrupto e injusto” (2011: 38-39).

Nesse cenário, emergem da sociedade – população, estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde – ações e propostas exigindo uma nova concepção de saúde e um novo arranjo para os serviços de saúde. A expressão máxima desta quadra da história será o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a proposta do Sistema Único de Saúde, permitindo que hoje possamos comemorar – e analisar – três décadas do SUS. Em termos legais, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 constitui-se em um marco desse período, sendo que o “relatório final do evento inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição, desdobrando-se, posteriormente, nas leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram a implantação do SUS” (PAIM, 2011: 40).

De fato, a base legal para a construção do SUS é a Constituição Federal de 1988; neste documento a saúde que até então era tratada de forma superficial e arbitrária, passa a compor o tripé da Seguridade Social:

Art. 194 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. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

A saúde deixa de ser um “benefício” vinculado à inserção ao mercado de trabalho, ou uma “caridade” prestada pelos serviços religiosos e torna-se um “direito” a ser garantido pelo “Estado”,

Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do estado,

garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

O texto expressa a complementaridade e intersectorialidade das políticas – sociais e econômicas – não restringindo a saúde ao âmbito de uma “única” política e/ou área. Abrange as situações que afetam a saúde e os tipos de serviços, garantindo o acesso igualitário e universal a eles. Nesse sentido, o *acesso universal* significa que todos os brasileiros poderiam alcançar “uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade, seja legal, econômica, física ou cultural” (PAIM, 2011: 45).

O autor apresenta também uma reflexão sobre a “igualdade”, tendo em vista que as “desigualdades” estão presentes na sociedade brasileira, e nivelar o atendimento “de modo igual” para todos poderia anular as necessidades daqueles que não têm “acesso” aos serviços de saúde e, assim, manter a desigualdade. Por esse motivo, emerge a importância do conceito de “equidade”, que significa a “possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a igualdade” (PAIM, 2011: 45).

O detalhamento das diretrizes e as modalidades operacionais previstas para o Sistema Único de Saúde (SUS) foram regulamentados por meio de dois documentos legais: Lei Orgânica de Saúde – LOS nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (SUS) (dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde), garantindo a participação da sociedade por meio da regulamentação das Conferências (I) e dos Conselhos de Saúde (II), nas diferentes esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal). No primeiro parágrafo do 1º Artigo, constam as competências e periodicidade das Conferências¹⁵

¹⁵ A partir da VIII CNS, marco para saúde, até o momento foram realizadas as seguintes conferências: **IX, 1992** (O tema central desta conferência foi a municipalização. As resoluções desta CNS foram registradas no documento: Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – A Ousadia

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Na LOS, a saúde deixa de ser compreendida apenas como a ausência de doenças e passa a ser reconhecida como resultado de processo, das condições de produção e reprodução social. Extrapola os limites clínicos e ganha espaço na luta por melhores condições de vida,

Art. 3. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (LOS, 1990)

Nessa perspectiva, a saúde é reconhecida como um elemento imprescindível nas relações sociais, intrinsecamente relacionado com as várias áreas que compõem a vida dos indivíduos em sociedade, por conseguinte, sua efetivação ou ausência não é responsabilidade de uma política, área ou “sujeito político”, mas de toda a sociedade.

Toda a rede pública de serviços de saúde, antes dividida nas áreas da saúde e previdência e por entes federados – município, estado e união – formam o SUS.

Art. 4. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS. (LOS, 1990)

de Cumprir e fazer cumprir a lei.) ; **X, 1996** (A Conferência teve a direção do Professor Dr. Adib Jatene como Ministro da Saúde, e foi precedida por 27 Conferências Estaduais e mais de 3 mil Conferências Municipais, sendo 1.260 delegados provenientes das Conferências Estaduais); **XI, 2000** (Realizada no segundo governo de Fernando Henrique Cardoso, o relatório final do encontro reflete o momento de crise da sociedade, com o seguinte título: "efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social"); **XII, 2003** (Realizada por meio de convocação extraordinária. Teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo); **XIII, 2007** (Tema central foi: "Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento"); e, **XIV, 2011** (Tema: "Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro").

A rede particular de serviços de saúde poderá fazer parte do sistema de “em caráter complementar” (LOS, 1990), a LOS é abrangente e regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde.

Considerando as três diretrizes norteadoras da Constituição Federal, o SUS pauta-se nos seguintes princípios:

Art. 7º I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (LOS, 1990)

A “universalidade de acesso” configura-se como o primeiro princípio, supondo o acesso à saúde para todos, em todos os níveis de assistência. Prevalece aqui a concepção contida na Constituição Federal. O segundo princípio diz respeito à integralidade na assistência, esta entendida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (PAIM, 2011: 56). O direito do cidadão de obter informação sobre os serviços e ações disponíveis na área da saúde e de ter respeitada sua liberdade individual está garantido no princípio terceiro. Mesmo em situações graves – como de epidemias –

deve ser garantido o direito à informação e respeito às especificidades das populações. Tratando-se de um país com dimensões continentais, com expressiva diversidade cultural, tal princípio constituiu-se como um grande avanço democrático.

O cumprimento das diretrizes e princípios é de responsabilidade das três esferas de governo – união, estados e municípios – e diante do contexto político, econômico e social – brasileiro e mundial nos anos 1990 – a implantação, elaboração e implantação do SUS não atendeu plenamente aos anseios dos seus idealizadores.

Afinal, estamos falando de tempos “neoliberais”, em que a “universalização do acesso” não converge com a proposta de um “Estado mínimo para o social”. No bojo desse processo, as discussões sobre descentralização – com a fixação das direções pelas esferas do governo – e financiamento – recursos para garantir atendimento integral que compatibilize as atividades preventivas e as assistenciais – ganharam destaque, em detrimento de debates, por exemplo, que abordassem o artigo 8º da LOS:

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (LOS, 1990).

No artigo constam as três características do modelo de atenção à saúde: regionalização, hierarquização e níveis de complexidade que, articuladas, propõem garantir a universalização do acesso à saúde. Em termos práticos, significa que:

[...] quando recebido pelo sistema de saúde, o cidadão será encaminhado para um serviço de saúde de referência daquela região. O acesso à população ocorre preferencialmente pela rede básica de saúde (atenção básica), e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados, que podem ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda do município. (PAIM, 2011:59)

Quando o autor faz referência ao “sistema de saúde”, é necessário resgatar o conceito de sistema, porque “sistema” é um termo amplo e compreende um complexo de serviços sociais no âmbito de diferentes políticas – saúde, assistência

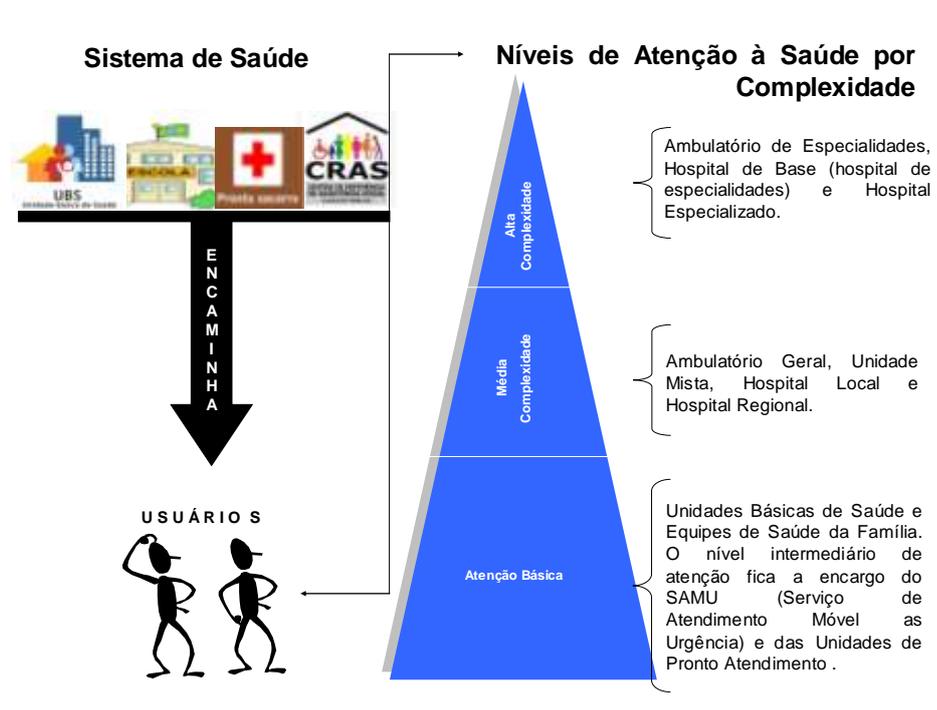
social, educação etc – extrapolando os serviços de saúde¹⁶.

Nessa perspectiva, o sistema deve encaminhar os usuários para serviços de saúde “regionalizados e referenciados”, que existam na região de moradia do usuário e ofereçam o atendimento necessário. Paim (2011) faz referência ao fluxo mais comum de busca e atendimento. Outro ponto diz respeito à hierarquização da rede de serviços que deve ser vista como uma estratégia para disponibilizar de forma mais racional e organizada o maior número de atendimentos para o maior número de pessoas.

Considerando que há municípios brasileiros que não têm condições de oferecer atendimento nos três níveis de complexidade, tal estratégia é necessária para corrigir distorções de acesso. No quadro 1, procuramos exemplificar o fluxo proposto e discutido por Paim (2011: 59-61).

¹⁶ Os estabelecimentos assistenciais que compõem a rede de serviços de saúde – públicos e privados são: **postos de saúde**: prestam assistência à saúde de determinada população valendo-se de procedimentos mais simplificados. Atuam no nível da atenção primária; **centro de saúde**: estabelecimento mais complexo que o posto, contando com assistência médica com pequena incorporação de tecnologia e dispendo continuamente de profissionais de nível universitário. Atuam nos níveis de atenção primária e secundária, e na modalidade ambulatorial; **unidade mista**: é um tipo de estabelecimento que desenvolve todas as ações características do centro de saúde, ao qual acoplam-se leitos para internações nas áreas de pediatria, obstetrícia, clínica médica, cirurgia e de emergências, apresenta um grau maior de incorporação tecnológica e dispõe de recursos humanos com maior qualificação. Atuam na atenção secundária, modalidade ambulatorial e hospitalar geral; **policlínica ou posto de assistência médica**: tipo de serviço que apresenta atendimento ambulatorial especializado. Atuam no nível de atenção secundária, na modalidade ambulatorial; **pronto-socorro**: estabelecimentos com atendimento contínuo para as situações de urgência e emergência médica e/ou odontológica. Alguns deles apresentam leitos destinados à observação e/ou à acomodação daqueles que aguardam remoção hospitalar. Atuam na atenção secundária e terciária; **hospital**: estabelecimento voltado principalmente para a assistência médica em regime de internação, funcionando dia e noite, apresentando graus variáveis de incorporação de tecnologia e dispendo de médico e pessoal de enfermagem em regime permanente de atendimento. Podem ser classificados segundo o porte apresentado (pequeno, médio e grande) e o grau de incorporação tecnológica que exibem (pequeno, moderado, e grande), sendo que alguns deles são voltados exclusivamente para o estabelecimento mais especializado. Atuam nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde (COHN e ELIAS, 1996: 76-77).

Quadro 1: Sistema de Saúde e Fluxo de Atendimento ao SUS.



Fonte: Quadro elaborado pela autora.

Os serviços da rede de ensino, assistência social, cultura, lazer e outros, podem e devem encaminhar os usuários para os serviços de saúde, diante de situações pertinentes.

Efetivamente tais situações ocorrem com as especificidades da dinâmica cotidiana de cada serviço. Em outros termos, a rede de ensino encaminha, sobretudo, adolescentes que passam mal durante a aula, sofrem acidentes na prática de esportes, ou até mesmo se envolvem em brigas com os colegas. Já as intervenções dos serviços de assistência social ocorrem quando há necessidade de transporte – Kombi ou Ambulância – para viabilizar o atendimento médico de algum usuário; quando há usuários em situação de rua que necessitam de atendimento médico, ou idoso institucionalizado com demandas clínicas.

Em todas as situações – comumente – um profissional do serviço acompanha o usuário, e, se não há internação, mas há necessidade de atendimento – nos outros níveis – o médico fornece um encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde¹⁷.

Ainda há situações em que outros serviços de saúde – Unidade Básica de

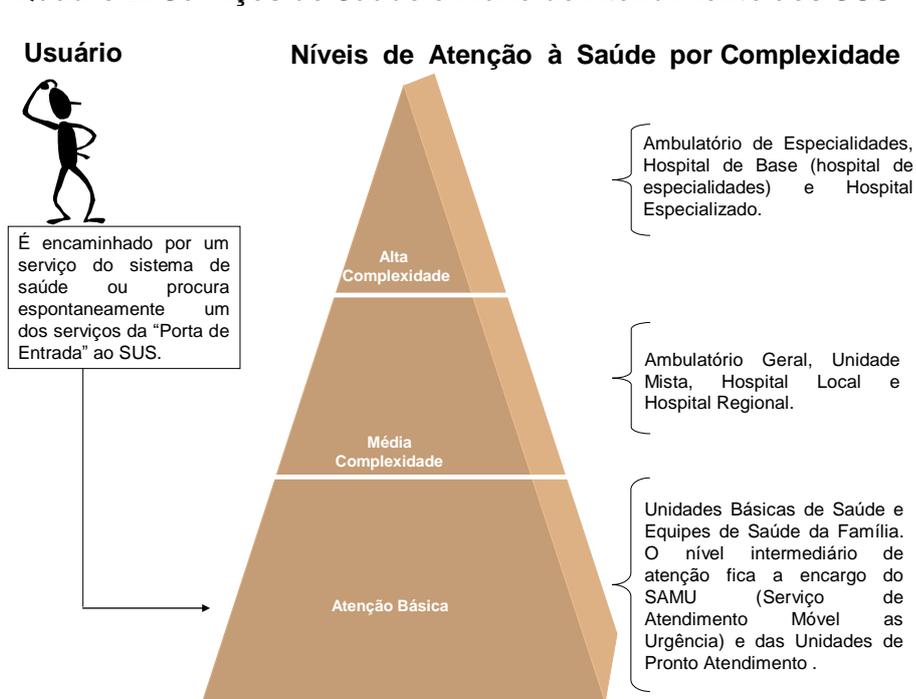
¹⁷ No Capítulo II apresentamos o Sistema de Saúde de Barueri.

Saúde, Ambulatório de Especialidades, Serviços de Saúde Mental – encaminham usuários para o atendimento de urgência e emergência.

Assim, mesmo nesta visão “ampla” de sistema, há uma “porta de entrada” regulada pelo primeiro nível de atendimento: a Atenção Básica, ou em outros termos, as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Prontos Atendimentos encaminham para os outros níveis/serviços.

Na perspectiva mais restrita dos “serviços de saúde”, é possível apresentar o seguinte quadro 2:

Quadro 2: Serviços de Saúde e Fluxo de Atendimento aos SUS.



Fonte: Quadro elaborado pela autora.

No quadro 2, exemplificamos as situações em que o usuário procura o serviço espontaneamente e isso ocorre pela porta de entrada do sistema: Atenção Básica. É fato que há alguns serviços – sobretudo os Hospitais-Escola – que realizam triagem em ambulatórios para atendimento de algumas situações. Mas em alguns desses serviços, existe a necessidade de relatório médico com indicação de atendimento. Ou seja, o usuário não tem uma “porta imediatamente aberta” nos outros níveis. Trata-se de uma característica do modelo de atenção à saúde que

exige um aprofundamento para identificar suas especificidades¹⁸.

O primeiro nível é denominado no Brasil de Atenção Básica à Saúde (ABS), mas em outros países o termo utilizado é “Atenção Primária”. Este nível de atenção tem sido alvo de reflexões e estudos, motivados por certa imprecisão sobre suas possibilidades. É caracterizado – segundo a cartilha “O SUS de A a Z: *garantindo saúde nos municípios*” (Ministério da Saúde, 2009) - por:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas à populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (MS, 2009)

¹⁸ As Normas Operacionais Básicas (NOBs), são documentos que definem as estratégias para garantir a implantação do SUS. Até o momento foram publicadas quatro NOBs – 1991, 1992, 1993 e 1996 – e duas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas) (2001 e 2002). A **Norma Operacional Básica (NOB) de 1991** e a **Norma Operacional Básica de 1992**, bastante parecidas, inauguraram a prática de associar o repasse de recursos e a transferência de poderes sobre unidades assistenciais, principalmente do ex-INAMPS, a requisitos relacionados à estruturação institucional das secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir da **Norma Operacional Básica de 1993**, editada pela Portaria MS no 545, de 20 de maio de 1993, houve um favorecimento da relação direta entre os níveis federal e municipal, que marcou o avanço da municipalização, bem como um maior envolvimento dos secretários municipais no direcionamento da política de saúde. Durante a vigência da NOB/1993, foi ocorrendo a estruturação das Secretarias de Saúde e a inclusão de novos protagonistas (gestores estaduais e municipais e conselheiros) na definição das políticas de saúde. Assim é que o processo de negociação e formulação da **Norma Operacional Básica de 1996 (NOB no 1/1996)**, editada pela Portaria no 2.202, de 5 de novembro de 1996, demorou aproximadamente um ano e envolveu numerosas discussões no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT, além dos seminários promovidos pelo CONASS e pelo Conasems. Apesar das modificações que conferiram à NOB no 1/1996 uma feição mais ajustada à conjuntura política do MS, muitos dos seus objetivos iniciais foram contemplados. As duas normas operacionais subsequentes, as **Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas) de 2001 e de 2002**, enfatizaram as questões relacionadas à melhoria das condições de acesso aos serviços assistenciais, pela implantação de novos padrões para a regionalização funcional das redes de serviços e definição mais objetiva de estruturas para regulação do acesso. Mantiveram, contudo, os mecanismos de alocação de recursos, mas mudaram os critérios para habilitação dos municípios, vinculando-os à estruturação das microrregiões de saúde em que estivessem inseridos. (IPEA, 2009)

Com efeito, há certa expectativa sobre a capacidade resolutive desse nível de atenção. Não se trata de especulação infundada, mas de estudos que demonstram suas possibilidades: mais de 80% das demandas de saúde da população seriam “resolvidas” nesse nível, resultando em mais saúde para a população com menor gasto. Esta conclusão encontra respaldo, sobretudo, no importante trabalho de Starfield (2002) “*Atenção Primária: Equilíbrio Entre Necessidades e Saúde, Serviços e Tecnologias*”, onde a autora pesquisa e compara doze países industrializados, tomando como objeto de estudo a Atenção Primária (CAMPOS *et al.*, 2008).

Para que a ABS desempenhe o papel de ser a “principal” porta de entrada ao sistema de saúde, de acordo com Campos *et al.* (2008), é necessário atentar para quatro diretrizes:

Acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade: os pacientes precisam ser acolhidos no momento em que demandam. Sem isso a ABS nunca se constituirá em verdadeira porta do sistema. (CAMPOS *et al.*, 2008: 137-138)

Para acolher “efetivamente”, se faz necessário investir na equipe, no serviço e na proposta de atuação com a perspectiva da “máxima resolubilidade”.

Clínica ampliada e compartilhada: [...] Contrário ao que se costuma pensar, há grande complexidade nas intervenções na rede básica. O complexo se define em número de variáveis envolvidas em um dado processo, sendo nesse sentido necessário intervir na dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, mas será também necessário encarar os riscos subjetivos e sociais. Essas dimensões estarão presentes em qualquer trabalho em saúde, no entanto, na rede básica atingem expressão maior, sendo necessário não somente considerar esses aspectos no momento do diagnóstico, mas também lograr ações que incidam sobre essas três diferentes dimensões. (CAMPOS *et al.*, 2008: 138)

Na ABS, a proximidade com a realidade local dos usuários, a dinâmica do cotidiano institucional desenham o solo complexo onde a participação da população – de modo individual e coletivo – interfere na construção da metodologia de trabalho.

Saúde Coletiva: ainda será necessário que a rede básica realize procedimentos de cunho preventivo de promoção à saúde no seu território. (CAMPOS *et al.*, 2008: 139)

Como terceira diretriz, os autores apontam as ações que extrapolam os serviços de saúde e exigem a proximidade das equipes com o território na identificação e atendimento de pessoas com doenças, nas campanhas e ações educativas, nos projetos e ações intersetoriais. Nesse sentido, fica explícita a tarefa de promoção e prevenção.

Participação na gestão (co-gestão): uma das conquistas da Reforma Sanitária, que trouxe um diferencial democrático na organização dos serviços de saúde, refere-se à institucionalização de mecanismos que permitem a participação e o controle social. Esses mecanismos devem aparecer tanto nas ações de co-gestão dos serviços de saúde como nas próprias organizações locais de moradores quanto na forma/metodologia de implantação dos serviços em determinado território. (CAMPOS *et al.*, 2008: 139)

Considerando a proposta da “clínica ampliada” e das ações de “Saúde Coletiva”, reconhecer a relevância da participação popular neste processo é construir os pilares de um diálogo entre as políticas e os usuários, tendo como ponto de partida sua realidade, viabilizando que comunidade e equipe possam fazer das exceções pontos de discussão e melhoria na dinâmica do trabalho.

Os autores recorrem a Starfield (2002) para destacar outras quatro características da ABS:

[...] a **acessibilidade** (daí a possibilidade de se constituir em importante porta de entrada do sistema); a **continuidade ou longitudinalidade** (característica que modula fortemente as possibilidades da prática clínica); **integralidade** (responsabilidade por todos os problemas de saúde da população adscrita) e a **coordenação** (capacidade de responsabilizar-se pelo sujeito, mesmo quando partilha o cuidado com outros serviços especializados do sistema). (CAMPOS *et al.*, 2008: 142)

No cenário brasileiro, a partir da década 1990, a ABS ganhou nova perspectiva e importância com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, pelo Ministério da Saúde e transformado em 2006 em Estratégia de Saúde da

Família (ESF)¹⁹, pela Portaria 648/GM. A partir de então, a ESF tornou a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no país e tendo como responsabilidades:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população; III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e V - ser um espaço de construção de cidadania. (MS, 2006)

A proposta tem como referência experiências internacionais, mas se distingue pelo trabalho multidisciplinar e a inserção do agente comunitário de saúde nas equipes.

Teixeira (2006) faz uma retrospectiva crítica do PSF, ao lembrar que o programa surge sem a perspectiva de diálogo, para um público específico e com objetivos limitados:

O mais interessante e, sem dúvida, mais relevante, politicamente, é que a Saúde da Família, formulada enquanto um programa “vertical” a ser implantado nas regiões Norte e Nordeste do país, onde se colocava a necessidade de

¹⁹ As ESFs, compostas no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), por meio de uma atuação sistemática, focada na comunidade, em ações de prevenção e promoção da saúde, são responsáveis pela análise, pelo acompanhamento e pela busca de solução para os problemas de saúde da população sob sua responsabilidade. Algumas ações necessárias para promover, prevenir ou resolver os problemas de saúde da população seriam realizadas pelos próprios profissionais de Saúde da Família, focados naquilo que é passível de solução pela atenção básica. Contudo, sempre que necessário, é realizado encaminhamento para atendimento por profissionais cujas especialidades estão fora do âmbito de atuação da atenção básica – processo conhecido como referência. Os outros níveis de atenção devem receber as pessoas encaminhadas pela atenção básica, por meio das ESFs, e realizar todas as ações necessárias para garantir o adequado e oportuno atendimento às necessidades de saúde. Cabe aos profissionais dos outros níveis informarem às ESFs sobre como andam as pessoas que foram encaminhadas por elas e garantirem o seu retorno para darem continuidade ao acompanhamento na atenção básica – o chamado processo de contrarreferência. A unidade física de referência das ESFs são as UBS, que podem funcionar como unidades de atenção básica tradicionais, sem contar, em sua equipe, com ESF, ou de forma mista, uma parte da população de referência coberta pela ESF e outra não. (IPEA, 2011: 95)

interromper ou redefinir o ritmo de expansão da epidemia de cólera no início dos anos 90, foi reapropriada e redefinida, por um conjunto heterogêneo de atores políticos, ao nível estadual e posteriormente federal, que viram no PACS e em seu sucedâneo o PSF, uma oportunidade histórica de promover a mudança do modelo de atenção à saúde em larga escala. (TEIXEIRA, 2006: 41)

No decorrer dos anos, a ESF vem apresentando expressivo crescimento no território nacional ocupando importante lugar nas ações governamentais, e transformando-se em “modelo de atenção básica para todo o país e ordenadora das redes de atenção à saúde”. Esta responsabilidade está formalizada na Política Nacional de Atenção Básica, criada pelo Ministério da Saúde em março de 2006, Portaria n° 648, que tem os fundamentos da Atenção Básica, quais sejam:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e VI - estimular a participação popular e o controle social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

O saldo de mais de uma década de reestruturação da ABS está registrado em documentos oficiais, inúmeras produções, e no site do “*Departamento de Atenção Básica*” do Ministério da Saúde²⁰, onde identificamos os respectivos números relativos ao ano de 2009²¹:

²⁰ É possível acessar o site: <http://dab.saude.gov.br> e identificar outras informações.

²¹ Fonte: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>. Acesso em 01/02/2012.

- **Equipes de Saúde da Família:** 30.328 Equipes de Saúde da Família implantadas; 5.251 municípios; 50,7% população brasileira coberta (cerca de 96,1 milhões de pessoas).
- **Equipes de Saúde Bucal:** 18.982 Equipes de Saúde Bucal implantadas; 4.717 municípios.
- **Agentes Comunitários de Saúde:** 234.767 Agentes Comunitários de Saúde; 5.349 municípios; 60,9% população brasileira coberta (cerca de 115,4 milhões de pessoas).

Entre a vasta produção que propõe uma análise qualitativa sobre o universo quantitativo do PSF, destacamos o livro “Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias”. Organizado por Amélia Cohn, essa obra traz sete textos, produzidos por importantes pesquisadores e estudiosos da área, que procuram analisar de maneira crítica a proposta de Saúde da Família.

Conforme Cohn (2009: 9-11), as produções destacam-se por trazer para o debate uma análise inusitada sobre o programa, uma vez que “são poucos – muito raros, ou quase inexistentes – os estudos de natureza crítica, que buscam onde estão os principais estrangulamentos para o pleno desenvolvimento do PSF”. Na verdade, os estudos tendem a partir de dados oficiais, sempre otimistas, sendo “raras as análises que diferenciam “cobertura” de “acesso””, entre outras discussões.

Fugindo das generalizações, os textos buscam nas controvérsias que emergem com o desenvolvimento do programa, os elementos necessários para superar as lacunas e avançar nas conquistas. Nessa perspectiva, o texto que analisa o "Financiamento e Desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo" considera que o programa é uma das principais estratégias para aumentar a cobertura e ampliar o acesso aos serviços da Atenção Básica, uma visão que converge com outras produções:

Avaliações existentes a respeito do PSF concluíram que este é um programa que introduz avanços importantes no sistema de saúde, pois significa uma mudança no modelo de atenção, na organização do sistema e nas modalidades de alocação de recursos e de remuneração (Viana e Dal Poz, 1998). Além

disso, foram observados impactos positivos nas condições de saúde da população coberta pelo programa, como a melhoria no acesso e na utilização dos serviços de saúde (Goldbaum *et al.*, 2005 apud Consórcio Medicina USP, 2006a) e o declínio do coeficiente de mortalidade infantil nos últimos quinze anos (Macinko *et al.*, 2006). (VIANA *et al.*, 2009: 16).

As normas para o financiamento da ABS tiveram substantiva alteração a partir de 2006, com a portaria 648/GM, quando as transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde e dos Fundos Estaduais e Municipais passaram a ser realizadas através de cinco blocos de financiamento: Atenção Básica (Piso de Atenção Básica Fixo - PAB Fixo e Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável); Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - Faec); Vigilância em Saúde (Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, Vigilância Sanitária, Básico da Assistência Farmacêutica); Assistência Farmacêutica (Estratégico da Assistência Farmacêutica e Medicamentos de Dispensação Excepcional); e Gestão do SUS (Qualificação da Gestão do SUS e Implantação de Ações e Serviços de Saúde).

As diferenças entre os pisos da ABS podem ser compreendidas da seguinte forma: o PAB Fixo é calculado a partir da multiplicação de um valor *per capita* anual pela população de cada município e destina-se ao custeio de determinadas ações; já o PAB Variável corresponde a incentivos destinados ao desenvolvimento de ações específicas no campo da ABS. Os esforços são reconhecidos, mas ainda prevalecem lacunas, pois mesmo com as inovações, os recursos são insuficientes “para o processo de consolidação do SUS, evidenciando que a estrutura de financiamento da política de saúde brasileira constitui um nó crítico para a operação do sistema” (VIANA *et al.*, 2009: 34).

Um segundo texto que destacamos propõe uma discussão sobre a “descentralização” como uma estratégia para organizar os serviços de saúde, mas que também tem o mérito de contribuir para o fortalecimento da democracia. Com o título “*PSF, descentralização e organização dos serviços de saúde no Brasil*”, os autores também apresentam os desafios para efetivar tal proposta, dadas as características do contexto e cenário brasileiro e acreditam que a padronização do modelo de organização da atenção à saúde em âmbito nacional esbarra em

concretos limites, devido à diversidade das realidades urbanas dos municípios brasileiros.

[...] o PSF ficou praticamente restrito às pequenas cidades do interior do Brasil, especialmente em municípios que ainda não contavam com a atenção ambulatorial organizada. Nesses casos, é inquestionável a ampliação do acesso à atenção básica propiciado pela sua implantação. Para o Ministério da Saúde, fiador da estratégia da saúde da família, o grande desafio tem sido expandi-la para os grandes centros urbanos, onde já existia uma rede estruturada de atenção à saúde. (NASCIMENTO & COSTA, 2009: 75)

Com o objetivo de enfrentar as realidades urbanas e garantir a expansão do PSF, em 2002, o Ministério da Saúde criou o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf)²².

Entretanto, independentemente do município, há desafios presentes que impedem a efetivação do PSF, tais como: (a) a mudança de nomenclatura e não de ações; (b) a formação e papel do médico generalista; e (c) indefinição sobre quem ficará responsável pelas pessoas que estão institucionalizadas, uma vez que não são famílias. Somando-se a esses problemas, há outros específicos aos centros urbanos: (a) exclusão e pobreza; (b) situação territorial e predial; (c) fragmentação e segregação; (d) mobilidade e acesso; (e) violência urbana; (f) padrão de consumo de serviços; (g) competição entre esferas de governo; e (h) financiamento.

De fato, o PSF emerge com a proposta de ampliar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, diminuindo as desigualdades de acesso à assistência na saúde. Assim, discutir as condições financeiras, bem como desvendar as particularidades presentes nas diferentes realidades destes “Brasis”, a partir de uma visão crítica, são atitudes necessárias para dimensionar os avanços e superar os

²² O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde, viabilizada a partir de um Acordo de Empréstimo celebrado com o BIRD, com o objetivo de apoiar, por meio da transferência de recursos financeiros fundo-a-fundo, a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da estratégia Saúde da Família, nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes. Informação disponível em <http://dab.saude.gov.br/proesf/proesf1.php>. Acesso em 27/01/2012. Em 2008, o Ministério da Saúde cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) que devem atuar em conjunto com as ESFs, compartilhando e apoiando as práticas relacionadas à população sob responsabilidade destas equipes (população adscrita). Para isso, os NASFs deveriam agir nas diretrizes propostas para a atenção básica em saúde que incluem: a ação intersetorial e interdisciplinar, o foco na comunidade, a participação social, a ênfase na promoção e na prevenção e a busca de ampliação da resolubilidade desse nível de atenção. Portaria MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011).

desafios.

É nesta mesma perspectiva que o texto “Disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade do PSF em áreas urbanas” traz o resultado da pesquisa qualitativa realizada com membros da equipe do PSF em quatro municípios de São Paulo. O trabalho discute a categoria acesso a partir de três dimensões – disponibilidade, aceitabilidade e acessibilidade – dialogando com produções que destacam a importância dessa categoria na área da saúde.

Um ponto de partida é a compreensão de que: cobertura não é sinônimo de utilização do mesmo acesso; antes, há outras questões que devem ser consideradas na utilização desses termos, sobretudo, quando se propõe a utilizá-los para avaliar um programa como o PSF, pois tal avaliação não pode desconsiderar a realidade e condições – econômica, social e política – local.

Analisando os quatro municípios, os autores identificaram que estes optaram por implantar as equipes de Programa Saúde da Família e/ou Programa Agentes Comunitários de Saúde [...] em áreas densamente povoadas, com uma população residente classificada como de maior grau de exclusão social, e com pouca infraestrutura na área da saúde (MARSIGLIA & CARNEIRO JUNIOR, 2009: 110).

E, mesmo considerando que ocorreu uma melhor organização dos serviços de saúde e assistência mais adequada a determinados seguimentos, concluem os autores:

[...] o PSF não significou a ampliação do acesso da população à atenção à saúde das regiões estudadas, embora tenha possibilitado, ou mesmo promovido, a organização de estratégias que permitiram uma qualificação da intervenção da assistência primária, para além de expor as fragilidades do sistema de saúde no que diz respeito à referência secundária. (MARSIGLIA & CARNEIRO JUNIOR, 2009: 110)

A avaliação local dos autores não difere das conclusões que outros estudiosos apresentam acerca do programa em âmbito global. Em outros termos, sem ignorarmos os reais avanços, precisamos considerar os desafios concretos para efetivação da proposta.

Para Teixeira e Solla (2006), a mudança na ABS ampliou a cobertura.

Entretanto, não aumentou a resolubilidade nesse nível de atenção, e ainda mostrou a fragilidade no atendimento de média e alta complexidade, na medida em que aumentou a demanda por estes serviços, e não mudou radicalmente a lógica do modelo de atenção à saúde:

Tudo o que vem se fazendo, de certo modo significa a racionalização do modelo hegemônico, na medida em que amplia a oferta de serviços básicos, permitindo, em algum grau, a reorientação do fluxo da demanda aos serviços de média e alta complexidade, paralelamente à intensificação de ações de epidemiologia e controle de doenças que no máximo conseguem reduzir as insuficiências historicamente acumuladas no âmbito das ações de saúde pública, ao mesmo tempo em que tentam modernizar as práticas de vigilância em saúde para dar conta dos novos e velhos desafios epidemiológicos decorrentes da específica situação sanitária da população. [...] Desse modo, apesar do aumento extraordinário na produção de serviços básicos, cabe reconhecer que no geral o perfil de oferta de serviços revela a reprodução, em escala ampliada, do modelo médico, assistencial, hospitalocêntrico [...] quão distantes estamos ainda de um sistema de serviços de saúde que opere segundo a lógica da intervenção sobre determinantes, riscos e danos, nesta ordem de prioridades, e não, o contrário, como continua a acontecer. (TEIXEIRA & SOLLA, 2006: 158)

Considerando as diretrizes operacionais propostas para a ABS, Campos *et al.* (2008) formulam uma instigante indagação e respondem: [...] onde existem essas ABS's idealizadas em recomendações oficiais e textos teóricos? Em nenhum lugar, com certeza. Como está acontecendo com o SUS em geral, também a implantação da rede de ABS no Brasil está ocorrendo de maneira bastante heterogênea (CAMPOS *et al.*, 2008: 146).

Os desafios para efetivar a organização da ABS na direção de uma efetiva “universalização do acesso” colocam em evidência as diferenças e desigualdades do país, demonstram a fragilidade das realidades locais e dos gestores locais, fazendo emergir o real quadro de saúde e doença da população, em que o modelo de atenção idealizado apresenta lacunas. Essas críticas são reais e se expressam com maior ou menor impacto, dependendo da estrutura econômica e organizacional do município. Entretanto, não devem limitar o modelo de ABS a uma simples “cesta básica para os pobres”, ou criar uma lógica dicotômica: “ESF ou não ESF”.

Em documento produzido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) – uma fundação pública federal vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República – a “*Políticas Sociais: acompanhamento e análise*” (IPEA, 2011), a análise da política de saúde destaca os aspectos positivos da ABS, na perspectiva de aumentar a cobertura do SUS,

Não obstante, muitos percalços ainda precisam ser superados na atenção básica. Estes se relacionam à expansão da rede assistencial, à melhoria dos processos de trabalho e gestão, à maior qualificação dos profissionais e dos serviços ofertados, à melhor integração entre os diversos níveis de complexidade da atenção, de modo a assegurar o acesso e a continuidade da atenção. Com relação à integração entre os diversos níveis de atendimento, para que a Saúde da Família se converta na porta de entrada preferencial do sistema de saúde, faz-se necessário que os outros níveis de atendimento estejam preparados para atender à demanda referida a partir da atenção básica. Apesar das medidas que vêm sendo tomadas, o acesso a procedimentos especializados e de média complexidade permanece como um dos pontos fracos do sistema, comprometendo a continuidade e a oportunidade da oferta de ações e serviços. [...]. Os problemas de contratação de profissionais para as ESFs, por exemplo, persistem e não parece haver uma solução política fácil. Observa-se alta rotatividade dos profissionais de saúde no PSF, o que compromete a proposta do programa de acompanhamento de uma família ao longo do tempo, permitindo um conhecimento mais amplo sobre a saúde de seus membros. (IPEA, 2011: 123)

As críticas apresentadas pelo IPEA sinalizam que a percepção das fragilidades da reorganização da ABS extrapola o campo teórico, são identificadas por organismos governamentais e fornecem elementos para a sociedade pleitear melhores condições de saúde. No documento – assim como nos textos – ganham destaque os desafios para efetivar a proposta de um sistema integral e resolutivo, em outros termos, a articulação entre ABS e a Média e Alta Complexidade (MAC), os outros dois níveis de “Atenção à Saúde”.

Para conceituarmos a Média Complexidade, recorreremos a dois textos produzidos pelo Ministério da Saúde. Primeiramente o texto disponível no site da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), com a seguinte definição:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e

serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>)

De modo complementar, apresentamos a definição presente na publicação do Ministério da Saúde – em parceria com o Departamento de Atenção Básica (DAB) – “*O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*” (2009), onde consta também uma relação dos grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e dá orientações aos gestores:

A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726, de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumato-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultrassonográficos; 9) diagnose; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia. O gestor deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade, considerando a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações; os dados epidemiológicos e sociodemográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e a capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica; a complexidade e o custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE. *SUS de A a Z*, 2009).

O terceiro nível – ou Alta Complexidade – é definido no documento e da mesma forma destaca quais são os procedimentos pertinentes:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média

complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida (MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUS de A a Z, 2009).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), as definições presentes nos documentos legais expressam as dificuldades e fragilidades desses níveis de atenção, considerados, pelos gestores, “desde sempre fragmentários”, limitando-se a um conjunto de procedimentos relacionados nas tradicionais “tabelas de procedimentos do sistema”, ambulatorial ou hospitalar, selecionados por exclusão, isto é, são os procedimentos que, pelo caráter, “não cabem” na atenção básica em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONASS, 2007:19).

O saldo dessa “burocratização e desorganização” é uma ineficiência na utilização dos serviços de saúde, fazendo com que os serviços de “especialidade e a atenção hospitalar de média complexidade sejam a verdadeira porta de entrada do sistema, atendendo diretamente grande parte da demanda que deveria ser atendida na rede básica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONASS, 2007:20). Assim, tem-se um impacto negativo na qualidade do atendimento (usuários que mais necessitam de atendimento não chegam aos serviços pelo fluxo correto) e na distribuição dos gastos (em 2005, as transferências de recursos federais do SUS para média e alta complexidade no Brasil representaram R\$ 12,82 bilhões, o dobro das transferências para atenção básica: R\$ 6,07 bilhões).

Ao analisar a MAC, há que se considerar a imprecisão das funções dos

entes federados (união, estado e município), no planejamento, financiamento e execução das ações, uma vez que tal divisão não ocupou destaque “nas normas legais maiores que constituíram o SUS”. Com efeito, o aporte legal imediato é a Constituição Federal de 1988, sendo que três pontos podem – e devem – auxiliar na “pactuação” entre gestores: (a) descentralização; (b) direção única; e (c) planejamento, coordenação, controle, avaliação e fiscalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONASS, 2007).

Se a integralidade do sistema – ou seja, a comunicação entre os três níveis – é um aspecto que ocupa lugar de destaque na crítica ao modelo de atenção à saúde, é fato que os gestores – estaduais e municipais – também expressam queixas “quanto às dificuldades existentes no entendimento e na operacionalização destes serviços no SUS”. E todos os esforços – políticas e portarias – até então publicadas buscam “clarear” o terreno nebuloso em que transitam os usuários profissionais e gestores na árdua tarefa de garantir o acesso aos serviços. Entretanto, há que se considerar a relevância da constante leitura e compreensão desses documentos, que tendem a regular ação de áreas específicas como demonstram as políticas elencadas abaixo²³:

- Política Nacional de Atenção Cardiovascular.
- Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.
- Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal.
- Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade.
- Política Nacional de Atenção Oncológica.
- Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Política Nacional de Saúde Bucal.
- Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia.
- Política Nacional de Atenção às Urgências.
- Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica.
- Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte.
- Política Nacional para o Idoso.
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

²³ Para o detalhamento de cada política, sugerimos consultar a publicação: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf

Kuschnir *et al.* (2011) analisam a MAC a partir da “estruturação da assistência à saúde em especialidades e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, efetivada por meio de procedimentos de média e de alta complexidade”. Tal estratégia converge com os princípios de “universalidade, equidade e integralidade” do SUS, na medida em que pressupõe-se uma comunicação e responsabilização por parte, e entre, os serviços na perspectiva de garantir o acesso integral. Nessa perspectiva, ganha fundamental destaque a organização dos serviços, para que ocorra uma oferta de modo apropriado dos cuidados de acordo com as necessidades. Assim, se faz necessário desenhar de modo articulado a distribuição das unidades que compõem a rede por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-las geograficamente (regionalização):

Em resumo: na configuração de uma rede de atenção à saúde é preciso manter um número adequado de atendimentos prestados nas unidades mais complexas para que estas não fiquem ociosas, se beneficiem de economias de escala e apresentem padrões de qualidade reconhecidos. (KUSCHNIR *et al.*, 2011:126; IN GONDIM, org.)

A maior oferta de serviços – cobertura – garantiria o acesso, com evidente otimização na utilização dos serviços, sobretudo nesses níveis em que prevalece uma imprecisão acerca das especialidades que devem ou não ser ofertadas, fazendo com que ocorram distintas formas de organização da atenção ambulatorial especializada.

A breve discussão que propomos acerca dos níveis de atenção à saúde não encerra a discussão sobre o SUS que, como já afirmamos, é ampla, heterogênea e bastante dinâmica. No entanto, é fato que o “modelo de atenção à saúde” constitui-se na “espinha dorsal” do sistema, o ponto imediato que liga os planejadores, gestores e defensores da política e os usuários. É a partir dos serviços, desenhados, distribuídos e organizados com certa lógica e racionalidade que os “usuários da saúde”, um público igualmente amplo e heterogêneo, vivenciarão a realidade da operacionalização da política de saúde. Os desafios presentes para uma política tão ousada como o SUS são constantes e têm mobilizado diferentes formas de

enfretamento no decorrer das duas décadas de existência.

Publicado em 22 de fevereiro de 2006, por meio da Portaria/GM nº 399, “O Pacto pela Saúde – Consolidação do Sistema Único de Saúde”, constitui-se em um conjunto de reformas institucionais que sintetizam as discussões e propostas de profissionais das mais diferentes áreas do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A partir do pacto – em suas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão – União, estados e municípios assumem compromissos e responsabilidades para garantir a operacionalização do SUS de acordo com as diretrizes constitucionais.

As mudanças mais expressivas são: a) substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão²⁴; b) regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; c) integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e d) unificação dos vários pactos hoje existentes.

Para aderir ao Pacto, o gestor tem de cumprir quatro passos: 1º: discutir com o Conselho Municipal de Saúde e aprovar o Termo; 2º: o Termo é encaminhado para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que reúne os representantes dos gestores municipais e do estado; 3º: após a pactuação na CIB, o Estado encaminha o Termo para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne representantes dos gestores municipais, estaduais e do governo federal; 4º: depois da homologação na CIT, esta encaminha o Termo ao Ministério da Saúde para publicação como portaria.

De acordo com o documento “*Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2008*”²⁵, há um crescimento das adesões, tanto por municípios quanto por estados:

²⁴ Trata-se de uma espécie de contrato que os gestores assinam, constando todas as suas responsabilidades no tocante às ações e serviços de saúde, como: O Termo prevê que os gestores municipais tenham responsabilidades sanitárias claras e que as pactuem nas negociações correspondentes. Essas responsabilidades obedecem basicamente a sete eixos: a) Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS; b) Regionalização; c) Planejamento e Programação; d) Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; e) Gestão do Trabalho; f) Educação na Saúde; e, g) Participação e Controle Social. O termo trata apenas como os princípios serão implantados dentro dos contextos específicos, e, passou a ser o meio pelo qual os gestores fazem sua adesão ao Pacto, que não é automática, mas pressupõe discussão e negociação do gestor local com os agentes do controle social e as outras esferas de gestão, para que se estabeleça a adesão.

²⁵ Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. *Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2008* / Ministério da Saúde,

em 2006, havia 1 estado e 63 municípios (1% do total de municípios do país); em 2007, foram 14 estados (51,8%) e 1.764 municípios (31,7%). Já em 2008, mais dez estados (37%) e 963 municípios (17,3%). No final de 2008, havia 2.790 homologações de TCGM, o que representava 50,1% dos municípios brasileiros; e a adesão de 25 estados (92,5%), cujos TCGE foram aprovados no respectivo Conselho Estadual de Saúde (CES) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB), homologados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e publicadas as portarias de adesão pelo Ministério da Saúde. Um panorama nacional demonstra que no ano de 2008 apenas as regiões Norte e Nordeste mantinham estados que não haviam aderido ao Pacto pela Saúde.

A respeito das três dimensões do Pacto, podemos destacar as seguintes observações:

- **Pacto pela Vida:** foca as prioridades que podem causar impacto positivo sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. Os estados/regiões/municípios devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos. São seis as prioridades pactuadas (Saúde do Idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica)²⁶.

Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

²⁶ Para o biênio 2010 – 2011 foram pactuadas nacionalmente as seguintes: I. Atenção à Saúde do Idoso; II. Controle do câncer de colo de útero e de mama; III. Redução da mortalidade infantil e materna; IV. Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; V. Promoção da Saúde; VI. Fortalecimento da Atenção Básica; VII. Saúde do Trabalhador; VIII. Saúde Mental; IX. Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; X. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e, XI. Saúde do homem.

- **Pacto em Defesa do SUS:** a atuação dos gestores das três esferas de governo e dos demais atores envolvidos no Pacto deve considerar as seguintes diretrizes: 1. Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal; 2. Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública. O Pacto em Defesa do SUS deve firmar-se através de iniciativas que busquem a) repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS; b) promoção da cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito; e c) garantia de financiamento de acordo com as necessidades do SUS. As ações do Pacto em Defesa do SUS são: 1. Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito; 2. Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS; 3. Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania; 4. Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS; 5. Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/03; 6. Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.

- **Pacto de Gestão:** estabelece diretrizes para a gestão do SUS, valorizando a relação solidária entre os gestores, com os seguintes eixos: 1. **Descentralização** dos processos administrativos relativos à gestão nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) a partir de

diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **2. Regionalização** de um determinado espaço geográfico contínuo, com um recorte territorial que se constitui numa Região de Saúde a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados neste mesmo território. **3. Financiamento do SUS** tendo como princípios: responsabilidade das três esferas de Governo; a diminuição das iniquidades regionais (entendendo regionais como os diferentes recortes territoriais – município, estado, região de saúde, macrorregião); o repasse fundo a fundo, preferencialmente; a constituição de blocos de financiamento para o repasse federal de custeio do SUS – atenção básica, atenção da média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS; e a aplicação dos recursos federais de investimento segundo os eixos prioritários de estímulo à regionalização e o fortalecimento da atenção básica, sendo prioritários para os municípios que assinaram o Termo de Compromisso de Gestão. **4. Planejamento no SUS** tendo como critério as necessidades de saúde da população. **5. Programação Pactuada e Integrada (PPI)** define a programação das ações de saúde em cada território e norteia a alocação dos recursos financeiros para a saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. **6. Regulação** tem como principais diretrizes: cada prestador responde a apenas um gestor; a regulação dos prestadores de serviços de deverá ser, preferencialmente, do município; é responsabilidade do gestor estadual a regulação das referências intermunicipais e a operação dos complexos reguladores, com referência intermunicipal, deve ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **7. Participação e Controle Social** definidos como princípios doutrinários assegurados pela Constituição Brasileira e pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90). **8. Gestão do Trabalho** busca a valorização dos trabalhadores da Saúde, a

redução dos conflitos e a humanização das relações de trabalho. É um eixo estruturante da política de recursos humanos do SUS. **9. Educação na Saúde** visa avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente.

A proposta e a efetivação do Pacto pela Saúde – e suas três dimensões – representam mais um desafio, um acordo que pretende garantir avanços no SUS. Todavia, se faz necessário transpor o longo caminho que separa a letra dos acordos, pactos e portarias e a vida, a realidade da população brasileira²⁷.

Os avanços do SUS são reais e são percebidos pelos brasileiros, conforme o documento “*Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)*”²⁸, produzido pelo IPEA. Ao focar a saúde, a pesquisa teve por objetivo principal avaliar a percepção da população sobre serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em um questionário de 24 perguntas objetivas, organizadas em três blocos²⁹.

A seguir apresentamos os respectivos blocos e de modo sucinto os dados coletados na tabela 2:

Tabela 2: Sistema de Indicadores de Percepção Social – SUS.

Eixos - Percepção		Resultado Brasil	
		Bom	Ruim
Percepção sobre cinco tipos de serviços prestados	Atendimento por membro da Equipe de Saúde da Família (ESF).	80,7%	5,4%
	Distribuição gratuita de medicamentos.	69,6%	11,0%
	Atendimento por médico especialista.	60,6%	18,8%
	Atendimento de urgência e emergência.	48,1%	31,4%
	Atendimento em centros e/ou postos de saúde.	44,9%	31,1%
Avaliação geral sobre o SUS	Utilizaram um serviço público de saúde.	30,4%	27,6%
	Não utilizaram um serviço público de saúde.	19,2%	34,3%

Fonte: Tabela elaborada pela autora a partir de dados do IPEA, 2011.

²⁷ Há vasta publicação – com orientação, informações, monitoramento e avaliação – acerca do Pacto pela Saúde, disponíveis em meio digital que podem ser acessadas nos seguintes sites: www.observasaude.sp.gov.br; <http://portal.saude.gov.br>; <http://www.conass.org.br>

²⁸ O SIPS é uma pesquisa domiciliar e presencial que visa captar a percepção das famílias acerca das políticas públicas implementadas pelo Estado, independente de elas serem usuárias ou não dos seus programas e ações (IPEA, 2011). Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf. Acesso em 14/07/2011.

²⁹ Indicamos endereço eletrônico onde Gastão Wagner analisa esta pesquisa: <http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/03/10/gastao-wagner-analisa-pesquisa-do-ipea-sobre-o-sus/>

É importante destacar que para as duas avaliações, de Bom ou Ruim, há expressivas variações de acordo com a região do país, mas não há diferença quando se faz o recorte de gênero.

No que tange aos problemas identificados pelos entrevistados, que utilizaram um serviço de saúde, destacam-se: 58,1%, falta de médicos; 35,4%, demora para atendimento nos postos/centros ou hospitais; e 33,8%, demora para conseguir consulta com um especialista. Com relação aos pontos positivos: 52,7% referem o acesso gratuito; 48,0%, o atendimento universal; e 32,8%, a distribuição de medicamentos.

Um terceiro eixo da pesquisa aborda a avaliação dos serviços oferecidos pelos planos e seguros de saúde. Indagados sobre os motivos de aderirem à saúde suplementar: 40,0% referem a rapidez para realização de exames e consultas; 29,2%, por ser um benefício fornecido gratuitamente pelo empregador; e 16,9%, pela liberdade de escolher um médico. Quanto aos “principais problemas”, destacam-se: 39,8%, o preço das mensalidades; e 35,2%, as doenças e procedimentos não cobertos.

A partir do estudo, o documento conclui que os avanços são percebidos pelos usuários/entrevistados como “valores sociais relevantes”. O indicativo para essa suposição são as respostas acerca dos pontos positivos do SUS, como “gratuidade e o fato de que todos recebem o mesmo atendimento, sem preconceitos de qualquer natureza” (IPEA, 2011).

É possível ainda destacar os seguintes avanços do sistema: **i) Vigilância em Saúde:** controle e/ou erradicação de doenças epidêmicas (H1N1; sarampo, rubéola e dengue); ii) Ações de combate e prevenção do Uso de Crack (diante do crescente número estimado pelo governo: 380 mil em 2003 e 600 mil em 2008); iii) Saúde do Homem: ações preventivas e educativas para intervir nas situações de saúde e doença (Portaria MS n° 1.944, 27/08/2009); iv) Assistência Farmacêutica: aumento da cobertura (34,7% em 2003 para 45,5% em 2008), mas persistem desigualdades, sobretudo, regionais (região nordeste teve a maior cobertura: 48,5%; a centro-oeste a menor 42,5%, e a região sudeste: 43,5%).

Os avanços quantitativos do SUS podem ser identificados nos seguintes

números³⁰:

- Rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e aproximadamente 6 mil unidades hospitalares, somando mais de 440 mil leitos;
- O SUS garante anualmente cerca de:
 - ✓ 12 milhões de internações hospitalares;
 - ✓ 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde;
 - ✓ 150 milhões de consultas médicas;
 - ✓ 2 milhões de partos;
 - ✓ 300 milhões de exames laboratoriais;
 - ✓ 132 milhões de atendimentos de alta complexidade;
 - ✓ 14 mil transplantes de órgãos.
- O Brasil é o segundo país no mundo em número de transplantes;
- A política de atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS pelo SUS é reconhecida mundialmente;
- A política de saúde possui um efetivo sistema de vacinação que vem combatendo e erradicando várias epidemias.

De fato, a trajetória do SUS nos convida à sua compreensão, crítica e defesa: uma defesa consciente que não caia na armadilha da “imagem condizente” – nos termos de Cohn (2009) – mas, que nos forneça elementos para compreender o cenário e assim construir o SUS necessário para o povo brasileiro. Não é o SUS idealizado, tampouco o possível, mas o SUS construído por homens e mulheres que reconhecem a saúde como o resultado de condições de vida e trabalho.

Dessa forma, discutir o resultado das duas décadas do SUS não é uma tarefa simples, dada a inerente articulação que este exige e realiza com as demais áreas da vida. Ademais, há que se reconhecer o terreno político, econômico e social em que se efetivam – ou não – os direitos sociais.

Assim, a maioria legal do SUS, referência para outras políticas sociais, não o isenta de profundas e importantes críticas, formuladas sobretudo por aqueles que o defendem. Nessa perspectiva, com crítica propositiva, os “20 Anos de SUS” são avaliados por importantes e renomados cientistas sociais (CAMPOS, 2008; COHN, 2009; PAIM, 2011).

³⁰ Fonte: Centro de Educação e Assessoramento Popular Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? – Passo Fundo: IFIBE, 2007.

Campos (2008), analisando o SUS a partir de uma perspectiva sociológica, em que considera o papel do Estado e as mudanças dos ajustes neoliberais, afirma que a despeito das heranças do SUS, “não fomos ainda capazes de sustentar, no concreto, a maior parte de suas recomendações e diretrizes. Isto explicaria, em minha opinião, grande parte dos percalços e dificuldades com resultados sanitários mais equânimes e amplos.” (CAMPOS, 2008:37)

Quanto ao modelo de atenção à saúde, o autor destaca a segmentação e a atuação de distintas forças (Estado e mercado) que concorrem para inviabilizar a universalização do acesso à saúde:

No Brasil, existe uma atenção primária absolutamente estatal e organizada segundo um planejamento centralizado – o Estado brasileiro indica quem será o médico ou equipe de cada família ou cidadão –, e um predomínio da lógica de mercado e da prestação privada no atendimento hospitalar e especializado. [...] Esta diferença genealógica agravou-se ao longo destes vinte anos em virtude do argumento, de origem neoliberal, sobre a suposta incapacidade constitutiva do Estado de gerir serviços. A moda hoje, entre intelectuais da saúde, é admitir que no Brasil temos e teremos, para a eternidade, um “mix privado público”. Isto quando, na maioria dos países, reconhece-se a impossibilidade de se deixar o cuidado à saúde preso à lógica do mercado! Este caminho de conservação da gestão privada no setor hospitalar e de atenção especializada talvez explique a impossibilidade, política e cultural, verificada quanto à construção de um novo modelo organizacional ou de gestão para as organizações estatais do SUS. (CAMPOS, 2008: 37)

Considerando essas questões, bem como a falta de integralidade e articulação entre os níveis de atenção, o SUS não pode ser reconhecido como um “sistema”. Na verdade,

O SUS vem se organizando por subsistemas verticais: assim funciona a rede de atenção básica, estratégia de saúde da família e outras; assim opera o programa de saúde mental, AIDS etc. Os hospitais sequer se compõem em rede, e não foram integrados à gestão do SUS de um modo satisfatório. Em geral, predomina a compra de serviços. Infelizmente esta lógica impera em relação a serviços privados e filantrópicos, mas também em relação a outros estatais: sejam universitários ou pertencentes a estados e municípios. [...] Neste sentido, o SUS é um “mix” entre o velho modelo de mercado e, em pequena medida, algum controle sistêmico pelo Estado. (CAMPOS, 2008: 37)

Campos explicita que sua base para analisar o SUS são os modelos universais (Canadense e Europeu) que podem apontar as estratégias para superação das lacunas presentes no SUS.

Amélia Cohn (2009: 1615) analisa as duas décadas do SUS e as propostas da Reforma Sanitária, indagando: “o SUS proposto há 20 anos pode continuar prevalecendo enquanto proposta hoje?”. Para a socióloga e pesquisadora assídua sobre a política de saúde, a resposta é: não. Analisando os aspectos históricos e institucionais nesta quadra histórica, a autora entende que

[...] faz-se necessário retomar a perspectiva crítica da análise sobre os inquestionáveis avanços da Reforma Sanitária, porque são exatamente eles que nos impõem a tarefa de se formular um novo projeto para a saúde que saia das amarras da implementação do SUS - "daquele" SUS então proposto nos anos 80, ainda abstrato e idealizado - e reconquiste a dimensão emancipatória no novo contexto - do setor da saúde, do sistema de saúde atual, e do país - numa conjuntura de profundas mudanças no perfil de atuação do Estado na área social, marcado por políticas e programas sociais com enorme capilaridade social e que tendem por isso a borrar as fronteiras entre as dimensões pública e privada da vida social e dos setores público, estatal e privado de produção de serviços. (COHN, 2009: 1618)

Ao ser indagado sobre a “efetivação” dos princípios do SUS – integralidade, universalidade, equidade e participação social – Paim (VAITSMAN *et al.*, 2009) destaca que há impossibilidade de indicar, de modo absoluto, a efetivação de algo que é processo. Mas entende que “foram dados passos importantes voltados para a participação social e a universalidade e outros, em menor grau, para a equidade e a integralidade”. Entretanto, se não há impedimentos formais para o atendimento universal, é verdade que prevalecem “grandes dificuldades no acesso e na continuidade da atenção, por causa de problemas vinculados à organização dos serviços (ausência de rede regionalizada e hierarquizada, deficiências da regulação, mecanismos de referência e contrarreferência, entre outros)” (VAITSMAN *et al.*, 2009: 899).

Para Paim (VAITSMAN *et al.*, 2009), o princípio mais negligenciado foi justamente aquele que mais viabilizaria a universalização do acesso: a integralidade.

E, analisando as cinco grandes áreas do SUS (infraestrutura, financiamento, organização, gestão e prestação de serviços), é possível destacar dois importantes avanços: i) “a engenharia política que possibilitou, em menos de duas décadas, uma gestão descentralizada”; e “difusão da consciência do direito à saúde na população, mesmo reconhecendo a distância entre a sua formalização jurídica e a garantia concreta” (VAITSMAN *et al.*, 2009: 900). Quanto aos problemas, ganham destaque,

[...] além dos gargalos do financiamento, da infraestrutura restrita, da questão não resolvida dos recursos humanos, da persistência do modelo médico hegemônico e da organização deficiente entre a atenção básica e os serviços de média e alta complexidade, cabe destacar os impasses decorrentes da gestão e gerência atreladas a interesses partidários, situação em que a saúde das pessoas transforma-se em objeto de clientelismos e moeda de troca política. Tal fato compromete a legitimidade do SUS perante a opinião pública, a profissionalização da gestão e a continuidade e a eficiência administrativas. (VAITSMAN *et al.*, 2009: 900)

É possível destacar ainda outros aspectos que ganham relevância nesta análise³¹:

- ***Sistema Único (?) de Saúde: questionando a unicidade do sistema.***

Assim, como Campos (2008), citado neste trabalho, na produção do IPEA (2011), há importantes questionamentos sobre a proposta de uma “unicidade” do sistema. Para Campos, ocorre um “mix” entre quem busca conciliar o velho e o novo, em termos de “modelo”. Ao analisar os desafios do SUS, o IPEA destaca que

[...] o sistema de saúde do Brasil apresenta-se como pluralista em termos institucionais, de fontes de financiamento e de modalidades de atenção à saúde. Essa pluralidade se expressa nas vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: i) o SUS, de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições); ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ ou dos empregadores; iii) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na

³¹ O item sobre Judicialização do Acesso à Saúde será abordado no Capítulo III deste trabalho.

rede privada; e iv) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (RIBEIRO, PIOLA e SERVO, 2005) (IPEA, 2011).

Como resultado, ocorre a existência de desigualdades no uso de serviços de saúde entre os beneficiários de planos e seguros privados de saúde, que correspondem a cerca de 22% da população e os usuários do SUS. As diferenças parecem mais significativas nos serviços ambulatoriais e preventivos do que nos serviços hospitalares. As desigualdades no acesso/utilização também apresentam uma face regional, com grande concentração de serviços em áreas mais afluentes. A distribuição dos serviços privados segue a lógica do mercado, ou seja, onde dá mais lucro. Assim, há excesso na oferta de aparelhos de tomografia computadorizada, aparelhos de ressonância magnética, máquinas para diálise e bombas de cobalto em cinco unidades federadas (SP, RJ, RS, DF e GO) e déficit nas demais (IPEA, 2011). No que tange à distribuição dos recursos humanos e especialidades, a lógica é a mesma – concentração em determinados locais. Assim,

Os esforços empreendidos, nas duas décadas de vigência do SUS, não foram suficientes para diminuir em grau significativo as desigualdades regionais e entre grupos sociais e nem para superar todas as deficiências acumuladas. [...] Apesar das medidas que vêm sendo tomadas, o acesso a procedimentos especializados e de média complexidade permanece como um dos pontos fracos do sistema, comprometendo a continuidade e a oportunidade da oferta de ações e serviços. (IPEA, 2011)

▪ **Financiamento.**

Compreender e discutir o financiamento das políticas é ato complexo e comumente relegado para o segundo plano nas análises de cientistas sociais. Um erro, pois, como nos alerta Vieira (2000), as políticas econômicas e sociais ganham igual relevância no contexto das sociedades, formando um todo, em que “apenas formalmente se distinguem”, pois não há possibilidade de considerar o social sem o desenvolvimento econômico e o contrário também é verdadeiro.

Na verdade, a questão do financiamento das políticas sociais e do SUS em especial, é tema de discussão – em diferentes setores – sempre permeada por pontos de vista, “achismos”, norteados por interesses, em muitos casos, contraditórios.

Especificamente no caso do SUS, o financiamento constitui-se em um ponto nevrálgico e, ainda hoje, não foi enfrentado com a radicalidade que merece. Com efeito, a política de saúde brasileira não passou incólume pelas transformações que ocorreram no cenário brasileiro na década de 1990. Antes, é possível dizer que a proposta de financiamento desenhada na letra da lei, as estratégias e ações paliativas (como as portarias, emendas etc), refletem a subordinação do social ao econômico.

Não nos cabe aqui resgatar todo o processo de financiamento do SUS, que faz parte de sua história, mas sim destacar os aspectos contemporâneos que interferem na operacionalização da política. Com efeito, autores sublinham que há um “subfinanciamento” para o sistema, se comparado aos investimentos em outros que desenvolvem proposta semelhante ao SUS (Espanha, Reino Unido e França)³². Ademais, persiste um paradoxo: a proposta de universalização é financiada por um orçamento desigual: o gasto privado é maior que o público.

Somado à insuficiência do investimento, prevalecem ainda questões relativas aos gastos, pois há estados e municípios que consideram despesas com saneamento, pagamento de inativos, hospitais de clientela fechada, entre outros, como de responsabilidade da política de saúde.

O baixo nível de financiamento e reconhecidos problemas de gestão são, desta forma, os principais fatores que fazem com que o SUS padeça de patentes deficiências operacionais para ofertar atendimento integral e de melhor qualidade à maior parte da população que tem nesse sistema a principal ou quase exclusiva forma de atenção (IPEA, 2011).

De modo sucinto, mas necessário, é possível abordar a seguinte trajetória do financiamento para a saúde³³:

- Na Constituição Federal de 1988, ficou definido que o financiamento do SUS seria responsabilidade das três esferas de governo, e a União deveria alocar 30% da Seguridade Social. Entretanto, esta proposta não foi atendida.

³² IPEA, 2011.

³³ Fonte: http://www.conasems.org.br/files/EC29_ESTADO_ARTE_gilson.pdf

- Em 1993, emergiu uma nova proposta, elaborada por Eduardo Jorge, médico, deputado paulista, a Emenda Constitucional (PEC-169), que em 2000 foi reformulada (passou a ser EC-29), definindo nova fórmula de cálculo dos valores devidos pelos entes federados. Assim, os estados passariam a investir 12% de seus impostos para o SUS e os Municípios 15% e a união, 10%.
- Em setembro de 2000, a Emenda Constitucional 29 (EC-29) foi aprovada, determinando novos investimentos pelos entes federados.

A aprovação da emenda representou uma importante conquista da sociedade, mas tem gerado diferentes interpretações do que são despesas com ações e serviços públicos de saúde, além de não contemplar, no texto constitucional, as fontes de recursos federais e a base de cálculo de forma adequada.

A Constituição Federal definiu o financiamento das políticas de Seguridade Social, inclusive da saúde, entretanto, a EC-29 altera alguns artigos da Carta Magna, conforme destacado no quadro 3:

Quadro 3: Artigos da Constituição Federal de 1988 alterados pela Emenda Constitucional nº29.

Artigo 34	Além da Educação, incluiu-se também a Saúde com a vinculação de percentuais mínimos para a aplicação destas ações.
Artigo 35, inciso III	O Estado e a União são autorizados a intervir nos municípios nos casos de não aplicação do mínimo.
Artigo 156, § 1º	Estabelece a progressividade do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU); além da “progressividade no tempo”, também estabelece progressividade em razão do “valor do imóvel”. Desse modo, cada município poderá elaborar a sua Lei Municipal que trata do IPTU, incluindo a progressividade em relação ao valor, à localização e uso do imóvel.
Artigo 160, parágrafo único, incisos I e II	Veda à União reter ou promover restrição à entrega dos recursos atribuídos ao sistema de saúde.
Artigo 167, inciso IV	Ressalva a vinculação de receitas de impostos para a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde.
Artigo 198, §§ 2º e 3º	Estabelece a aplicação anual de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde.

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de CAMPELLI e CALVO, 2007: 1614.

Entretanto, mesmo com a aprovação da emenda, o financiamento da saúde continuou apresentando inúmeras questões como demonstrou o estudo de Campelli

e Calvo (2007). O estudo procurou identificar o cumprimento da Emenda pelos entes federados – União, estados e municípios – no período de 2000 a 2003, a partir dos dados disponibilizados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

O estudo evidencia que no período analisado, a União não estava cumprindo a aplicação para a saúde, conforme determinava a EC-29, assim como um percentual expressivo de Estados, desenhando o seguinte panorama para o período: a União deixou de aplicar R\$ 1,8 bilhão e os Estados, R\$ 5,29 bilhões no período, perfazendo um total de R\$ 7,09 bilhões entre os anos de 2000 a 2003. Ao analisar as cinco regiões brasileiras, o estudo demonstra que: a região Norte teve o maior percentual de estados que cumpriram suas metas (entre sete e seis), as regiões Centro Oeste e Sul tiveram os menores percentuais, com dois ou um Estado, mas não em todo o período. Já a região Sudeste esteve presente em todos os períodos com a variação de um ou três estados.

Quanto aos municípios, estes, mesmo antes da emenda, já destinavam um percentual maior do que o determinado para a área da saúde (nenhum estado ou município poderia aplicar menos de 7% da receita vinculada). O estudo demonstra que as determinações da Emenda 29 não alteraram em muito o quadro do financiamento da saúde pelos municípios. Entretanto, há uma diferença quando se compara a média entre as regiões no período, assim: a região Norte apresentou o maior percentual de municípios em situação irregular; já a região Sudeste teve o maior número de municípios que cumpriram a meta.

Observa-se que há uma expressiva diferença na comparação entre as regiões quanto à unidade de análise: estados ou municípios. Assim, a avaliação sobre os Estados coloca a região Norte com o maior percentual de estados que atingiram suas metas, mas quando se analisam os municípios, os percentuais são menores. Já a região Sudeste, mesmo presente em todo o período, não atingiu mais de três estados, mas foi a região que apresentou o maior percentual de municípios que atingiram suas metas no período.

As diferenças regionais podem ser analisadas à luz das características econômicas, políticas e sociais destes “Brasis”. O fato é que mesmo a EC-29 é “autoaplicável”, sem nenhum instrumento legal que a monitore e estabeleça

punições para o seu não cumprimento, não foi cumprida, nem mesmo pela União. Isto, no curto período analisado.

A postura de importantes atores sociais da sociedade brasileira tem demonstrado que esse descumprimento persiste, mesmo após uma década de aprovação da emenda. Na verdade, em 2004, estaria prevista uma nova proposta, mas não foi efetivada. Assim a regulamentação da emenda atualmente se faz mais que necessária. Tal proposta deu-se por meio do Projeto de Lei Complementar 01/2003.

O projeto define o conceito de ações e serviços de saúde, orienta a alocação, distribuição e controle dos recursos do SUS, de acordo com as necessidades de saúde da população e com os princípios e diretrizes do sistema (CAMPELLI e CALVO, 2007).

Em 13/01/2012, foi aprovada a Lei Complementar n° 141 que,

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Citamos três artigos que tratam diretamente dos recursos e transferências:

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. [...] **Art. 6º** Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. [...] **Art. 7º** Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156

e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal. [...] **Art. 8º** O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal. (LEI COMPLEMENTAR N° 141 de 13/01/2012)

Entretanto, segundo Carvalho (2012), não há muito o que comemorar, pois “grande parte dos vetos da presidente Dilma acabou por enterrar a proposta de lei complementar de regulamentação da EC-29” (GILSON CARVALHO).³⁴ Em anexo, os comentários do autor sobre as perdas com os vetos da presidente.

O SUS completou sua maioria legal – duas décadas para alguns ou três para outros, que consideram que o Movimento de Reforma Sanitária – efetivamente construiu pontes sólidas que garantiram o atendimento à saúde para milhões de brasileiros. Esse resultado expressa-se nos números, mas também no cotidiano de muitas pessoas, famílias e comunidades. Um longo caminho foi percorrido.

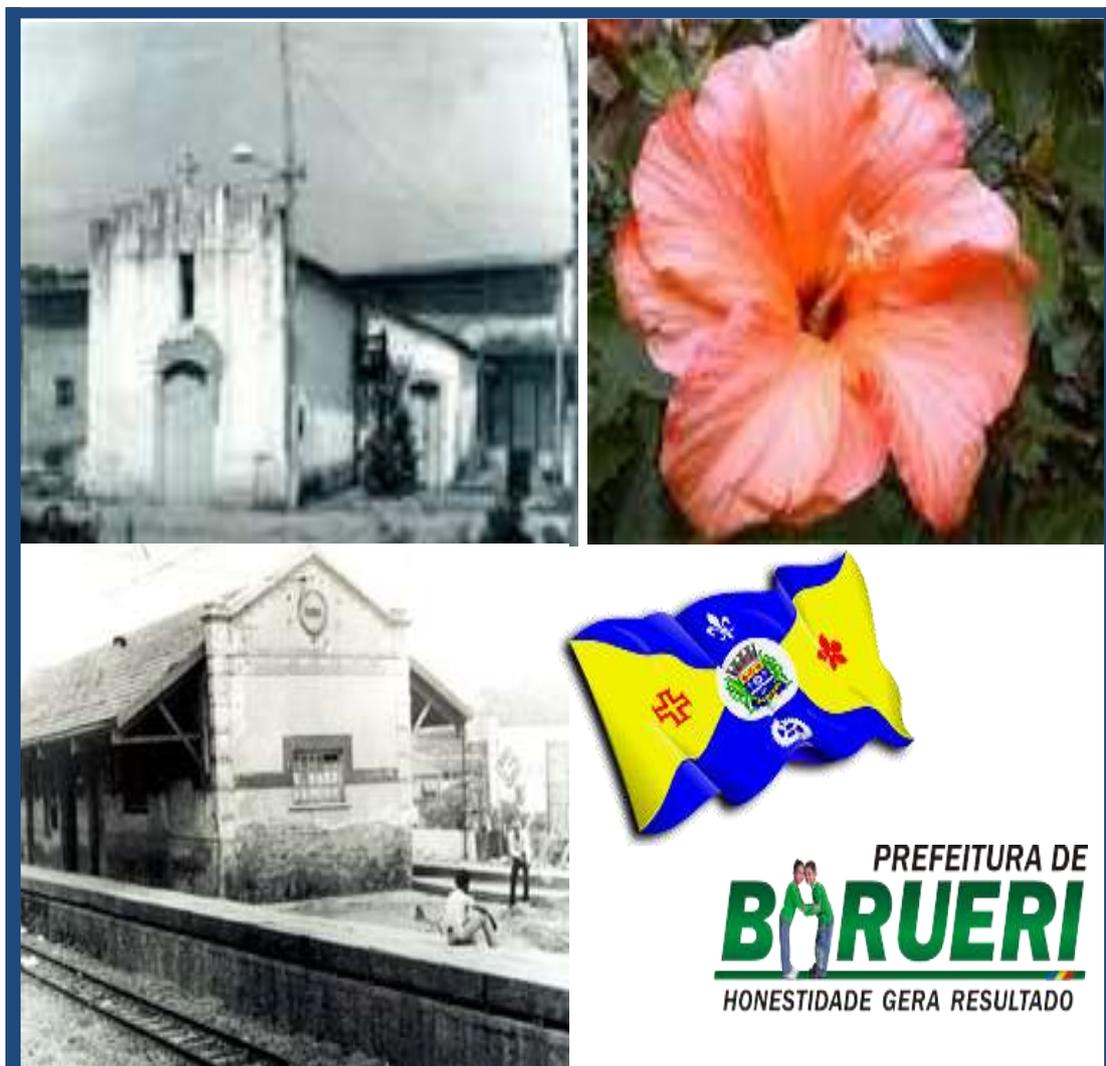
Entretanto, muito há por fazer. Os inegáveis avanços não conseguem erradicar os dantescos obstáculos que ainda maculam a imagem da única política de seguridade que se propõe a ser “universal”. A gestão e o financiamento são dois pontos que, ainda hoje, promovem acalorados debates sobre o SUS, quer pela imprecisão com que são desenhadas, quer por expressarem o jogo de interesses contraditórios entre forças na sociedade brasileira. Em outros termos, determinar responsabilidades e garantir recursos não coloca em questão o lugar da política no cenário nacional.

No caso do SUS, com todos os pontos positivos e negativos apresentados no decorrer deste capítulo, é possível dizer que o sistema consegue garantir “universalidade do acesso”?

Não se trata de uma questão simples, e sua resposta exige uma análise conceitual e operacional do próprio termo “acesso”. É nesta perspectiva que elaboramos o Capítulo III.

³⁴Fonte: <http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2012/01/17/gilson-carvalho-vetos-da-presidenta-dilma-enterram-a-lei-que-regulamenta-ec-29/>

CAPÍTULO II - Uma análise do município mais rico da Rota dos Bandeirantes: Barueri³⁵



Trecho do Hino de Barueri

Gloriosa, nasceu no passado.
A história de Barueri Majestosa em civilidade
Coroadada de belezas mil.

A memória traz ao presente a aldeia que um dia surgiu.
Entre grandes acontecimentos, que o curso do tempo urdiu.

Barueri, uma paixão que se agiganta.
Flor vermelha que encanta
O coração do meu Brasil.

³⁵ A elaboração deste Capítulo contou com as ricas e inenarráveis experiências das disciplinas: Gestão Social: Avaliação e Indicadores de Políticas e Projetos Sociais (Prof^{as} Dra. Mariangela Belfiore Wanderley e Carola Arregui Carbajal) e Serviço Social e Cotidiano I (Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Martinelli).

A proposta deste capítulo é fornecer dados quantitativos e qualitativos para subsidiar a compreensão do contexto social, econômico, político e cultural do município de Barueri. Dimensões que desenham uma realidade bastante complexa, onde o arcaico e o moderno, a pujança e a pobreza, o clientelismo e os “mecanismos de controle social”, as histórias e a realidade formam um caleidoscópio aproximando Barueri de tantos outros municípios do país.

Fazendo parte dos 645 municípios do Estado de São Paulo, é muito comum a indagação: onde fica Barueri? Para alguns, trata-se de um município no interior do estado, para outros, é um bairro de Alphaville. Considerando este possível “desconhecimento”, justificamos a presente proposta expositiva.

A apreensão das singularidades na dinâmica municipal requer um movimento dialético entre o local (município) e o geral (Região e Estado), para não cometermos o erro de exaltar os dados quantitativos – sobretudo de renda – que desconectados de análises mais detidas nos permitiriam ignorar a pobreza, desigualdades, vulnerabilidades e lutas por direitos sociais.

Nesta mesma perspectiva, a devida apreensão da dinâmica do Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri – um dos serviços que compõem a rede de serviços de saúde municipal – exige o conhecimento da sua história, sua relevância no contexto municipal diante do modelo de atenção à saúde, bem como dos aspectos geográficos e culturais que mobilizam os usuários a procurá-lo. Uma análise que requer a devida interlocução entre a construção histórica do modelo de saúde no âmbito municipal, suas características atuais e o diálogo com as propostas mais gerais para a política de saúde no Estado de São Paulo e no país.

Assim, partimos da premissa de que, ao pesquisarmos o município de Barueri, estamos conhecendo um território em movimento, com o desafio de não apenas limitar nosso “olhar” do local onde estamos, e do qual estabelecemos relações, mas ser capaz de buscar nas “tramas da cidade” suas potencialidades e limites. Descobrir o município para além do nosso cotidiano imediato é condição para não cair em dois extremos bastante sedutores: participar do mascaramento da realidade (alienação) ou desconhecer as possibilidades de transformação (fatalismo).

Negando esses dois caminhos, optamos por uma “terceira via”, conhecer a

história do município, reconhecendo que o presente local também está repleto de “passados” (nacional, regional), carrega traços da formação histórica (econômica, cultural e política) e determina as relações sociais no presente. Com efeito, a importância da história está no fato de que esta nos dá ferramentas para compreender o presente, para além da sua aparência e imediatividade, pois o presente “se acha fortemente impregnado de vários passados (IANNI, 1992: 63)”, é complexo, multifacetado, rico e histórico, portanto é resultado – nunca acabado – de um processo que interliga vários atores e cenários em movimento.

Nesse sentido, podemos identificar as “heranças” que impregnam a cultura local, os ciclos que se repetem e ganham *status* de “novidade”, as singularidades que distanciam o local das generalizações, e os “mesmismos” que o igualam. Assim, recorreremos à literatura local para conhecer a “História de Barueri”, para compreender as relações sociais³⁶.

Ainda, entendemos que o uso de estatísticas, indicadores e índices é necessário para a gestão local, mas esses recursos devem ser considerados dentro dos seus limites, pois dados quantitativos isolados não traduzem a realidade, bem como é imprescindível considerar que os indicadores encerram na sua formulação “escolhas políticas e visões de mundo”, não são neutros e atendem a interesses sociais, em outros termos, “dado que os indicadores servem a vários senhores, é preciso cautela tanto na sua construção quanto na sua interpretação (KAYANO e CALDAS, 2002)”.

Com o referido cuidado, realizamos busca em sites oficiais, visita em bibliotecas e no museu municipal; realizamos leitura da literatura local (histórica e

³⁶ Realizamos pesquisa no acervo da Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em Teses, Monografias e Dissertações que discutiram varias temáticas a partir do município, localizando os seguintes trabalhos: ESCABORA, Carina. 2006. Mestrado em Educação. Título: Sala de Apoio Pedagógico: os sentidos e significados construídos no município de Barueri-SP. O estudo aborda documentos municipais na área da educação; GREVEN, Paulo. 2006. Mestrado em Gerontologia. Título: Instituição para Idosos: uma nova cultura. Estudo de Caso: Solar Ville Garaude. Consta no texto do trabalho a localização da instituição, uma breve citação da população idosa do município, pois a foco é a população da instituição; NOGUEIRA, Neuma. 2007. Mestrado em Gerontologia. Título: Benefícios Previdenciários e Assistenciais: o idoso e a família. A análise considera a população idosa do município a partir de dados estatísticos e da instituição; OLIVEIRA, Ilka Custódio de. 2008. Mestrado em Serviço Social. Título: Ciclo de Orientação a familiares de idosos dependentes – uma experiência da prática profissional do assistente social na educação para os cuidados de idosos. Os dados acerca do município se restringem a população idosa. Sem desconsiderar a pertinência destes trabalhos, destacamos que não localizamos nestas produções uma contextualização histórica da região e do município, que muito contribuem para compreender o desenho atual do município.

poética) para captar os elementos artísticos que expressam o orgulho de morar em Barueri.

2.1 Região Metropolitana de São Paulo: o lugar de Barueri no contexto regional

A divisão de regiões metropolitanas é uma estratégia administrativa, que tem por objetivo viabilizar sistemas de gestão pública, considerando os interesses dos municípios próximos. Hoje o país conta com 35 regiões metropolitanas. No Estado de São Paulo, a divisão de Regiões Metropolitanas foi definida em 1973 e implantada apenas em 1975 (através do Decreto Estadual nº 6.111).

Em termos quantitativos, os números justificam o destaque dado a essa região no cenário nacional e internacional. Abrangendo uma área de 7.943,818 km², com 19.672.582 habitantes, a Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) configura-se como o maior polo de riqueza nacional, concentrando a sede de grandes empresas, indústrias, comércios e serviços. Trata-se de uma região marcada pela heterogeneidade demográfica, social e econômica e cultural.

Desde a fundação do Estado, a Região Metropolitana de São Paulo constitui-se em um ponto estratégico de ligação entre as regiões do Sudeste e Centro-Oeste do Brasil, devido aos rios (Tietê, Pinheiros, Tamanduateí etc.), um ponto que favoreceu o surgimento de vilas, hoje municípios. Entretanto, merece destaque o papel da região no momento do apogeu da produção do café com o sistema de infraestrutura viária, uma importante rota para as importações e exportações.

A localização privilegiada da hoje denominada Região Metropolitana de São Paulo, antes era parte da “Capitania de São Vicente”, reservada a Martin Afonso de Souza, onde foi fundada a Vila São Paulo em 1554. Mesmo com muitas dificuldades, a Capitania de São Vicente e a de Pernambuco, dentre as doze capitanias formadas pelos portugueses, para garantir a colonização e exploração das terras “descobertas”, são as únicas que alcançaram êxito. É a partir da fundação de São Paulo que terão início os aldeamentos, que inicialmente foram divididos em duas categorias: os fundados pelos índios e os fundados pelos padres.

A partir desses aldeamentos, temos a formação dos primeiros municípios que compõem a RMSP. Cada qual com sua história, ícones e emblemas, tiveram em comum a presença de cinco atores: os índios (que moravam ou foram transferidos para estas regiões), os jesuítas, os fazendeiros, os negros escravizados e os bandeirantes. A busca por ouro, o desejo de garantir o uso da terra e a subjugação do índio e do negro marcaram a formação desses aldeamentos e deixaram suas marcas históricas nessa região.

Esses aspectos estão interligados com a formação histórica do Brasil. Um país que entra na história pela porta “providencial e profética” e encontra no “Mito Fundador” os elementos que justificam formulações do “senso comum”, do “orgulho em ser brasileiro” e na fé (Cristã) em dias melhores. Dois pontos que determinam o lugar do povo brasileiro na construção da história nacional. Para Chauí (1996), cria-se uma “representação” que se expressa na contradição entre o “real” e o “imaginário”. É como se a cada momento fosse necessário recorrer ao acervo simbólico para escamotear uma realidade que se apresenta bastante diferente dos escritos e exigiria um “olhar crítico para o novo, multifacetado e complexo” que não se explica pela simples anulação das contradições. Negam-se a desigualdade, a violência e o racismo para não alterar as estruturas e garantir a existência de uma nação que ignora suas reais mazelas.

O “Mito Fundador” serve para explicar – constantemente – o passado, o presente e o futuro, no movimento de repetição “revestido” de “novidade”, trata-se de uma explicação mítica sobre o “achamento” do Brasil, uma terra que, sendo tão ricamente abençoada, só poderia ter sido “descoberta” por motivos divinos.

Um mito fundador é aquele que não cessa de encontrar novos meios para exprimir-se, novas linguagens, novos valores e ideias, de tal modo que, quanto mais parece ser outra coisa, tanto mais é a repetição de si mesmo. [...] O mito fundador oferece um repertório inicial de representações da realidade e, em cada momento da formação histórica, esses elementos são reorganizados tanto do ponto de vista de sua hierarquia interna (isto é, qual o elemento principal que comanda os outros) como da ampliação de seu sentido (isto é, novos elementos vêm se acrescentar ao significado primitivo). (CHAUÍ, 1996: 9)

Um mito que terá no processo de conquista e colonização da América e do Brasil três importantes elementos, que serão reconhecidos no seu processo de

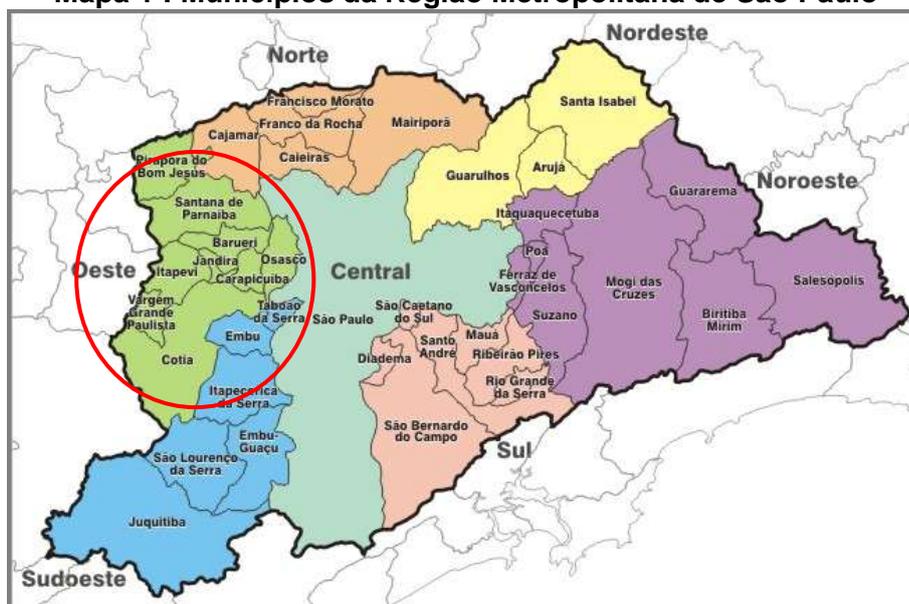
“sagração” a partir da ótica cristã: natureza (um país tropical, abençoado por Deus e bonito por natureza), história (presente, passado e futuro estão determinados nas escrituras bíblicas) e rei (governante que escolhido tem poderes divinos). As tramas econômicas, políticas, sociais e culturais que desenham a formação dos impérios coloniais e suas estratégias de manutenção e centralização da riqueza e poder são explicadas no plano “superior” ou “divino” que justifica o “direito divino do rei”.

No Brasil-colônia, a “teoria do favor” será a base jurídica para a “distribuição das sesmarias e para as capitanias hereditárias”. O favor, o mando, as relações hierarquizadas encontram nesse começo suas raízes.

É a partir dessa perspectiva que podemos analisar o surgimento da RMSP e seu papel de destaque nos séculos XX e XXI, anos áureos na produção do café e consolidação da região como “o mais sofisticado e diversificado centro urbano do continente latino-americano”, o que não significa homogêneo. E no século XXI, a RMSP é constituída por 39 municípios.

No mapa 1, é possível identificar a localização geográfica dos 39 municípios e ter uma dimensão da extensão do território e o quanto alguns municípios estão distantes – em termos geográficos – da capital. A localização desses municípios é um ponto importante para refletirmos sobre o “acesso” aos serviços e benefícios – em especial alguns serviços sociais – oferecidos apenas na capital.

Mapa 1 : Municípios da Região Metropolitana de São Paulo



Fonte: <http://www.stm.sp.gov.br>. Acesso em: 15/05/2011.

Em termos econômicos e sociais, a região apresenta uma realidade bastante heterogênea, conforme pesquisas da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), exigindo a análise dos números em que o PIB – um indicador de primeira geração (KAYANO e CALDAS, 2002) é mais um dado, não o definitivo para a compreensão das realidades, sobretudo municipais.

Para evitar tais limites, buscamos cruzar as informações a partir de diferentes fontes de dados oficiais. Assim, consultando o sítio da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) selecionamos alguns indicadores (agrupados em cinco eixos) que desenham o perfil da RMSP.

Tabela 3: Perfil da Região Metropolitana de São Paulo

Eixos	Indicadores
Território	98,77% de urbanização. 23,96% população com menos de 15 anos. 10,90% população com 60 anos e mais.
Estatísticas Vitais e Saúde	15,89% taxa de natalidade (por mil habitantes). 12,35% taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). 14,34% taxa de mortalidade na infância (por mil nascidos vivos). 6,47% mães adolescentes (com menos de 18 anos). 73,49% mães que tiveram sete e mais consultas de pré-natal.
Condições de Vida	Renda per capita (em salários mínimos): 3,36. 64 (Alto) IPRS* - Dimensão Riqueza. 74 (Alto) IPRS - Dimensão Longevidade. 68 (Alto) IPRS - Dimensão Escolaridade. 5,83% domicílios com renda per capita até 1/4 do salário mínimo 11,20% domicílios com renda per capita até 1/2 do salário mínimo
Habitação e Infraestrutura Urbana	86,74% domicílios com infraestrutura interna urbana adequada. 98,91% coleta de lixo - nível de atendimento.
Educação	5,57% taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais. 7,96% média de anos de estudos da população de 15 a 64.
Economia	57,05% Participação no PIB do Estado. 25,53% Participação da Indústria. 74,42% Participação dos Serviços.

Fonte: Tabela elaborada pela autora a partir de dados da Fundação SEADE. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acesso em: 15/05/2011.

* Índice Paulista de Responsabilidade Social

A leitura geral da região – conforme tabela 3 – demonstra que se trata de uma área urbanizada, com boa infraestrutura, na verdade, uma realidade que não se distingue muito do Estado de São Paulo, pois em todos os eixos não há uma variação substancial. Entretanto, merece a ressalva de que os números expressam

apenas uma “fotografia” parcial dessa região. Faltam-nos elementos para realizar análises mais complexas acerca da distribuição de renda, qualidade dos serviços públicos prestados, índices de pobreza, participação política, entre outros aspectos que nos permitiriam conhecer melhor a região. Informações que não foram abordadas.

Com efeito, a Região Metropolitana de São Paulo é composta por uma diversidade de municípios, dentre os quais São Paulo se destaca. Do mesmo modo, é fato que a situação política, econômica, social e cultural da capital interfere na dinâmica interna desses municípios. Os limites geográficos entre os municípios não significa a delimitação, em um território, dos aspectos positivos e negativos que desenham a realidade cotidiana da população. A partir dos dados, podemos identificar que a RMSP é um mosaico, composto por diferentes realidades, o que nos leva a refletir sobre os desafios para a gestão pública e a necessidade de análises e estratégias para as “regionalizações”.

Os números evidenciam que não há homogeneidade. A proximidade geográfica não aproxima as realidades desses municípios, que tiveram trajetórias históricas, heranças, geografia e papel diferente na formação da RMSP. Sem desconsiderar os aspectos positivos da “perspectiva regional-territorial”, como inovação da gestão, diálogo entre “vizinhos” e otimização de recursos/esforços, há que se considerar que tal perspectiva não está isenta de conflitos políticos, econômicos e culturais (KOGA e NAKANO, 2006).

Outra metodologia para identificar o perfil dos municípios que compõem a RMSP é o Índice Paulista de Responsabilidade Social criado pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Uma metodologia que faz parte da “Terceira Geração de Indicadores” e tem a proposta de medir resultados e esforços da gestão pública na melhoria dos indicadores analisados (KAYANO e CALDAS, 2006).

O IPRS é composto de quatro indicadores: três sintéticos setoriais, que mensuram as condições atuais de um município em termos de renda, escolaridade e longevidade, permitindo o ordenamento dos 645 municípios do Estado de São Paulo segundo cada uma dessas dimensões; e uma tipologia constituída de cinco grupos, denominada Grupos do IPRS, que resumem a situação dos municípios de acordo

com os três eixos considerados. Na tabela 4, apresentamos os 39 municípios da RMSP divididos por grupos conforme a metodologia do IRPS.

Tabela 4: Grupos do Índice de Responsabilidade Social da RMSP, 2008

Unidades Territoriais	Grupo / Total	Riqueza Municipal	Longevidade	Escolaridade	
Região Metropolitana de São Paulo	-	64	74	68	
Barueri	Grupo 1: Reúne municípios com elevado nível de riqueza e bons indicadores sociais. Total: 08	74	73	71	
Caieiras		51	75	70	
Juquitiba		50	72	72	
Osasco		63	72	68	
Ribeirão Pires		59	73	73	
Santo André		61	73	79	
São Caetano do Sul		69	80	95	
São Paulo		66	75	71	
Arujá		Grupo 2: Municípios com bons níveis de riqueza, que não se refletem nos indicadores sociais, os quais se situam aquém dos registrados pelos municípios pertencentes ao Grupo 1. Total: 20	56	69	69
Cajamar			60	76	66
Cotia	65		71	79	
Diadema	59		72	63	
Embu	53		73	52	
Embu-Guaçu	52		70	74	
Guararema	53		69	70	
Guarulhos	57		73	62	
Itapecerica da Serra	63		68	61	
Itapevi	56		73	56	
Jandira	58		74	61	
Mairiporã	50		69	69	
Mauá	57		71	67	
Mogi das Cruzes	52		71	71	
Santana de Parnaíba	74		77	62	
São Bernardo do Campo	65		77	67	
São Lourenço da Serra	52		69	51	
Suzano	51	68	68		
Taboão da Serra	59	70	65		
Vargem Grande Paulista	54	76	66		
Poá	Grupo 3: Municípios com nível de riqueza baixo, mas com bons indicadores de escolaridade e longevidade. Total: 02	47	74	76	
Santa Isabel	43	72	73		
Carapicuíba	Grupo 4: Municípios que apresentam baixa riqueza e níveis intermediários de longevidade e/ou escolaridade. Total: 07	48	77	57	
Biritiba Mirim		37	75	56	
Francisco Morato		41	73	53	
Franco da Rocha		46	67	69	
Itaquaquecetuba		45	74	40	
Pirapora do Bom Jesus		44	68	68	
Salesópolis		35	72	65	
Ferraz de Vasconcelos	Grupo 5: Municípios pobres, com baixos níveis de riqueza, longevidade e escolaridade. Total: 02.	42	69	57	
Rio Grande da Serra	48	70	52		

Fonte: Tabela elaborada pela autora a partir de dados da Fundação SEADE. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acesso em: 15/05/2011.

No “Grupo 1”, destacamos a presença de três municípios com alto PIB (Barueri, Osasco e São Paulo), sendo que a maior riqueza municipal não converge com o melhor índice de longevidade e educação, por exemplo: Barueri, respectivamente: 74, 73, 71; e São Caetano do Sul: 69, 80, 95.

O “Grupo 2”, formado pelo maior número de municípios, encerra uma diversidade ainda maior. Composto por municípios populosos, com riqueza expressiva, mas índices de longevidade e educação baixos, bem como por municípios sem riqueza e com índices igualmente baixos.

O “Grupo 3” é formado por dois municípios que, mesmo com pouca riqueza, conseguem superar municípios do segundo grupo, nos eixos de longevidade e escolaridade.

Os “Grupos 4 e 5” apresentam no total 9 municípios com índices de longevidade e educação intermediários ou baixos e uma riqueza baixa na classificação geral.

Os números apresentados demonstram que a riqueza gerada na região é concentrada em cinco municípios, que apresentam índices incompatíveis com uma proposta de desenvolvimento “econômico e social combinado”, mostrando que a desigualdade presente na região se expressa também no interior desses municípios.

A partir de dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010), mostramos na tabela 5 a distribuição da riqueza e desigualdade no interior dos municípios da RMSP:

Tabela 5: Desigualdade nos Municípios da RMSP

Índice de Gini, 2000	Índice L de Theil, 2000	Município
0,73	1,06	Santana de Parnaíba
0,69	0,85	Barueri
0,64	0,72	Mairiporã
0,62	0,68	São Paulo
0,62	0,65	Cotia
0,61	0,64	Guararema
0,58	0,58	Moji das Cruzes
0,58	0,57	Arujá
0,58	0,55	Cajamar
0,58	0,53	São Lourenço da Serra
0,57	0,54	Suzano
0,56	0,54	São Bernardo do Campo
0,56	0,5	Itapeceira da Serra
0,55	0,53	Salesópolis
0,55	0,49	Guarulhos
0,55	0,48	Pirapora do Bom Jesus
0,54	0,47	Taboão da Serra
0,53	0,49	Santo André
0,53	0,48	Santa Isabel
0,53	0,46	Biritiba-Mirim
0,53	0,45	Embu-Guaçu
0,52	0,46	Osasco
0,52	0,45	Ribeirão Pires
0,52	0,44	Poá
0,52	0,44	Caieiras
0,52	0,43	Jandira
0,52	0,41	Vargem Grande Paulista
0,51	0,42	Juquitiba
0,51	0,4	Itapevi
0,5	0,44	São Caetano do Sul
0,5	0,37	Itaquaquecetuba
0,49	0,38	Mauá
0,49	0,37	Franco da Rocha
0,49	0,37	Ferraz de Vasconcelos
0,49	0,37	Diadema
0,48	0,36	Carapicuíba
0,48	0,35	Embu
0,48	0,34	Francisco Morato
0,47	0,32	Rio Grande da Serra

Fonte: Tabela elaborada pela autora, fonte de dados: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Acesso em: 26/05/2011.

Indubitavelmente, a RMSP é complexa, heterogênea e desigual, exigindo análises mais detidas, particulares para identificar seus desafios. Partindo de generalizações ufanistas, a região ganha o status de ícone nacional de “progresso”,

mas abriga nas suas “realidades locais” diferenças, desigualdades e conflitos.

Distribuída de forma desigual entre a região, a riqueza é também apropriada de forma desigual no interior dos municípios. Dentre os cinco municípios com melhor arrecadação, Santana de Parnaíba é o município da Região Metropolitana de São Paulo mais desigual, seguido de Barueri. Trata-se de um fato expresso na realidade visível do município que comporta em si – praticamente – duas cidades: Alphaville/Tamboré e Barueri.

No que tange às condições de saúde, a RMSP apresenta uma expressiva população coberta por Planos de Saúde Suplementar: RMSP (49,65%) e Estado de SP (41,49). A expressiva cobertura não significa a ausência de procura pelos serviços de saúde públicos e, ainda, podemos entender que diante do número de serviços presentes nessa região, esses planos podem constituir benefício empregatício.

Outra informação relevante é o número de internações realizadas – comparando a região com o Estado – segundo as dez principais causas de Morbidade, que apresentamos na tabela 6:

Tabela 6: Proporção de internações segundo as 10 principais causas (Capítulo CID 10) da população geral – RMSP, 2009

Capítulo CID 10	RMSP	Estado SP
XV. Gravidez, parto e puerpério	21,43	18,50
IX. Doenças do aparelho circulatório	10,60	10,96
X. Doenças do aparelho respiratório	10,02	10,87
XIX. Lesões enven e alg out conseq. causas externas	9,67	8,92
XI. Doenças do aparelho digestivo	8,78	9,22
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	5,74	6,53
II. Neoplasias (tumores)	5,30	5,45
V. Transtornos mentais e comportamentais	4,92	7,72
VI. Doenças do sistema nervoso	3,54	2,99
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,49	3,86

Fonte: Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Condições de Vida e Saúde na Região Metropolitana de São Paulo. Disponível em <http://www.observasaude.sp.gov.br>. Acesso em 25/05/2011.

Conforme a tabela 6, o CID XV (gravidez, parto e puerpério) é o item que mais se destaca na RMSP (21,43%) e no Estado de SP (18,50%); nos demais itens,

ocorre pouca diferença.

Quanto à mortalidade, a tabela 7 também vai evidenciar que a realidade da região não difere, em muito da do Estado, mas chama atenção a variação de algumas doenças no ranking, como as doenças do aparelho circulatório (RMSP, 33,45% e Estado SP, 30,69%) e as neoplasias (RMSP, 18,49% e Estado de SP, 17,67%):

Tabela 7: Mortalidade proporcional segundo as 10 principais causas (Capítulo CID 10) da população geral – RMSP, 2008.

Capítulo CID 10	RMSP	Estado SP
X. Doenças do aparelho circulatório	33,45	30,69
II. Neoplasias (tumores)	18,49	17,67
X. Doenças do aparelho respiratório	11,83	11,64
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	10,14	9,57
XI. Doenças do aparelho digestivo	5,91	5,86
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,47	4,97
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,97	3,99
VI. Doenças do sistema nervoso	2,50	2,34
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín. e laborat	2,19	6,36
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1,99	1,79

Fonte: Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Condições de Vida e Saúde na Região Metropolitana de São Paulo. Disponível em <http://www.observasaude.sp.gov.br>. Acesso em 25/05/2011.

Os dados acima sinalizam que as generalizações não captam as particularidades do “local”, encobrem desigualdades e injustiças e impedem o “deciframento” da realidade.

Com essa compreensão, apresentamos no item seguinte o município de Barueri a partir das suas “singularidades” quantitativas e suas particularidades históricas que determinam sua conjuntura atual.

2.2 Na Rota dos Bandeirantes: passado e presente de Barueri

Barueri, minha terra santa. Feliz o dia em que te visitei
Ao ver a "Flor Vermelha Que Encanta". Por ela me apaixonei.
Há 30 anos, moro na cidade. Mãe adotiva que me dá calor
Aqui eu vivo só felicidade. Por isso lhe dedico amor.
Cidade bela que encanta. A quem passa por aqui
Uma flor que se agiganta. Assim é Barueri.
Flor vermelha que encanta (Tadeu Barueri)³⁷

Atuando em um dos serviços públicos do município de Barueri, não é incomum escutarem-se observações que destacam a “riqueza econômica da cidade”, por parte de profissionais de outras localidades da região que consideram a cidade a “prima rica” na região. Por conseguinte, acreditam que, por ser uma cidade rica, a atuação do assistente social é “menos difícil”. Não há tantas demandas para os profissionais, pois “todos” os serviços públicos – abundantes – funcionam corretamente, atendendo às demandas da população.

Essa visão pauta-se em três pontos: primeiramente na “história” de uma terra exuberante em beleza e riquezas, com um povo guerreiro e conquistador; segundo, pelas reais dificuldades dos municípios vizinhos, alguns com uma arrecadação financeira inadequada para os números da população; e em terceiro, pela propaganda feita pelo município de Barueri, que destaca sua arrecadação, o número de serviços oferecidos e atendimentos, fazendo uso de indicadores, estatísticas, que são vastamente publicizados. Para os munícipes e muitos profissionais dos municípios vizinhos, Barueri é uma “flor vermelha que encanta”.

Uma cidade rica, bela, pujante, segura, onde todos vivem felizes, um contraste com a realidade da região. Uma visão que é partilhada e mantida pelos munícipes de Barueri. Para estes, é um “orgulho” ser barueriense. Se indagados sobre seu local de residência, dificilmente respondem simplesmente “sim”. É comum responderem: “Sim, há vinte, trinta, quarenta anos”, e acrescentam qual rua ou prédio público receberam o nome de um familiar.

Uma indagação simples e objetiva seria: “Por que este ufanismo?” Os elementos para responder esta pergunta e compreender a identidade municipal nos remetem ao processo de formação do município e região. Assim, recorreremos à

³⁷Publicado no Recanto das Letras em 13/11/2007. Código do texto: T734883. Fonte: <http://www.recantodasletras.com.br>. Acesso em: 20/05/2011.

história, sobretudo na literatura local, para decifrar o município de Barueri.

2.2.1 A formação do Município de Barueri

Devido as suas características – área inóspita e desabitada, de difícil acesso, em função das correntezas do rio Anhembi – a fazenda Barueri foi utilizada pelos jesuítas para instalar alguns índios, tornando-se um tipo de aldeamento administrado pelos jesuítas e agrupando índios de diferentes locais que fugiam tantos dos bandeirantes como dos fazendeiros, em meados dos anos de 1560.

A Aldeia de Barueri que foi estabelecida na margem setentrional do rio Anhembi (hoje Tietê), distava cinco léguas da Vila São Paulo e duas e meia da Vila de Parnaíba. Por estar situada dentro dos termos da capital a Aldeia de Barueri estava sujeita à jurisdição das autoridades da Vila paulistana. (ELIAS SILVA, 1995: 15-16)

Até 1610, as inóspitas terras de Barueri, sob a administração dos jesuítas, concentravam 35% do total dos índios residentes nas aldeias vizinhas à Vila São Paulo. O interessante é que hoje não encontramos muitos descendentes indígenas no município, diferentemente dos descendentes de japoneses, bem como da realidade do município de Carapicuíba.

A invasão e exploração das terras, que pertenciam aos índios, e a escravidão imposta a estes marcaram anos de colonização do Brasil, bem como a busca desenfreada por ouro e por índios que impulsionavam os bandeirantes por todo o país. Esses conflitos marcaram todo o processo de colonização do país, com nuances específicas em cada região, de acordo com sua localização e importância econômica, em outros termos, o número de índios para servir de escravos. Nesse ponto, a Aldeia de Barueri destacava-se pelo superpovoamento.

Entretanto, após anos de exploração desenfreada, com a expulsão dos jesuítas para Portugal em 1759 e a transferência da administração das aldeias para a Ordem Carmelitana de São Paulo, as bases da administração local sofreram profundas mudanças. Assim, no começo do século XIX, a Aldeia de Barueri, em razão da decadência, passa a povoado da Vila de Parnaíba, esta com bom prestígio.

Anos mais tarde, o povoado de Barueri, por estar localizado na rota dos

tropeiros que transportavam animais entre Sorocaba e regiões mais ao sul do país, crescia. Esses viajantes necessitavam de estadia, alimentação e reposição de equipamentos, o que motivou o crescimento do comércio local (ELIAS SILVA, 1995: 39). A aldeia que chegou a ser considerada “uma ilha da capital”, devido a sua localização e geografia, ganha um novo status na região, uma realidade identificada em outras localidades em toda província de São Paulo no século XIX.

A formação de um “povoado-estação” conferia a Barueri uma posição estratégica em relação à sua sede, Parnaíba. Com facilidades de acesso à capital e às localidades mais próximas no curso da ferrovia, Barueri crescia cada vez mais nas suas adjacências. (...) Estando a Vila de Parnaíba afastada das principais vias de comunicação por terra, e ferrovia, o fator locacional que beneficiava Barueri era irrelevante para ela e a despeito das inúmeras iniciativas do poder público local no sentido de desenvolver a vila, esta se apresentava condenada a permanecer às margens dos processos mais dinâmicos de desenvolvimento econômico. (ELIAS SILVA, 1995: 42-43)

Todo o processo impulsionado pelas atividades econômicas levou Barueri a pleitear e conquistar a posição de Distrito de Paz de Parnaíba em 1918, um importante passo para a conquista da emancipação política, que tornaria o distrito um município em 1948. Emancipado de Parnaíba, Barueri agrega as terras, serviços e a população de Carapicuíba, para atender aos requisitos necessários ao pleito desejado.

Nos anos seguintes, o município de Barueri passou por dificuldades financeiras, pois o orçamento municipal não atendia a demanda da expressiva população, com grande participação dos moradores do Distrito de Carapicuíba. Por conseguinte, o distrito que serviu aos interesses apresentava-se como um problema. Por este motivo, a emancipação de Carapicuíba em 1964 mostrou-se, financeiramente, melhor para o município de Barueri, que mantendo o mesmo orçamento, mas com uma população reduzida, dispunha de condições econômicas mais favoráveis, sendo já na terceira década do século XX “uma das principais receitas orçamentárias da região”, com um correspondente crescimento demográfico. Já Carapicuíba, desde sua formação, contou com pífios recursos.

A relação entre os atuais municípios de Barueri e Jandira também são complexas, sendo que, na década de 1970, foi feito um movimento para desvincular

o distrito do Jardim Silveira do território de Barueri, mas a ação não obteve êxito e caiu no esquecimento. Na verdade, o município de Barueri apresentava inúmeros problemas em decorrência das condições geográficas. Um contexto que tornava o crescimento da cidade não apenas desproporcional, mas dificultava a comunicação entre os bairros e distritos. Devido a essa realidade, a região vai experimentar a primeira ação regional:

Os obstáculos naturais e artificiais que colocavam municípios vizinhos distantes um dos outros (exceção de Jandira que tinha um bairro ligado ao território de Barueri) estimularam a formação de um consórcio de Promoção Social que visava uma integração real e mais próxima, entre Barueri, Carapicuíba, Jandira, Santana de Parnaíba e Pirapora do Bom Jesus. Este consórcio (CISOGRAN) que iniciou suas atividades em 1972 começou a colher frutos das mesmas em meados de 1974, com a formação do Grupo Tempo (Teatro, Música e Poesia). (ELIAS ALVES, 1995: 85)

Um marco para a vida econômica do município foi a construção do centro residencial, comercial e industrial denominado “Alphaville”, projetado e executado pela Construtora Albuquerque-Takaoka S.A. nos anos de 1973. Um projeto que dividirá a cidade em duas realidades e contribuirá para que o município nos anos 1980 ignore os impactos da década perdida³⁸, e sugere definitivamente a condição de cidade-dormitório:

Em meados da década de oitenta, Barueri já tornava-se um município que se auto-sustenta. O crescimento verificado no parque industrial instalado nos mais diversos bairros superara em definitivo a condição da “cidade dormitório”, dependente das indústrias de Osasco e São Paulo. Esta virada econômica colocou Barueri entre as principais cidades em arrecadação da Região Metropolitana de São Paulo. (ELIAS SILVA, 1995: 91)

É sob esse signo que o município se projeta no cenário local: como uma cidade rica, uma das melhores arrecadações do Estado, um “país de primeiro mundo”, “um lugar bom para o barueriense morar”. Como nos relata um historiador local, a ascensão econômica do município é lembrada com grande importância:

³⁸ No âmbito nacional permanecem, neste período, alguns traços dos anos 70, como baixa no crescimento do PIB, aumento da concentração da riqueza e congelamento dos salários. (MOTA, 2006)

Um evento importante para aumentar a arrecadação do município, que era extremamente carente de recursos, foi a partida do Terminal da Petrobrás em fevereiro de 1972, gerando sensível melhora na arrecadação municipal. Lembro-me perfeitamente que ao final de cada mês, o signatário fazia o fechamento dos estoques do Terminal, onde trabalhava, preparava o cheque referente ao imposto sobre serviços e ia entregar ao Prefeito Bittencourt, que o guardava para complementar o pagamento da folha do pessoal da Prefeitura. (OLIVEIRA, 2009: 33-34).

No levantamento histórico realizado, identificamos as bases estruturantes do “mito fundador” de Barueri, que foram criados no bojo da história municipal acima resumidamente descrita, são eles: o fundador da aldeia que deu origem ao município; a/o padroeira/o; o nome da cidade; o hino; e os símbolos da bandeira. Identificamos que a história da cidade é repleta de desencontros de informações, ou até mesmo, informações inverdadeiras. Não se trata apenas de diferentes interpretações, mas de situações inexistentes no contexto municipal, mas que figuram como a base da formação da cidade. Na verdade, a história do município colocou a emergência de personagens comuns a outras regiões, sem o protagonismo de um “povo heroico”, ou a beleza de uma “terra que encanta”. Os índios que aqui residiam foram exterminados, as terras eram inóspitas e os limites territoriais entre os municípios são recentes.

Iniciamos pelo ano de fundação da aldeia (1610) e seu fundador (Padre João de Almeida) duas informações inverdadeiras. Primeiro porque desde 1560 já se instalavam índios em Barueri, trazidos por jesuítas, e segundo, porque nenhum Padre João de Almeida da Companhia de Jesus esteve em Barueri.

Na seara religiosa, ainda ganha destaque a indefinição quanto ao “padroeiro” ou “padroeira” da cidade, pois a primeira missa rezada nesse aldeamento aconteceu em 21 de novembro de 1560, sendo instituída Nossa Senhora da Escada como Padroeira da Aldeia. Entretanto, São João Batista foi oficializado como padroeiro do Distrito em 1949. Com a dificuldade para compreender os limites e diferenças entre Comarcas, Distritos e Municípios, surgiram confusões sobre quem seria o padroeiro da cidade. Assim, em 21 de abril de 1956, Nossa Senhora da Escada foi oficializada padroeira do município de Barueri.

Seguimos por “desmistificar o nome da cidade” que por muito tempo foi tida

como sinônimo de “flor vermelha que encanta”, significado atribuído à tradução da palavra para o tupi-guarani. Entretanto, dados oficiais registram que antes do povoamento, realizado pelos jesuítas trazendo índios para a região, a fazenda já tinha um nome de origem europeia e não indígena, pois inexistiam índios em Barueri naquela época, muito menos tupi-guarani:

Mbarieri – Rio encachoeirado (indígena), Barruère – barreira/declive (francês), logo temos a significação, barreira que encachoeira o rio, significação esta que segundo renomados linguistas [...] é a mais apropriada e concreta para a definição do topônimo em questão. (ELIAS SILVA, 1995: 3)

Como já pontuamos anteriormente, a área onde o município está localizado era identificada como de difícil acesso em função do rio Anhembi (hoje Tietê) que formava correnteza. A existência ou não de hibisco às margens do rio Barueri Mirim é uma questão que não se discute. Em termos lingüísticos, na língua tupi-guarani e suas variações, “flor vermelha” é “potypirangá”, sendo potyrá = flor e piranga = vermelha. Nessa língua, “rio que corre entre flores vermelhas” seria “Ygarapotyrangá” (ELIAS SILVA, 1995). Na identidade local, o enleio não se limitou às crônicas e poemas produzidos pelos munícipes, como o poema destacado na epígrafe, mas interferiu na formulação dos símbolos municipais que, teoricamente, devem trazer uma vinculação com a história local, características geográficas e traços da população.

Os símbolos municipais expressam o mito presente no nome da cidade. Mesclando verdade e idealizações, o uso de ícones importados não reflete a história local e inviabiliza qualquer justificativa. Cabe destacar que os atuais símbolos foram aprovados em 1973, em substituição aos símbolos que, criados em 1956, “não refletiam a história local”. Entretanto, uma detida análise dos símbolos mostrará que sua atualização não correspondeu à devida leitura da história local, antes foram introduzidos de modo aleatório, para garantir uma boa estética.

Assim, entre os principais equívocos contidos nos símbolos, sublinhamos as seguintes contribuições de Elias Silva (1998) acerca do Brasão. Na justificativa, consta a relação da “faixa ondada” com o rio Tietê, mas o autor vai desmistificar essa relação:

A faixa lembra sim o rio Tietê e faz alusão ao seu “traçado sinuoso e encachoeirado (dando origem ao nome do município – “obstáculo”, “barreira”) do mesmo em todo seu percurso cortando o território barueriense, no entanto, a referência é o rio Barueri-Mirim (rio de pequenas cachoeiras) que perpassava o município em sua área central. (ELIAS SILVA, 1998:163)

Um segundo ponto diz respeito às “hastes de cana de açúcar e milho”, que representariam a fertilidade das terras de Barueri. No entanto, Elias Silva lembra que, no período de aldeamento – do hoje município – não existia plantação de cana de açúcar no Brasil, em São Paulo, tampouco em Barueri. Por volta do século XIX, a planta começou a ser cultivada em Santana de Parnaíba. Assim, o elemento que faz referência verdadeira à realidade local é a haste de milho, pois efetivamente constituiu-se em um produto de maior relevância em todas as fases do município.

Na verdade, os símbolos justificam o mito de uma cidade “que encanta”, pujante, “sempre” feliz, a cidade do “bem”, que não dá visibilidade para suas distorções históricas e segue cantando as maravilhas de uma terra que encanta, como diz o hino entoado na abertura de todos os eventos municipais.

O hino do município apresenta atributos naturais que em nada se assemelham à descrição feita pelos primeiros colonizadores, bem como ignora os habitantes que constituíram a primeira população da Aldeia: os índios. Para deixar de ser “barranco” e tornar-se uma “flor vermelha que encanta”, os historiadores fizeram uso de inimagináveis mediações, mas que certamente alcançaram seu objetivo: alimenta nos munícipes a “crença” de que moram em uma cidade singular.

Certamente, esse jogo “ideológico” não se dá apenas nos limites culturais de Barueri. Como já explicitamos, esse recurso respaldou o processo de colonização do Brasil, influenciando a identidade nacional, e, perversamente, contribuindo para as relações “hierarquizadas” que marcam a sociedade brasileira. Uma sociedade que traz nas suas raízes o coronelismo, populismos, formas políticas de apropriação da esfera pública em função de interesses particulares de grupos poderosos. Uma sociedade autoritária, excludente, hierarquizada, na qual as relações sociais oscilam entre a cumplicidade, o mando e a obediência, mas, nunca pela igualdade jurídica dos cidadãos (CHAUÍ, apud IAMAMOTO, 2006).

Os aspectos que marcam a sociedade brasileira também desenham a realidade de muitos municípios, inclusive Barueri, que nos anos 1930 apresentava

inexpressiva participação política da população. Com um eleitorado insignificante, ausente, alheio às questões políticas, que marcava presença apenas por meio das votações eleitorais (ELIAS SILVA, 1995). Situação que começou a mudar – uma década depois – em função, sobretudo, da densidade da população, mas que não abandonou algumas peculiaridades, atípicas até mesmo para o Brasil. Nos anos de 1955,

[...] o legislativo barueriense foi envolvido em um episódio de que não se tem conhecimento de caso semelhante em toda a história do Brasil. Reunidos em lugares diferentes, o legislativo começou a funcionar com duas câmaras. O Presidente que não havia dado posse ao seu sucessor passou a impedir que o grupo que elegeu aquele tivesse acesso às dependências do legislativo. (ELIAS SILVA, 1995: 70)

No que se refere aos aspectos políticos municipais, destacamos três pontos: a presença do político Rubens Furlan desde 1977, como vereador, prefeito ou mesmo apoiando os prefeitos eleitos (como: Carlos Abel, 1989; e Gil Arantes, 1997), uma figura tão importante que sua vida consta como matéria na grade curricular do ensino municipal; as relações partidárias sempre “muito próximas” com os governadores do Estado de São Paulo; e a inexistência de um gestor local do Partido dos Trabalhadores (PT), mesmo que desde 1980 o município já contasse com representantes desse partido.

No que tange à “independência econômica”, merece destaque a natureza da arrecadação municipal que, como consta em registros histórico, teve seu salto qualitativo com a criação de Alphaville. Um bairro que mais parece uma cidade, pois este sim tem independência econômica. Uma situação reconhecida pelos moradores que, já nos anos 1930 e 1940, começaram a apresentar focos de insatisfação “com a situação de maior produtor de receitas para Barueri e começaram a discutir a possibilidade de emancipação”. Os moradores organizaram-se a partir do Grupo para Emancipação do Município de Alphaville (GEMA) e apresentaram à Assembleia Legislativa de São Paulo um projeto solicitando o plebiscito para saber a opinião dos moradores,

Enquanto os moradores de Alphaville e Tamboré discutiam a possibilidade de emancipação, o ex-prefeito de Barueri, então deputado estadual (eleito em 1990), Rubens Furlan (PMDB)

começou a sua campanha para retornar ao Executivo barueriense. Nas eleições realizadas em novembro de 1992, com indiscutível superioridade sobre os oponentes, Eduardo Assarito (PT) e Calixto Gomes (PRN), Rubens Furlan foi novamente guindado ao cargo de prefeito, assumindo em janeiro de 1993. (ELIAS SILVA, 1995: 94)

Entretanto, o pleito de Arnaldo Menk – líder do movimento GEMA – não obteve êxito, pois a Assembleia Legislativa recusou o projeto e o grupo se dissolveu, fazendo com que o movimento de emancipação caísse no esquecimento. Atualmente, o prefeito Furlan reside no bairro de Alphaville (antes residia no bairro Jardim Belval), administrando um Produto Interno Bruto que comparado com os municípios vizinhos é,

[...] 3,4 vezes maior do que de Osasco, 3,8 vezes maior que Parnaíba, 9,3 vezes maior que o de Araçariguama 8,8 vezes maior que o de Jandira, 9,5 vezes maior que o de Itapevi, 12 vezes maior que o de Pirapora do Bom Jesus e 17,5 vezes maior que o de Carapicuíba. (OLIVEIRA, 2009: 79)

2.2.2 Barueri na Micro Região Rota dos Bandeirantes nos dias atuais

No século XXI, Barueri expressa nos seus aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais as marcas do país. No âmbito local, podemos identificar características da nação, do estado e da região, nas diferentes fases da história.

Situamos o município no contexto estadual, seu surgimento e localização. Mostramos que Barueri faz parte dos 39 municípios que compõem a Região Metropolitana de São Paulo. Distante 26,5 quilômetros do marco zero na Praça da Sé, o município faz divisa: ao norte com Santana de Parnaíba; ao sul Carapicuíba; ao leste Osasco e, ao oeste, Jandira e Itapevi.

O mapa 2 mostra o município e a localização dos vizinhos fronteiriços. Contudo, a história da região e do município mostrou que os limites territoriais atuais são recentes (década de 1960). O que antes era um só território, onde se articulavam limites e possibilidades para o atendimento de necessidades, agora está fragmentado geográfica e economicamente, com uma “desigual e combinada” distribuição dos recursos e riqueza.

Essa realidade interfere objetivamente na relação que os munícipes estabelecem com os seus respectivos territórios, pois os limites territoriais não se constituem em um muro, uma linha divisória concreta para a busca do atendimento das necessidades em todas as áreas, sobretudo da saúde:

Mapa 2: Mapa do Município de Barueri

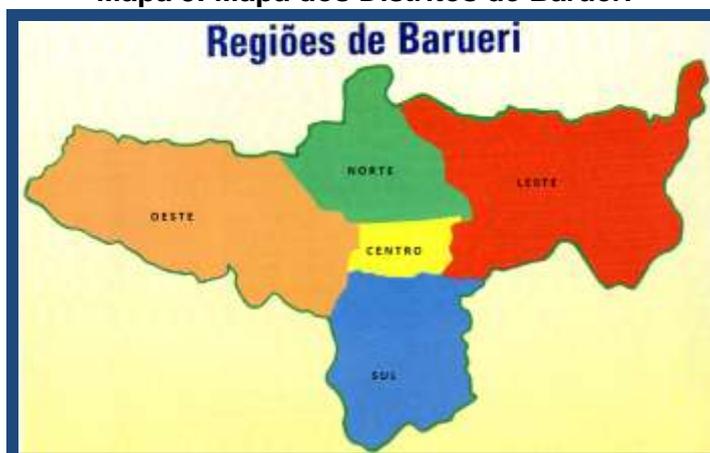


Fonte: História de Barueri. Capítulos da História Municipal.

No desenho interno, o município é formado por cinco regiões: Centro, com 14 bairros; Norte, com 21 bairros; Sul, com 15 bairros; Leste, com 21 bairros; e Oeste, com 9 bairros, totalizando 80 bairros, de acordo com o Guia de Barueri, elaborado pela Prefeitura Municipal de Barueri em 2004.

No mapa 3, demarcamos as cinco regiões:

Mapa 3: Mapa dos Distritos de Barueri



Fonte: Guia Barueri, 2004.

Com uma população de mais de 240 mil habitantes e um território de 64,17km², Barueri é um município de grande porte. Contando com Rubens Furlan (PMDB) como gestor local, o município apresenta o seguinte perfil, conforme dados da Fundação SEADE³⁹:

Tabela 8: Perfil do Município de Barueri, 2010

Eixos	Indicadores
Território	100% de urbanização. 24,46% população com menos de 15 anos. 6,48% população com 60 anos e mais.
Estatísticas Vitais e Saúde	22,48% taxa de natalidade (por mil habitantes). 7,90% taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). 9,96% taxa de mortalidade na infância (por mil nascidos vivos). 7,22% mães adolescentes (com menos de 18 anos). 87,34% mães que tiveram sete e mais consultas de pré-natal.
Condições de Vida	Renda per capita (em salários mínimos): 3,28. 74 (Alto) IPRS* - Dimensão Riqueza. 73 (Alto) IPRS - Dimensão Longevidade. 71 (Alto) IPRS - Dimensão Escolaridade. 7,47% domicílios com renda per capita até 1/4 do salário mínimo. 14,06% domicílios com renda per capita até 1/2 do salário mínimo.
Habitação e Infraestrutura Urbana	88,60% domicílios com infraestrutura interna urbana adequada. 99,29% coleta de lixo - nível de atendimento.
Educação	6,24% taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais. 7,22% média de anos de estudos da população de 15 a 64.
Economia	2,69% Participação no PIB do Estado. 19,59% Participação da Indústria para o PIB municipal. 80,41% Participação dos Serviços para o PIB municipal.

Fonte: Tabela elaborada pela autora a partir de dados da Fundação SEADE. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acesso em: 15/05/2011.

* Índice Paulista de Responsabilidade Social

Uma análise mais detida do município será realizada a partir dos sistemas de informação das políticas sociais, iniciando pela Política Nacional de Assistência Social. No âmbito da Assistência Social, as ações são gerenciadas pela Secretaria de Ações Sociais e Cidadania, com o seguinte quadro de programas, ações e serviços⁴⁰:

- Programa de Transferência de Renda Bolsa Família para 9.596 (famílias). Entretanto, a estimativa de famílias pobres no perfil Bolsa Família é de: 11.210 (85,60% de cobertura). Já a estimativa de famílias pobres no perfil Cadastro Único é de: 24.043 (39,912% de cobertura).
- Benefício de Prestação Continuada (BPC), sendo: 1.339 (Pessoa com Deficiência) e 1.832 (Idoso).

³⁹ Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE. Consulta em 25/05/2011.

⁴⁰ Fonte: <http://www.mds.gov.br>. Acesso em: 25/05/2011.

O município conta com quatro Centros de Referência da Assistência Social (CRAS); um Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS); uma Secretaria para Pessoas com Deficiência; um Parque da Maturidade; Programas de Liberdade Assistida e a Prestação de Serviços à Comunidade; PROAD (programa de caráter assistencial, coordenado pela Secretaria de Ações Sociais e Cidadania, que visa atender às pessoas que se encontram em situação de desemprego).

Também já foram implantados os seguintes conselhos: Conselho Municipal de Assistência Social; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente; Conselho Municipal da Mulher.

Acerca das entidades, conseguimos identificar a existência de vinte e duas instituições que atendem em sua maioria crianças e adolescentes (das 22, 17 são inscritas no Conselho Municipal da Criança e Adolescente) e todas estão inscritas no Conselho Municipal da Criança e Adolescente e Conselho Municipal de Assistência Social.

Segundo dados da Secretaria da Educação Municipal, a Rede Municipal Escolar de Barueri é composta por mais de 100 equipamentos, compreendendo ensino maternal, infantil, fundamental, técnico, educação para jovens e adultos e transporte escolar⁴¹. A construção de escolas municipais ou instituições de ensino profissionalizante é uma constante no município, exigindo, a todos os anos, uma atualização nas informações. Uma tarefa não muito fácil. No setor privado, constam quatro faculdades.

Na área empresarial, o município conta com os seguintes números: 12.680 unidades empresariais; 221.373 pessoas assalariadas ocupadas; e o salário mensal médio é de 4,9 (salários mínimos). O setor de serviços tem mais de 80% de participação no Produto Interno Bruto Municipal.

Na área dos serviços – de toda natureza – é gritante a diferença: o centro de Barueri é desprovido de grandes lojas, centros comerciais, supermercados, shopping, bons restaurantes, bem como de serviços médicos particulares – apenas a Intermédica tem um Hospital, por ser conveniada ao Sindicato dos Funcionários Públicos. Uma busca superficial mostrará a concentração dos grandes serviços e

⁴¹ Não conseguimos dados das Escolas Estaduais. Na verdade a sistematização destas informações foi bastante trabalhosa, pois não consta – na secretaria de Educação do município – a organização destes dados.

empresas em dois bairros: Alphaville e Tamboré. Dois bairros que, por outro lado, não contam com serviços públicos, quer na área da saúde, educação, assistência social e habitação.

Devido às dificuldades de transporte para esses bairros, bem como o alto custo dos produtos e serviços, os munícipes de Barueri recorrem ao Centro Comercial de Osasco, próximo à Estação de Trem da CPTM. A dimensão da desigualdade municipal pode ser alcançada na relação com os outros municípios da região.

A desigualdade presente da RMSP marca também a micro região “Rota dos Bandeirantes”, demonstrando a necessidade de análises mais direcionadas, para que os dados estatísticos isolados não sirvam para “mistificar” uma realidade “complexa e desigual”, pois renda não se traduz em melhores condições de vida.

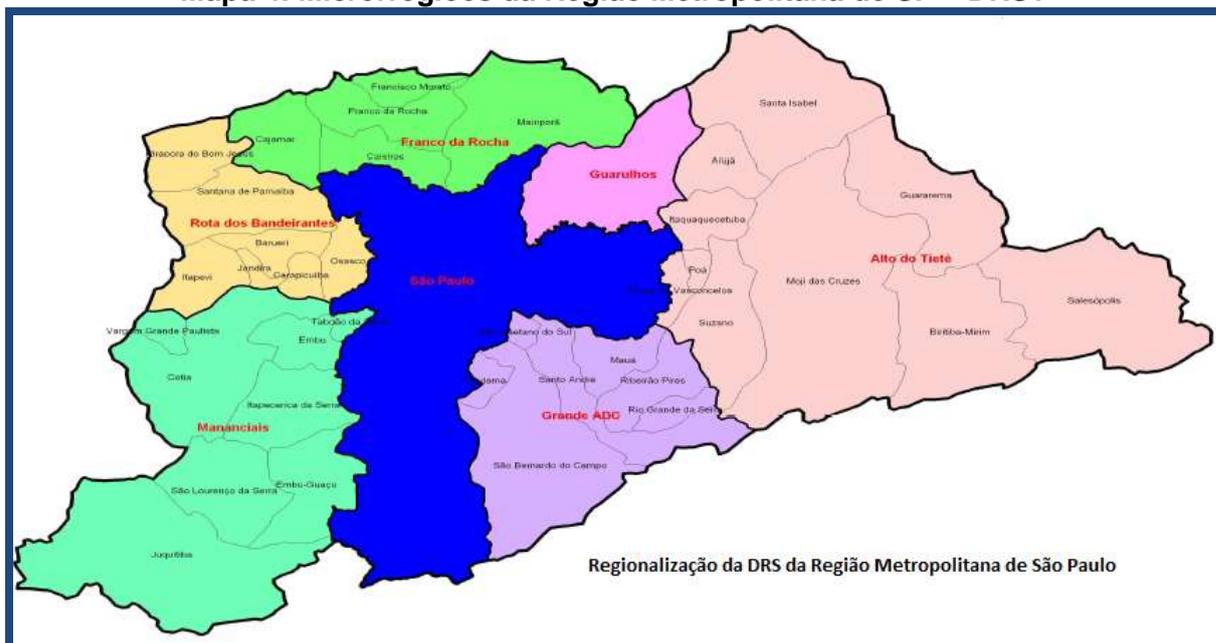
A estratégia de demonstrar a realidade dos municípios da “Micro Região” converge com um dos eixos estruturantes do Pacto pela Saúde – abordado no primeiro capítulo deste trabalho.

No Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (OSRMSP), é possível acessar informações confiáveis sobre a região RMSP, as 07 regiões da DRS1 e dos municípios, possibilitando a análise e sistematização de dados, em especial da “Rota dos Bandeirantes”.⁴²

No mapa 4, apresentamos a distribuição das sete regiões de saúde:

⁴²O Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP), Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS) e Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP) parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS e Fundação do Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP, entidade gerenciadora do projeto e onde se encontra sediado. Atuando desde 2005, tem desenvolvido atividades junto a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em especial ao Departamento de Saúde da Grande São Paulo (DRS1), e realizado seminários com temas de interesse metropolitano. Fonte: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br>. Acesso em: 27/05/2011.

Mapa 4: Microrregiões da Região Metropolitana de SP – DRS1



Fonte: Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Condições de Vida e Saúde na Região Metropolitana de São Paulo. Disponível em <http://www.observasaude.sp.gov.br>. Acesso em 25/05/2011.

Na divisão por microrregião, Barueri faz parte da microrregião “Rota dos Bandeirantes” que, juntamente com os outros seis municípios, ocupa uma área de 565 Km², com uma população de mais de 1.800 mil habitantes.

Apresentamos nas páginas precedentes dados sobre a região que evidenciaram a heterogeneidade. Entretanto, para abordar a área da saúde, vamos expor alguns dados que abordam a região a partir da divisão da DRS1, por sete microrregiões.

Considerando o Índice de Responsabilidade Social da RMSP (2008) – informado na tabela 4 – a, é possível identificar, na tabela 9, como também a microrregião Rota dos Bandeirantes é heterogênea:

Tabela 9: Índice de Responsabilidade Social da Rota dos Bandeirantes, 2008

Unidades Territoriais	Grupo	Riqueza Municipal	Longevidade	Escolaridade
<i>Barueri</i>	1	74	73	71
Osasco		63	72	68
Itapevi	2	56	73	56
Jandira		58	74	61
Santana de Parnaíba		74	77	62
Carapicuíba	4	48	77	57
Pirapora do Bom Jesus		44	68	68

Fonte: Tabela elaborada pela autora a partir de dados da Fundação SEADE. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acesso em: 15/05/2011.

Analisando a microrregião “Rota dos Bandeirantes”, é possível identificar que os dois municípios mais ricos são: Barueri (74) e Santana de Parnaíba (74), mas que ocupam postos diferentes na distribuição dos grupos: o primeiro está no primeiro grupo – com riqueza e bons indicadores sociais – e o segundo está no grupo dois – com riqueza que não reflete nos indicadores. Porém, o município de Osasco, mesmo com uma pontuação menor em termos de renda (63), consegue ocupar o mesmo grupo que Barueri.

Sobre os outros indicadores, pontuamos: (a) que a educação no município de Barueri recebeu a maior pontuação (71) seguida por Osasco e Pirapora do Bom Jesus – cada município com 68 pontos; (b) a longevidade no município de Barueri não é bem pontuada (73), um número inferior até mesmo do município de Carapicuíba que ocupa o Grupo 4.

Na tabela 10, vamos perceber que os dois municípios mais ricos também são os mais desiguais, como demonstram o Índice de Gini (Santana de Parnaíba 0,73 e Barueri 0,69) e o Índice L de Theil (Santana de Parnaíba 1,06 e Barueri 0,85).

Tabela 10: Desigualdade nos municípios da Rota dos Bandeirantes

Índice de Gini, 2000	Índice L de Theil, 2000	Município
0,73	1,06	Santana de Parnaíba
0,69	0,85	Barueri
0,55	0,48	Pirapora do Bom Jesus
0,52	0,46	Osasco
0,52	0,43	Jandira
0,51	0,4	Itapevi
0,48	0,36	Carapicuíba

Fonte: Tabela elaborada pela autora, fonte de dados: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Acesso em: 26/05/2011.

Como já explicitamos, os dois municípios – Santana de Parnaíba e Barueri – são os mais desiguais em toda a Região Metropolitana de São Paulo – com os 39 municípios. Uma desigualdade que se mantém na microrregião. Por outro lado, Carapicuíba, um município que até a década de 1960 fazia parte de Barueri, apresenta o menor índice de desigualdade na região (Índice de Gini 0,48 e Índice de L de Theil 0,36).

Usando de outros indicadores para demonstrar a desigualdade na região, propomos na tabela 11 um comparativo com quatro indicadores. Mesmo com o maior PIB da região – no período de 2007 –, Santana de Parnaíba e Barueri também

se destacam pela intensidade da pobreza (57,41% e 51,67%).

Tabela 11: Perfil da Desigualdade na Rota dos Bandeirantes.

Municípios	Renda (versus) Pobreza			
	PIB, 2007.	Intensidade da pobreza, 2000.	Percentual da renda apropriada pelos 20% mais ricos da população, 2000.	Percentual da renda apropriada pelos 80% mais pobres da população, 2000.
Santana de Parnaíba	2.892.806.000	57,41	79,73	20,27
Barueri	25.478.564.000	51,67	72,48	27,52
Carapicuíba	2.348.098.000	51,49	51,93	48,07
Itapevi	1.938.255.000	50,86	54,9	45,1
Osasco	24.688.012.000	48,81	56,31	43,69
Jandira	1.175.029.000	48,15	55,69	44,32
Pirapora do Bom Jesus	138.625.000	47,45	59,33	40,67

Fonte: Tabela elaborada pela autora, fonte de dados: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Acesso em: 26/05/2011.

No caso de Barueri, metade da população é pobre e o município é também desigual: 72% da renda do município estão nas mãos dos 20% mais ricos, enquanto 27% da renda estão entre os 80% mais pobres. Números que na região só são superados pelo município de Santana de Parnaíba.

2.2.3 A saúde na Rota dos Bandeirantes

O primeiro dado que merece destaque na região é a disponibilidade de recursos a serem empregados pelos gestores na política de saúde local.

Como demonstra a tabela 12, a capacidade da receita de Barueri é a maior de 2002 a 2007, uma informação que exige considerar o ano de 2007. Ainda, é importante considerar a população local. Nesse sentido, o município de Carapicuíba, com mais de 300 mil habitantes, disponibiliza para o gestor local um valor baixo.

Tabela 12: Capacidade da Receita dos Municípios da Rota dos Bandeirantes

Regiões/Municípios	Período					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Rota dos Bandeirantes	878,19	807,79	828,24	848,18	918,39	1.144,99
Barueri	2.572,11	2.228,28	2.244,28	2.186,21	2.357,51	2.831,27
Carapicuíba	288,81	265,22	277,23	294,64	321,02	327,45
Itapevi	549,16	460,15	441,58	446,48	493,56	587,53
Jandira	571,15	505,74	495,81	537,81	592,39	656,69
Osasco	672,73	641,60	659,02	677,94	737,77	1.087,20
Pirapora do Bom Jesus	969,57	750,29	816,09	830,15	919,80	1.030,53
Santana de Parnaíba	1.532,09	1.662,25	1.788,05	1.885,55	1.923,64	1.991,48

Fonte: Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Oferta e Produção de Serviços de Saúde na região metropolitana de São Paulo: indicadores e análises. Disponível em <http://www.observasaude.sp.gov.br>. Acesso em 27/05/2011.

Entretanto, se Carapicuíba é o município que menos disponibiliza recursos próprios para o gestor local, precisamos considerar o PIB desse município (2.348.098.000) e avaliar o quanto este repasse representa do orçamento municipal. Uma informação apresentada na tabela13:

Tabela 13: % da Receita Própria Aplicada em Saúde, conforme a EC 29/2000, na Rota dos Bandeirantes

Regiões/Municípios	Período					
	2002 %	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %	2007 %
Rota dos Bandeirantes	19,92	19,74	19,68	21,70	21,75	26,38
Barueri	19,31	16,62	18,50	21,28	21,11	20,36
Carapicuíba	23,82	21,66	18,76	23,35	27,86	24,18
Itapevi	21,15	22,06	26,16	24,12	23,04	26,44
Jandira	35,30	27,34	28,01	20,00	20,71	17,97
Osasco	18,73	22,97	20,62	24,12	23,09	35,72
Pirapora do Bom Jesus	25,25	31,25	17,27	18,72	21,70	16,71
Santana de Parnaíba	15,50	15,00	15,79	15,29	16,03	17,21

Fonte: Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Oferta e Produção de Serviços de Saúde na região metropolitana de São Paulo: indicadores e análises. Disponível em <http://www.observasaude.sp.gov.br>. Acesso em 27/05/2011.

Todos os municípios investiram mais de 15% do seu orçamento na política de saúde local, sendo que o município de Barueri, com maior PIB e que disponibiliza o maior valor, não ocupa o ranking quando se trata da aplicação da própria receita na área. Na verdade, o município de Osasco destaca-se ao empregar 35,72% da própria receita, quando Barueri emprega 26,38% da sua receita para a área da saúde. O município de Carapicuíba, com o menor PIB e menor disponibilidade, emprega 20,36%.

Com efeito, é perceptível a diferença financeira entre os sete municípios da “Rota dos Bandeirantes”, entretanto, qual o impacto dessas “realidades econômicas” para a saúde regional? Para responder esta indagação, apresentamos algumas informações concernentes à oferta de serviços na região, entre outros aspectos.

Conforme os dados da tabela 14, podemos assinalar três características da região a respeito das Estratégias de Saúde da Família: primeiramente a baixa cobertura, da região – a menor da RMSP –, apenas 11%; em segundo, a regressão desta cobertura – com exceção de Itapevi, que aumentou sua cobertura (de 29,92% para 32,57).

Tabela 14: Cobertura e Equipes das ESF da Rota dos Bandeirantes, 2008-2009

Regiões/Municípios	Período					
	2008			2009		
	Equipes	População Cadastrada	Cobertura %	Equipes	População Cadastrada	Cobertura %
Rota dos Bandeirantes	11	208.994	11,58	8	201.993	11,04
Barueri	1	-	0,00	0	-	0,00
Carapicuíba	0	-	0,00	0	-	0,00
Itapevi	8	60.441	29,92	7	67.044	32,57
Jandira	0	93.569	84,81	0	94.587	84,35
Osasco	0	32.653	4,58	0	29.121	4,05
Pirapora do Bom Jesus	2	17.107	111,01	1	5.740	36,55
Santana de Parnaíba	0	5.129	4,63	0	5.501	4,81

Fonte: Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Oferta e Produção de Serviços de Saúde na região metropolitana de São Paulo: indicadores e análises. Disponível em <http://www.observasaude.sp.gov.br>. Acesso em 27/05/2011.

Os demais municípios apresentaram uma expressiva regressão – e este é o terceiro ponto – com destaque para Pirapora do Bom Jesus que passou de 111,01% para 36,55%. A ausência das equipes das ESF na região é um fato. O que merece análise é a capacidade de cobertura das Unidades Básicas de Saúde. Assim, apresentamos na tabela 15 os dados da Rota dos Bandeirantes.

Tabela 15: Cobertura de Unidades Básicas de Saúde da Rota dos Bandeirantes, 2008-2009

Regiões/Municípios	Período			
	2008		2009	
	UBS	POP/UBS	UBS	POP/UBS
Rota dos Bandeirantes	96	18.799	96	19.058
Barueri	15	17.641	15	18.011
Carapicuíba	11	35.321	12	32.725
Itapevi	12	16.833	12	17.156
Jandira	9	12.258	9	12.459
Osasco	36	18.807	36	19.962
Pirapora do Bom Jesus	5	3.082	4	3.826
Santana de Parnaíba	8	13.841	8	14.290

Fonte: Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Oferta e Produção de Serviços de Saúde na região metropolitana de São Paulo: indicadores e análises. Disponível em <http://www.observasaude.sp.gov.br>. Acesso em 27/05/2011.

Segundo dados do documento “Oferta e Produção de Serviços de Saúde na região metropolitana de São Paulo indicadores e análises”, produzido pelo Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo:

As unidades básicas de saúde são descritas no CNES e indicam a rede disponível na atenção primária de cada município. O indicador

de cobertura de unidades básicas de saúde dividida pela população geral traduz essa capacidade instalada⁴³.

Assim, na tabela 15, é possível identificar que apenas Carapicuíba construiu mais uma UBS, ao passo que Pirapora do Bom Jesus passou de 5 para 4 UBSs, com diminuição também da cobertura, assim como Carapicuíba. Já os outros quatro municípios apresentaram aumento da cobertura. Chama atenção o fato de que Carapicuíba é o município com maior quantidade de pessoas por Unidade Básica de Saúde.

Diante do número reduzido de Unidades Básicas nessa região, sem levar em consideração a qualidade do atendimento, uma informação importante para criarmos um panorama da saúde na região seria o número de atendimentos mais complexos, para questões que seriam atendidas na “atenção básica”.

De acordo com a Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008, são 19 os diagnósticos de Condições Sensíveis à Atenção Primária⁴⁴: I) Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis; II) Gastroenterites infecciosas e complicações; III) Anemia; IV) Deficiências nutricionais; V) Infecções de ouvido, nariz e garganta; VI) Pneumonias bacterianas; VII) Asma; VIII) Doenças pulmonares; XIX) Hipertensão; X) Angina; XI) Insuficiência cardíaca; XII) Doenças cerebrovasculares; XIII) Diabetes Melitus; XIV) Epilepsias; XV) Infecção no rim e trato urinário; XVI) Infecção da pele e tecido subcutâneo; XVII) Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos; XVIII) Úlcera gastrointestinal; e XIX) Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Considerando a relação de “Internações por causas sensíveis à atenção básica”, na tabela 16 apresentamos a proporção de atendimentos por município da Rota dos Bandeirantes. É importante dizer que esta sistematização é utilizada para medir indiretamente o funcionamento e a capacidade de resolução da Atenção Básica.

⁴³ Fonte: Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Oferta e Produção de Serviços de Saúde na região metropolitana de São Paulo: indicadores e análises. Disponível em <http://www.observasaude.sp.gov.br>. Acesso em 27/05/2011.

⁴⁴ Fonte: Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Oferta e Produção de Serviços de Saúde na região metropolitana de São Paulo: indicadores e análises. Disponível em <http://www.observasaude.sp.gov.br>. Acesso em 27/05/2011.

Tabela 16: Internações (%) por causas sensíveis a atenção básica. Rota dos Bandeirantes, 2008-2009

Região/Municípios	2008 %	2009 %
Rota dos Bandeirantes	16,55	15,64
Barueri	15,80	16,53
Osasco	16,23	17,14
Itapevi	10,57	10,22
Jandira	34,28	19,13
Santana de Parnaíba	15,10	16,45
Carapicuíba	10,84	10,94
Pirapora do Bom Jesus	8,17	8,10

Fonte: Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Oferta e Produção de Serviços de Saúde na região metropolitana de São Paulo: indicadores e análises. Disponível em <http://www.observasaude.sp.gov.br>. Acesso em 27/05/2011.

Os dados da tabela 16 apontam dois extremos: o município de Jandira que passou de 34,28% de internações por causas sensíveis à atenção básica em 2008 para 19,13% em 2009. Mesmo com a redução, trata-se do município com o maior número de internações.

Uma última informação refere-se aos serviços da região, conforme propomos no quadro 4:

Quadro 4: Informações da Rota dos Bandeirantes

06 Hospitais, sendo que apenas um município não tem hospital.

04 Equipamentos de Ressonância Magnética, nenhum disponível ao SUS.

19 Tomógrafos, 5 Disponíveis ao SUS.

34 Mamógrafos (16 em Osasco e 10 em Barueri, o restante está distribuído entre os outros quatro municípios) 05 disponíveis ao SUS.

41,24% da população beneficiária de Planos de Saúde Suplementares em 2009.

1.323 Leitos SUS

Fonte: Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Oferta e Produção de Serviços de Saúde na região metropolitana de São Paulo: indicadores e análises. Disponível em <http://www.observasaude.sp.gov.br>. Acesso em 27/05/2011.

O levantamento dos dados demonstrou que há concentração de serviços e recursos financeiros nessa microrregião, bem como o desconhecimento sobre a realidade regional, a despeito das estratégias e ações “pactuadas” para o atendimento das necessidades regionais.

2.3 A melhor SAÚDE da Região: o sistema de saúde de Barueri.

Hospital Municipal: Números que impressionam. O Hospital Municipal de Barueri “Dr. Francisco Moran” considerado como um dos mais modernos estabelecimentos do gênero completa três anos de funcionamento neste dia 29 de maio. E neste terceiro ano de funcionamento, os números são impressionantes. O Hospital Municipal já realizou cerca de 16 mil cirurgias, mais de 15.000 internações, 200 mil atendimentos ambulatoriais e exames laboratoriais, quase 13 mil atendimentos de urgência e emergência. Foram realizados mais de 10 mil exames de tomografia computadorizada e 12 mil procedimentos de hemodiálise. O Banco de sangue coletou mais de 4,6 mil bolsas, desde a sua inauguração em agosto de 2010. Para o prefeito Rubens Furlan, a implantação do Hospital Municipal foi a realização de um sonho antigo, e por isso não poupa investimentos nessa área porque sabe que todo dinheiro gasto não vale uma vida recuperada. (Jornal Cidade de Barueri. Ano XXVI – Nº 1986. Sábado 28 de Maio de 2011)

A história da Saúde em Barueri é um capítulo da história do município, da região, do Estado e do país, pois no âmbito local se dá ou não a operacionalização do sistema de saúde. Como já pontuamos, a “pujança” de Barueri não se limita a uma área.

Nas páginas precedentes, abordamos a história e os números municipais, demonstrando a necessidade de uma análise crítica para o “deciframento” da realidade local, pois a aparência não reflete a essência – uma sociedade local desigual.

É com esta perspectiva que procuramos nos escritos históricos oficiais os dados sobre a saúde de Barueri. Esta busca nos leva à década de 1930, quando o então Distrito de Barueri possuía – como muitos outros distritos no país – condições de saúde muito precárias.

Os investimentos estaduais eram feitos no Distrito Sede de Santana de Parnaíba; Barueri não contava com nenhum médico e a população deslocava-se – com toda dificuldade de transporte e impedimentos naturais – para Santana de Parnaíba ou para a capital.

Entre os anos de 1949 a 1953, com o primeiro prefeito municipal, instala-se um posto de Assistência Médico Sanitária em Santana de Parnaíba. Também nessa década (1955), o município passou a contar com a instalação de mais dois postos médicos construídos pelo Estado, ainda no distrito de Carapicuíba, pois este apresentava melhores condições de transporte e comunicação entre Osasco e São

Paulo. Porém, a existência desse serviço não minimizava os carecimentos da população, pois a equipe que atendia no serviço era composta por dois estudantes de medicina e um auxiliar de enfermagem. Não havia médico no serviço.

Importantes ações irão marcar a década de 1970 no município de Barueri, na área da saúde, “em função do aumento da receita”. Será criado o Serviço Médico de Assistência Social de Barueri (SEMASB), “um sistema de atendimento médico que passou a atender não só os moradores de Barueri, mas também muitos casos de cidades vizinhas” e no ano de 1979, o sistema foi reorganizado, dando lugar ao Serviço de Assistência Médica de Barueri (SAMEB). Atendendo 24 horas, o SAMEB trabalhava de maneira articulada aos postos de saúde nos bairros mais populosos da cidade. Não localizamos entre os documentos do legislativo municipal nenhum documento acerca da construção, bem como sobre a mudança de nomenclatura deste serviço⁴⁵.

A partir da busca, localizamos 32 documentos, sendo que o primeiro data de 1970 e o último de 2010, mas que não representam o universo da legislação local sobre a área, pois há ausência de documentos importantes mencionado nos registros históricos.

A cronologia das leis nos informa sobre um aspecto legal e técnico da política de saúde no município, entretanto, a política social não se limita a essas dimensões. Nos termos de Vieira (2000), que discute o surgimento dos direitos a partir da compreensão dos “estadistas” (que acreditam no nascimento dos direitos a da ação do Estado) e dos “não estadistas” (consideram que os direitos nascem dos movimentos sociais), não há direito sem sua devida realização. Sem justiça e direitos, a política social não passa de ação técnica e medida burocrática, de mobilização controlada ou de controle da política; os direitos sociais significam, antes de tudo, a consagração jurídica de reivindicações dos trabalhadores.

Nessa perspectiva, a análise limitada às legislações nos impede de reconhecer o processo histórico que desenha as lutas, avanços e recuos presentes na formulação de toda política social, sobretudo na política de saúde que, na sua história, possui marcos históricos com a presença ativa da sociedade civil. Esta participação evidencia a dimensão política da política social.

Dimensão que, obrigatoriamente, dará expressão ao pleito travado entre

⁴⁵ Apresentaremos no Capítulo III outras informações acerca deste serviço.

diferentes projetos societários e nos fará conhecer a organização da sociedade na sua negociação com o Estado na exigência de melhores condições de vida. Uma dimensão que desditosamente não encontramos na historiografia de Barueri, pois no âmbito municipal, a implantação dos serviços de saúde se dá devido ao “aumento de verbas”, portanto, não expressa o conteúdo contraditório das políticas sociais.

Mesmo recorrendo a outros recursos, não localizamos o registro de movimentos, sempre consta que as mudanças são frutos da boa gestão em decorrência do aumento de verba: o município é uma cidade rica com um administrador competente.

Nos anos de 1984, o município de Barueri fica autorizado a implantar e executar o Programa de Ações Integradas de Saúde (Lei nº 464/1984), em convênio com os Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde e o Instituto Nacional de Previdência Médica da Previdência Social e o governo do Estado de São Paulo, sendo competência da Prefeitura Municipal: a) responsabilizar-se pelo custeio de pessoal e material de suas respectivas redes envolvidas no programa; b) colocar à disposição do programa a sua Rede de Serviços de Saúde; c) integrar no programa os recursos humanos de seus quadros de pessoal necessários à execução do mesmo; d) integrar os seus órgãos em todas as atividades concernentes à implantação e execução do programa. Nessa época, havia no município alguns serviços municipais, outros partilhados com o Estado. O número exato é difícil de precisar, devido à falta de registros históricos, mas em alguns documentos conseguimos levantar os seguintes serviços: 2 Centros de Saúde (Estadual), 4 Centros de Saúde (Municipal) e 1 Centro de Saúde Partilhado.

Ainda nos anos 1987, o Serviço de Assistência Médica de Barueri (SAMEB) foi transformado em Autarquia Municipal; o município assinou o Termo de Adesão ao Convênio SUDS-SP (1989), assumindo a gerência, coordenação, controle e avaliação das ações de saúde do município, bem como executando diretamente os serviços de saúde, sob supervisão do Estado.

Em 1996, o município assume a Gestão Parcial da Saúde e em 1998 é habilitado para a Gestão Plena do Sistema de Saúde. As propostas de Territorialização e Implantação dos Distritos de Saúde tiveram início nos anos de 2001 e nos anos de 2003 ocorre a Implantação do Programa de Saúde da Família (Distrito Oeste), mas hoje – mesmo com informações pertinentes em sítios oficiais

da Prefeitura – não consta mais nenhuma equipe atuando, conforme demonstrado na tabela 14.

É possível ter uma dimensão da distribuição dos serviços públicos de saúde, em 2006, a partir do mapa 5, com a demarcação dos três distritos de saúde.

Mapa 5: Serviços de Saúde em Barueri.



Fonte: <http://www.barueri.sp.gov.br>

O mapa 5 demonstra que os serviços de saúde estão concentrados na região central, uma característica que não difere muito de outros municípios paulistas, bem como é possível identificar a ausência de serviços de saúde no extremo Centro-Leste, região onde estão os bairros de Alphaville e Tamboré. Por outro lado, os serviços de saúde particular – em sua grande maioria – estão localizados exatamente nesses dois bairros.

A partir de 2007, o município passou a contar com um Pronto Atendimento Infantil (localizado no distrito central) e em 2008, com um Hospital Municipal (instalado no distrito norte).

Hoje o município possui uma rede assistencial de saúde composta por serviços que pretendem atender os munícipes na atenção básica, e na média e alta complexidade, desenvolvendo ações e programas com o objetivo de promover, prevenir e recuperar a “saúde da população”.

No quadro 5, apresentamos os serviços que compõem a rede de saúde e a caracterização de cada um, sendo importante destacar que no município não há serviço estadual ou federal, toda a rede é municipal:

Quadro 5: Serviços de Saúde Públicos de Barueri, 2010

Serviço	Caracterização	Localização
Unidade Básica de Saúde	As 15 UBS alternam o horário de atendimento de 2ª à 6ª das (07h00 às 16h00; 07h00 às 20h00; 07h00 às 21h00). As especialidades também são alternadas entre as 15 unidades: Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Serviço Social, Psicologia, Psiquiatria, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição e PAD (Programa de Atendimento Domiciliar), Cardiologia, Oftalmologia, Prótese Dentária, Pré-Natal de Alto Risco, Cardiotocografia, Colposcopia, Laudo para Isenção Tarifária, Eletrocardiograma, Dermatologia. Ações: Planejamento Familiar, Grupo de Gestantes, Palestra DST, Palestras e Atividades Físicas para Hipertensos e Diabéticos, Caminhada, Grupo de Pré-Natal, Grupo de Pregnosticon, Resultado de Papanicolau, Visita Domiciliar, Orientação Nutricional, Planejamento Familiar, Grupo de Gestantes, Grupo de Aleitamento e Puerpério, Grupo de Papanicolau, Pregnosticon, Caminhada, Grupo de Pré-Natal, Grupo de Hiperdia, Grupo de Adolescentes, Relaxamento, Artesanato e Pintura, Grupo para Acompanhamento e Orientação para mães de Crianças Menores de 1 ano.	Distribuídas nos 3 distritos de saúde.
Pronto Atendimento Adulto	Atendimento: 24h. Os três serviços diferem em muitos aspectos. O Pronto Atendimento Adulto Central tem gestão municipal, é localizado na região central, e além das especialidades de Clínica Geral, Ortopedia, Psiquiatria e Ginecologia, comporta o Laboratório Geral, a Central Reguladora de Vagas, a Maternidade e o Ambulatório de Ortopedia. Realiza exames (radiologia e ultrassonografia), é responsável pelo agendamento de transporte para acamados. O Pronto Atendimento Adulto da Região Leste e o da Região Sul são terceirizados, e atendem as especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Ortopedia e Cirurgia Geral.	Distribuídas nos 3 distritos de saúde.
Pronto Atendimento Infantil	Atendimento: 24h. Atendimento médico infantil de urgência e emergência, não atende nenhuma especialidade. Dependendo da situação (ortopedia ou ginecologia) encaminha para o Pronto Atendimento Adulto Central (prédio localizado ao lado).	Distrito Centro
Maternidade	Atendimento: 24h. Localizada no prédio do Pronto Atendimento Adulto Central, o serviço tem a capacidade de 44 leitos, 2 Salas de Partos Normal e 2 Salas de Partos Operatórios, sendo que a gestante entra pelo serviço de Ginecologia do Pronto Atendimento Adulto Central e é transferida para a Maternidade. No serviço não se dispõe de UTI Neonatal.	Distrito Centro
Ambulatório de Especialidades	Atendimento: 2ª à 6ª das 06h30min às 21h00. Especialidades: Dermatologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Vasculuar, Cardiologia, Oftalmologia, Neurologia, Endocrinologia, Alergologia, Nefrologia, Gastroenterologia, Eletrocardiograma, Pneumologia, Proctologia, Reumatologia, Urologia, Ultrassom e Psicologia.	Distrito Centro
Serviço de Atendimento Especializado	Atendimento: 2ª à 6ª das 07h00 às 17h00. Especialidades: Penisscopia, Infectologia e Dermatologia Sanitária. Para pacientes do Programa: Colposcopia, Biópsia de Colo e Vulva, Odontologia e Psicologia.	Distrito Centro
Hospital Municipal de Barueri	Cirurgias Realizadas: Pequenas, Médias, Grande, Urgências, Eletivas, Anestesiologia, Bucomaxilo, Colonoscopia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Reparadora, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vasculuar, Colangio/Endoscópio, Ginecologia, Obstetrícia de Risco Materno Fetal, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrino, Urologista, Urologista Litotripsia, Gastro Cirurgia, Cirurgia Coluna, Proctologia, Pequena Cirurgia. Exames Realizados: Laboratório – Patologia Clínica; Radiologia – Tomografia, Mamografia, Ultrassom; Patologia – Anatomia Patológica. Consultas e Procedimentos: Acupuntura, Alergologia Pediátrica, Avaliação Litotripsia Extra Corpórea, Anestesiologista, Buco Maxilo, Cardiologia Adulto, Cardiologia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Cabeça Pescoço, Cirurgia Tórax, Cirurgia Vasculuar, Clínica Médica, Curativo, Dermatologia, entre outras.	Distrito Norte
Centro de Fisioterapia	Atendimento: 2ª a 6ª das 07h00 às 19h00. Avaliação fisioterapêutica, reabilitação em indivíduos portadores de disfunção neuropsicomotoras, músculo esquelética, respiratórias. Aplicação de eletrotermofototerapia (banhos de luz, ultrassom, laser, etc.), Grupo de Cinesioterapia (coluna, artrose, tendinite, etc.).	Distrito Centro
Centro de Atenção Psicossocial Adulto	Atendimento: 2ª à 6ª das 7h00 às 17h00. Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional, Equipe de Enfermagem e Serviço Social.	Distrito Sul
Centro de Atenção Psicossocial Infantil	Atendimento: 2ª à 6ª das 7h00 às 17h00. Psiquiatria, Psicologia, Fonoaudiologia, Psico-Pedagogia, Terapia Ocupacional e Serviço Social.	Distrito Sul

Quadro 5: Serviços de Saúde Públicos de Barueri, 2010

Serviço	Caracterização	Localização
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga	Atendimento: 2ª à 6ª das 7h00 às 19h00. Atenção integral às pessoas com problemas de abuso ou dependência de álcool e ou outras drogas. Reinserção psicossocial; redução do uso e dos efeitos nocivos das substâncias psicoativas. Atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Equipe interdisciplinar. Pronto atendimento. Oficinas terapêuticas com orientação familiar.	Distrito Norte
Centro de Orientação e Apoio Sorológico	Atendimento: 2ª à 6ª das 7h00 às 17h00. Serviço de prevenção das DST/AIDS. Realização de exames de HIV, Sífilis, Hepatite B e C. Confirmação de diagnóstico e encaminhamento para tratamento médico. Distribuição de preservativos.	Distrito Centro
Farmácia Central	Atendimento: 2ª a 6ª das 08h00 às 16h30. Distribuição de medicamento, mediante receita, para os usuários carentes atendidos pela Rede Municipal de Saúde.	Distrito Centro

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de dados oficiais disponíveis em <http://www.barueri.sp.gov.br>. Acesso em: 27/05/2011.

Estes são os serviços organizados pela Secretaria de Saúde de Barueri, cujo prédio está localizado na região central – entre os prédios da Prefeitura Municipal e do Pronto Atendimento Adulto Central. Na Secretaria de Saúde, ainda estão localizados os serviços: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e a coordenação do serviço de Tráfego (que controla a liberação de peruas e ambulâncias, cujo agendamento é realizado no Pronto Atendimento Adulto Central).

Na região central, também estão localizados o Cemitério Municipal, o Centro de Prevenção e Combate à Dengue e o serviço de Zoonoses (com canil municipal) e o Laboratório de Análises Clínicas Externo (Coleta de Exames).

Considerando a periodicidade e possibilidades de acesso e sistematização, apresentaremos os números dos atendimentos realizados por alguns serviços municipais, bem como informações acerca do controle social. Utilizamos como fonte de dados as apresentações realizadas pela Prefeitura de Barueri nas Audiências Públicas (em cumprimento à Lei Federal nº 8.689 de 27/07/1993, Art. 12) disponíveis em versão digital.

2.3.1 Serviços de Atenção Básica

O município de Barueri conta com 15 Unidades Básicas de Saúde distribuídas nos três distritos de saúde. No quadro 6, apresentamos a caracterização específica das 15 Unidades Básicas de Saúde. Sendo que em todas as unidades há a especialidade de Clínico Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e, na maioria, há atividade preventiva de Planejamento Familiar. Assim, optamos por registrar as

demais especialidades e atividades preventivas, bem como o horário e distrito de localização.

Nos três eixos que compõem o quadro, é possível identificar que no âmbito do distrito há uma distribuição de horário de funcionamento, especialidades e atividades, com variações entre as cinco unidades distritais. Por exemplo, a presença da especialidade de Odontologia é marcante, assim como psiquiatria e nutrição. Por outro lado, o Programa de Atendimento Domiciliar – que atende pessoas acamadas – é realizado apenas por duas UBS.

Quadro 6: Caracterização das Unidades Básicas de Saúde de Barueri, 2010.

Distrito	UBS	Horário	Especialidades	Atividades Preventivas
Sui	Vince Nemeth	7h00 às 21h00	Fonoaudiologia, Cardiocografia, Colposcopia, Pré-Natal de Alto Risco, Eletrocardiograma, Psiquiatria, Odontologia, Nutrição e Laudo para Isenção tarifária.	Grupo de Aleitamento, Grupo de Pregnosticon, Grupo de Puerpério e Grupo de Pré-Natal.
	Hélio Berzaghi	07h00 às 21h00	Odontologia.	Grupo de Gestantes, Pré-Natal Aleitamento e Puerpério, Grupo de Papanicolau, Pregnosticon, Caminhada, Grupo de Hiperdia
	Maria Francisca de Melo	7h00 às 20h00	Fonoaudiologia, Psicologia e Psiquiatria.	Grupo de Gestantes, Aleitamento e Puerpério, Grupo de Adolescentes, Relaxamento.
	Raquel Sandrini Ruela	7h00 às 16h30	Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia.	Grupo de Gestantes, Palestras e Atividades Físicas para Hipertensos e Grupo de Papanicolau.
	Parque dos Camargos	07h00 às 20h00	Psiquiatria, Dermatologia, Cardiologia, Odontologia, Oftalmologia, Nutrição, Programa de Atendimento Domiciliar.	Palestras e Atividades Físicas para Hipertensos e Diabéticos, Grupo de Aleitamento e Puerpério e DST/AIDS.
CENTRO-LESTE	Amaro José de Souza	7h00 às 21h00	Psicologia, Psiquiatria, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição e Programa de Atendimento Domiciliar.	Grupo de Gestantes, Palestra DST, Palestras e Atividades Físicas para Hipertensos e Diabéticos, Caminhada.
	Armando Gonçalves de Freitas	07h00 às 21h00	Psicologia, Cardiologia, Odontologia e Oftalmologia.	Palestras e Atividades Físicas para Hipertensos e Diabéticos, Grupo de Pré-Natal, Puerpério, Pregnosticon, resultado de Papanicolau e Visita Domiciliar.
	Benedito de Oliveira Crudo	07h00 às 21h00	Odontologia, Prótese Dentária e Nutrição.	Grupo de Gestantes, Orientação Nutricional.

Quadro 6: Caracterização das Unidades Básicas de Saúde de Barueri, 2010.

Distrito	UBS	Horário	Especialidades	Atividades Preventivas
OESTE	José Francisco Caiaba	07h00 às 16h30	Pré-Natal de Alto Risco, Cardiotocografia, Psiquiatria, Colposcopia, Odontologia e Laudo para Isenção Tarifária.	Grupo de Gestantes, Palestras e Atividades Físicas para Hipertensos e Diabéticos e Caminhada.
	Maria Magdalena Macedo	7h00 às 16h30	Eletrocardiograma, Psicologia e Fonoaudiologia.	Palestras e Atividades Físicas para Hipertensos e Diabéticos e Grupo de Papanicolau.
	Hermelino Liberato Filho	7h00 às 21h00	Fonoaudiologia, Psicologia, Psiquiatria e Odontologia.	DST/AIDS e Caminhada.
	João de Siqueira	07h00 às 16h30	Psicologia, Fonoaudiologia e Odontologia.	Grupo de Pré-Natal, Palestras e Atividades Físicas para Hipertensos e Diabéticos
	Maria de Lourdes Hernandez Matos	07h00 às 20h00	Pré-Natal de Alto Risco, Colposcopia, Cardiotocografia, Psicologia, Psiquiatria, Fonoaudiologia, Odontologia, Nutrição e Laudo para Isenção Tarifária.	Grupo de Pré-Natal.
Pastor José Roberto Rossi	07h00 às 21h00	Nutricionista, Ginecologia e Obstetrícia, Odontologia.	Grupo de Gestantes, Palestras e Atividades Físicas para Hipertensos e Diabéticos, Grupo de Papanicolau, Grupo de Pregnoticon, Aleitamento Materno, Grupo de Puerpério e Caminhada.	
Pedro Izzo	07h00 às 21h00	Odontologia, Cardiologia, Eletrocardiograma, Dermatologia e Oftalmologia.	Grupo de Gestantes, Palestras e Atividades Físicas para Hipertensos e Diabéticos, Grupo de Aleitamento e Puerpério, Artesanato e Pintura.	

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de dados oficiais disponíveis em <http://www.barueri.sp.gov.br>. Acesso em: 27/05/2011.

Nas UBS, não há equipes de Estratégias de Saúde da Família, mas a presença do Agente de Saúde contribui para o atendimento da população, com visitas domiciliares. E, entre os profissionais de nível superior (como psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta), há o Assistente Social. Uma equipe composta por seis profissionais que atuam em quatro unidades.

O quadro acima – produzido com informações da Prefeitura Municipal de Barueri – não abrange as intercorrências como a ausência por meses de algum profissional, a distância que alguns usuários devem percorrer para receber o atendimento oferecido apenas em uma determinada UBS dentro do distrito, ou ainda, o vínculo estabelecido com alguns profissionais em uma unidade que não é tão próxima de sua residência.

Com uma população de mais de 260 mil habitantes, Barueri oferece uma cobertura quantitativa de Unidades Básicas de Saúde interessante. Entretanto, há que se considerarem outras variáveis para qualificar os serviços, como a proporção de consultas de atenção básica, que relacionadas às consultas de urgência pode também traduzir-se num indicador, para mostrar a organização e o modelo de atenção instituído no município⁴⁶.

A partir dos dados das “Audiências Públicas” dos anos de 2009, 2010 e 2011, sistematizamos o atendimento especializado realizado nas UBS do município de Barueri. Optamos por não contabilizar o atendimento para curativos e medicação, bem como visita de Agentes de Saúde, metodologia adotada para contabilizar o atendimento nos outros serviços. Na tabela 17, apresentamos os números do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde.

Tabela 17: Número de Consultas, atendimentos de Profissionais de Nível Superior e Procedimentos em Odontologia nas UBS de Barueri. 1º Trimestre, 2009, 2010 e 2011

Unidades Básicas de Saúde		Nº de Atendimentos*						TOTAL	
		1º Trim. 2009		1º Trim. 2010		1º Trim. 2011			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Distrito Sul	Vince Nemeth	15.769	4,76	22.491	6,20	18.267	11,62	56.527	6,64
	Hélio Berzaghi	16.493	4,98	13.394	3,69	8.953	5,70	38.840	4,56
	Maria Francisca de Melo	8.327	2,52	13.195	3,64	10.991	6,99	32.513	3,82
	Raquel Sandrini	4.077	1,23	4.361	1,20	3.391	2,16	11.829	1,39
	Parque dos Camargos	11.025	3,33	17.003	4,69	15.920	10,13	43.948	5,16
SUBTOTAL		55.691	16,82	70.444	19,41	57.522	36,60	183.657	21,58
Distrito Centro-Leste	Amaro José de Souza	10.677	3,22	15.724	4,33	13.730	8,74	40.131	4,72
	Armando G. de Freitas	12.755	3,85	12.252	3,38	10.798	6,87	35.805	4,21
	Benedito de O. Crudo	8.933	2,70	10.023	2,76	9.134	5,81	28.090	3,30
	José Francisco Caiaba*	187.721	56,70	186.570	51,41	6.094	3,88	380.385	44,69
	Maria M. Macedo	2.550	0,77	3.760	1,04	4.159	2,65	10.469	1,23
SUBTOTAL		222.636	67,25	228.329	62,92	43.915	27,95	494.880	58,14
Distrito Oeste	Hermelino L. Filho	13.425	4,05	16.946	4,67	15.082	9,60	45.453	5,34
	João de Siqueira	5.294	1,60	5.038	1,39	5.361	3,41	15.693	1,84
	Maria de Lourdes H. Matos	11.518	3,48	17.256	4,76	14.429	9,18	43.203	5,08
	Prof. José R. Rossi	9.599	2,90	10.531	2,90	9.084	5,78	29.214	3,43
	Pedro Izzo	12.912	3,90	14.352	3,95	11.753	7,48	39.017	4,58
SUBTOTAL		52.748	15,93	64.123	17,67	55.709	35,45	172.580	20,28
TOTAL GERAL		331.075	100	362.896	100	157.146	100	851.117	100

Fonte: Tabela elaborada pela autora a partir de dados oficiais das Audiências Públicas Municipais, disponível em <http://www.barueri.sp.gov.br>. Acesso em: 27/05/2011.

⁴⁶ Fonte: Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Oferta e Produção de Serviços de Saúde na região metropolitana de São Paulo: indicadores e análises.

Considerando a variação das especialidades entre as unidades do mesmo distrito, é mais viável identificar o percentual de atendimentos por distrito. Assim, o Distrito Sul no primeiro trimestre de 2009 atendeu mais de 55 mil consultas nas cinco unidades. Um número superado no terceiro semestre de 2010, com 70 mil consultas, mas que no terceiro semestre de 2011 voltou aos 50 mil. Nesse contexto, a UBS Vince Nemeth – com maior número de especialistas – destaca-se no período analisado pelo número de consultas atendidas: 4,76% (1º Trim. 2009); 6,20% (1º Trim. 2010); e, 11,62% (1º Trim. 2011). Conforme dados da 3ª Conferência Municipal de Saúde de Barueri, o Distrito Sul tem mais de 99 mil habitantes 37,34% da população municipal. No período analisado, os atendimentos no Distrito Sul representaram 21,58%, no total geral.

Os dados do Distrito Centro-Leste destacam-se nos dois primeiros trimestres analisados em função dos atendimentos odontológicos que representaram 56,70% e 51,41% dos atendimentos do distrito nos respectivos períodos. Já no primeiro trimestre de 2011, os atendimentos da unidade representaram 3,88% no total do distrito. Nesse distrito, residem 29,71% da população municipal, mais de 78 mil (conforme dados da 3ª Conferência Municipal de Saúde de Barueri), sendo que no período analisado, os atendimentos no Distrito Centro-Leste representaram 58,14%, no total geral.

Os números de atendimento do Distrito Oeste não diferem em muito do Distrito Sul, variando entre 52 mil atendimentos (no 1º Trimestre de 2009) e 64 mil atendimentos (no 1º Trimestre de 2010), mas decrescendo em 2011 com 55 mil atendimentos. Entre as cinco unidades, há uma variação de atendimento nos diferentes períodos analisados. O distrito Oeste é o segundo maior em número de habitantes, com uma população de mais de 87 mil habitantes, o que representa 32,95% da população municipal (conforme dados da 3ª Conferência Municipal de Saúde de Barueri). No período analisado, os atendimentos no Distrito Oeste representaram 20,28%, no total geral.

Com exceção da UBS José Francisco Caiaba (localizada no Distrito Centro-Leste), nenhuma unidade realizou mais de 20 mil atendimentos, sendo que algumas não chegaram a atender ao menos 5 mil pessoas.

Identificamos que a principal “porta de entrada” ao sistema de saúde municipal apresenta consideráveis diferenças de atendimento, exigindo uma análise

mais detida sobre as demandas apresentadas e não atendidas, a proximidade entre as unidades, entre outras questões que possibilitem a melhor compreensão desse cenário.

Considerando a topografia e sistema de transporte municipal, a mobilidade de uma UBS para outra não é uma tarefa tranquila, por este motivo é mais viável procurar um serviço no centro da cidade. Por exemplo, o Pronto Atendimento Adulto Central, um dos três serviços de urgência e emergência municipal, que diferem na sua caracterização, com reflexos no número de atendimentos realizados nas especialidades, conforme demonstra a tabela 18:

Tabela 18: Número de Atendimentos de Especialidades nos Serviços de Urgência e Emergência de Barueri. 1º Trimestre, 2009, 2010 e 2011

Serviços	Especialidades	Nº de Atendimentos						TOTAL	
		1º Trim. 2009		1º Trim. 2010		1º Trim. 2011		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Pronto Atendimento Adulto – P.A.A. Central	Clínica Médica	51.983	60,00	51.960	59,25	56.046	65,84	159.989	25,49
	Emergência	8.453	9,76	9.281	10,58	10.507	0,01	17.745	2,83
	Ginecologia	10.499	12,12	11.808	13,46	17.893	21,02	40.200	6,41
	Ortopedia	14.668	16,93	13.928	15,88	887	1,04	29.483	4,70
	Psiquiatria	1.041	1,20	723	0,82	10.282	12,08	12.046	1,92
SUBTOTAL		86.644	100	87.700	100	85.119	100	259.463	41,34
Pronto Atendimento Adulto – P.A.A. Sul	Clínica Médica	37.630	60,56	39.942	59,55	43.453	60,02	121.025	19,28
	Pediatria	18.619	29,97	8.276	12,34	9.135	12,62	36.030	5,74
	Ortopedia	5.372	8,65	18.630	27,77	19.722	27,24	43.724	6,97
	Cirurgia Geral	511	0,82	228	0,34	91	0,13	830	0,13
SUBTOTAL		62.132	100	67.076	100	72.401	100	201.609	32,12
Pronto Atendimento Adulto – P.A.A. Leste	Clínica Médica	33.500	66,43	36.172	63,37	40.575	68,74	110.247	17,57
	Pediatria	15.585	30,90	5891	10,32	6.680	11,32	28.156	4,49
	Ortopedia	808	1,60	14.523	25,44	11.417	19,34	26.748	4,26
	Cirurgia Geral	539	1,07	493	0,86	353	0,60	1.385	0,22
SUBTOTAL		50.432	100	57.079	100	59.025	100	166.536	26,54
TOTAL GERAL		199.208	31,74	211.855	33,76	216.545	34,50	627.608	100

Fonte: Tabela elaborada pela autora a partir de dados oficiais das Audiências Públicas Municipais, disponível em <http://www.barueri.sp.gov.br>. Acesso em: 27/05/2011.

Para analisar esses serviços, também priorizamos os números dos atendimentos a partir das consultas médicas nas diferentes especialidades (da

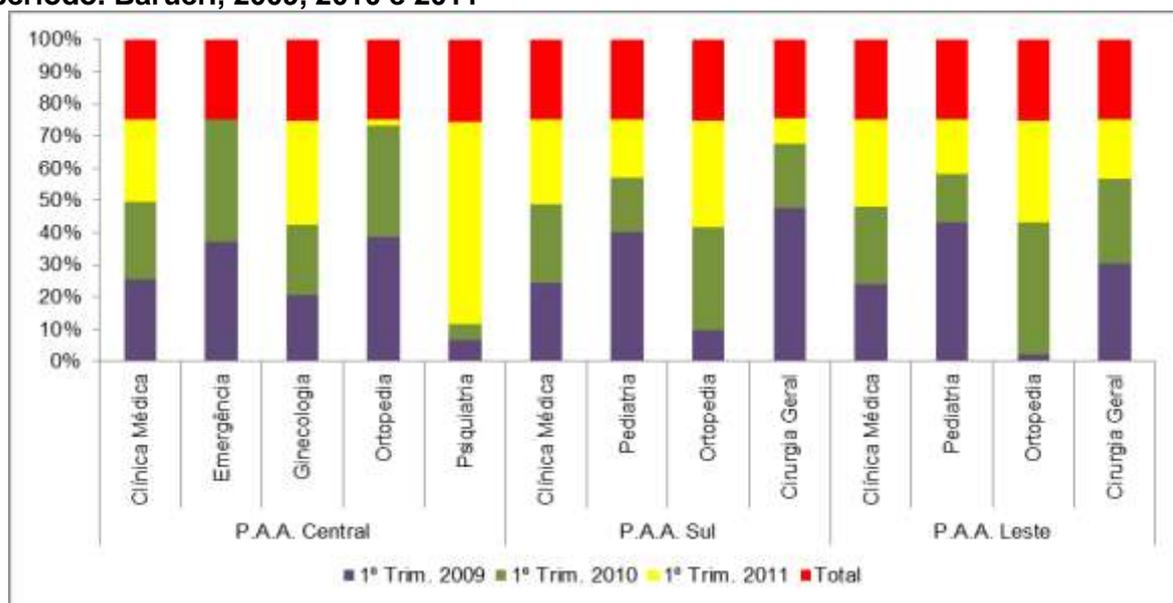
mesma forma como realizamos nas UBS). Nos três serviços, a procura por “Clínica Médica” se destaca, representando o maior percentual no período analisado (25,49% no P.A.A. Central; 19,28% no P.A.A. Sul; e, 17,57% no P.A.A. Leste). Na sequência, as especialidades de pediatria e ortopedia são as mais procuradas nos P.A.A. Sul e Leste.

No primeiro trimestre de 2009, a procura por pediatra representou 29,97% dos atendimentos no P.A.A. Sul e 30,90% no P.A.A. Leste. Já no primeiro trimestre dos anos de 2010 e 2011, a especialidade de ortopedia ocupou o segundo lugar em número de atendimento: 27,77% e 27,24% no P.A.A. Sul e 25,44% e 19,34% no P.A.A. Leste.

A soma dos três trimestres contabiliza mais de 600 mil atendimentos nos três serviços, sendo que desse contingente, 41,34% foram realizados no P.A.A. Central; 32,12% no P.A.A. Sul e 26,54% no P.A.A. Leste. Ainda, é possível identificar um aumento nos atendimentos por trimestre: 1º Trimestre 2009: 31,74%; 1º Trimestre 2010: 33,76%; e 1º Trimestre 2011: 34,50%.

No gráfico 2, apresentamos um comparativo entre os três serviços, considerando as especialidades e os períodos:

Gráfico 2: Comparativo entre os Prontos Atendimentos Adultos, por especialidade e período. Barueri, 2009, 2010 e 2011



Fonte: Gráfico elaborado pela autora a partir de dados oficiais das Audiências Públicas Municipais, disponível em <http://www.barueri.sp.gov.br>. Acesso em: 27/05/2011.

O Pronto Atendimento Central difere dos outros dois Prontos Atendimentos

pelos seguintes aspectos: (a) esse serviço foi criado há três décadas e traz na sua história a trajetória da saúde no município; (b) o serviço tem credibilidade entre os munícipes, tanto pelo tempo de formação como pela reconhecida qualidade do atendimento; (c) pela localização geográfica, esse serviço está próximo dos principais meios de transporte do município – ônibus e trem – e até mesmo dos municípios vizinhos⁴⁷. A credibilidade do serviço pode ser constatada, entre outros aspectos, pelo expressivo número de atendimentos, tornando-se a principal porta de entrada para o sistema municipal de saúde ou a “melhor saúde do país”.

Na tabela 19, apresentamos o número de atendimentos realizados no Pronto Atendimento Adulto Central, por especialidades e município de origem, trazendo o percentual individual por trimestre e posteriormente geral.

Consideramos os três principais municípios, depois de Barueri, por busca, pois os demais foram agrupados em “outros”.

É interessante observar que o uso do serviço por munícipes dos municípios vizinhos não se deve apenas à proximidade geográfica. Por exemplo, o município de Carapicuíba ocupa o segundo lugar nos três semestres em número de atendimentos em todas as especialidades. Como demonstramos nas páginas precedentes, os dois municípios formavam um único território. Uma situação que, alterada na década de 1960 com a emancipação do município de Carapicuíba, não representou vantagens para os munícipes em todas as políticas, inclusive na área da saúde.

É fato que o município – diferente de Barueri – recebeu a construção de serviços médicos estaduais, uma situação interessante, pois identificamos que até o ano de 2008 – quando o Hospital Municipal de Barueri não havia sido construído – muitos munícipes de Carapicuíba procuravam o Pronto Atendimento Adulto Central e eram encaminhados para o então Sanatorinhos de Carapicuíba, hoje Hospital Geral de Carapicuíba. Muitos até não aceitavam o encaminhamento e eram mais questionadores.

Já os munícipes de Itapevi e Jandira procuram o atendimento, mas não apresentam resistência quanto ao encaminhamento, ou expressam preferência por serem atendidos no município de Barueri. Como já pontuamos, as questões territoriais entre Jandira e Barueri também permearam a política local. Estes munícipes procuram – em sua maioria – o atendimento clínico.

⁴⁷ O detalhamento deste serviço será apresentado no item III deste trabalho.

No item “outros”, identificamos os municípios de Osasco, Santana de Parnaíba e São Paulo.

A fala mais recorrente dos usuários de outros municípios é “lá não tem nada”, ou seja, os munícipes dos municípios vizinhos dizem que em seus municípios não há “a gama e qualidade de serviços como em Barueri”. Em alguns momentos, identificamos que no município de origem, o usuário poderia ser atendido de maneira mais precisa do que em Barueri, por haver naquele um tipo de serviço que ainda não existe neste.

É fato que os municípios vizinhos de Carapicuíba, Itapevi e Jandira dispõem de uma receita para a saúde bem menor que o município de Barueri. Entretanto, quando analisamos o emprego da própria receita na área da saúde, constatamos que Carapicuíba e Itapevi direcionam um valor maior que Barueri e maior do que o preconizado – conforme tabela 13. Apenas o município de Jandira empregou um orçamento próprio inferior a Barueri.

Quanto às internações por causas sensíveis à Proteção Básica, o município de Jandira é o que apresenta o maior percentual de internações (19,3%), seguido do município de Barueri (16,53%). Já os municípios de Carapicuíba (10,94%) e Itapevi (10,22%) apresentam os menores percentuais da região.

Esses aspectos retomados subsidiam a análise dos dados da tabela 18. Assim, é importante observar que no período analisado no primeiro trimestre dos anos de 2009 e 2010, o atendimento na clínica médica representou mais de 60% do atendimento total (60,19% e 60,27%). Já no primeiro trimestre de 2011, a clínica médica continua sendo a maior especialidade procurada (38,79%), no entanto, a procura pelo atendimento de ortopedia também foi bastante expressiva (27,71%).

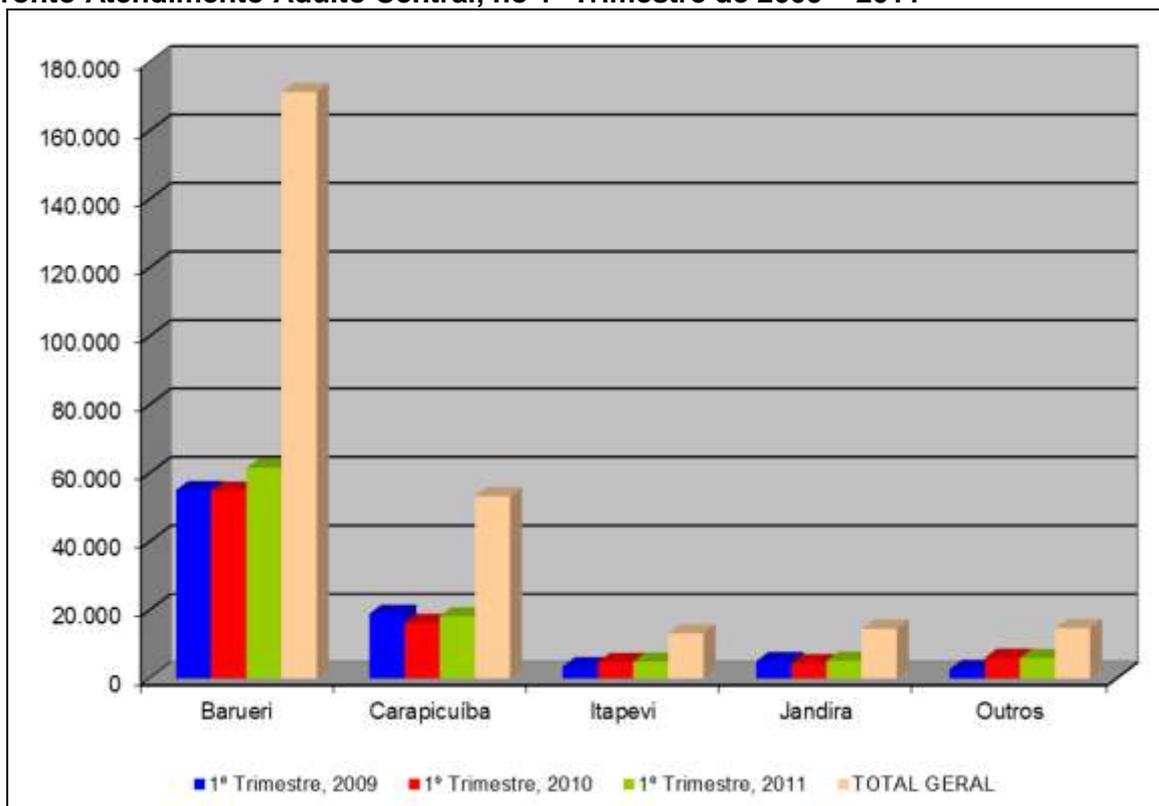
Tabela 19: Atendimento do Pronto Atendimento Adulto Central, por Especialidade e Município, origem. 1º Trim. 2009, 2010 e 2011

	Especialidades	Municípios										TOTAL	
		Barueri		Carapicuíba		Itapevi		Jandira		Outros		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1º Trimestre 2009	Clínica Médica	31.741	57,75	12.923	68,52	2.176	62,3	2.936	58,79	1376	51,3	51.152	60,19
	Emergência	5.613	10,21	1.485	7,87	219	6,27	339	6,79	397	14,8	8.053	9,48
	Ginecologia	6.848	12,46	1.795	9,52	405	11,59	842	16,86	463	17,26	10.353	12,18
	Ortopedia	9.823	17,87	2.619	13,89	680	19,47	854	17,1	429	16	14.405	16,95
	Psiquiatria	934	1,7	38	0,2	13	0,37	23	0,46	17	0,63	1.025	1,21
	Subtotal	54.959	100	18.860	100	3.493	100	4.994	100	2.682	100	84.988	100
	1º Trimestre 2010	Clínica Médica	32.116	58,58	11.478	70,99	3.186	66,6	2.676	60,43	2.504	41,66	51.960
Emergência		6.080	11,09	953	5,89	342	7,15	407	9,19	1.633	27,17	9.415	10,92
Ginecologia		6.672	12,17	1.322	8,18	462	9,66	654	14,77	1.090	18,13	10.200	11,83
Ortopedia		9.329	17,02	2.384	14,74	772	16,14	673	15,2	770	12,81	13.928	16,15
Psiquiatria		626	1,14	32	0,2	22	0,46	18	0,41	14	0,23	712	0,83
Subtotal		54.823	100	16.169	100	4.784	100	4.428	100	6.011	100	86.215	100
1º Trimestre 2011	Clínica Médica	34.809	56,62	12.089	66,65	3.157	65	2.979	58,39	3.012	50,6	25.046	38,79
	Emergência	6.977	11,35	1.603	8,84	368	8	406	7,96	1.153	19,37	10.507	16,27
	Ginecologia	6.944	11,29	1.391	7,67	389	8	767	15,03	741	12,45	10.232	15,85
	Ortopedia	12.043	19,59	3.008	16,58	954	20	911	17,86	977	16,41	17.893	27,71
	Psiquiatria	710	1,15	48	0,26	20	0	39	0,76	70	1,18	887	1,37
	Subtotal	61.483	100	18.139	100	4.888	100	5.102	100	5.953	100	64.565	100
TOTAL GERAL	171.265	64,20	53.168	19,93	13.165	4,93	14.524	5,44	14.646	5,49	266.768	100	

Fonte: Tabela elaborada pela autora a partir de dados oficiais das Audiências Públicas Municipais, disponível em <http://www.barueri.sp.gov.br>. Acesso em: 27/05/2011.

No gráfico 3, apresentamos um comparativo dos três períodos analisados (1º Primeiro Trimestre 2009, 2010 e 2011), a partir do total de especialidades atendidas (Clínica Médica, Emergência, Ginecologia, Ortopedia e Psiquiatria), por município.

Gráfico 3: Comparativo do Total de Atendimento Realizado nas Especialidades no Pronto Atendimento Adulto Central, no 1º Trimestre de 2009 – 2011



Fonte: Gráfico elaborado pela autora a partir de dados oficiais das Audiências Públicas Municipais, disponível em <http://www.barueri.sp.gov.br>. Acesso em: 27/05/2011.

Ainda na Atenção Básica, é importante apresentarmos o atendimento realizado nos serviços da Maternidade (localizado no piso superior do P.A.A. Central) e do Pronto Atendimento Infantil (localizado ao lado do P.A.A. Central). Dois serviços de porta aberta, localizados na região central e interligados ao Pronto Atendimento Adulto Central (Tabela 20).

Tabela 20: atendimentos da Maternidade e Pronto Atendimento Infantil. Barueri, 2009-2011

Serviços	Período			TOTAL
	1º Trimestre, 2009	1º Trimestre, 2010	1º Trimestre, 2001	
Pronto Atendimento Infantil	42.060	38.456	33.208	113.724
Maternidade	1.602	1.555	1.568	4.725
TOTAL	43.662	40.011	34.776	118.449

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de dados oficiais das Audiências Públicas Municipais, disponível em <http://www.barueri.sp.gov.br>. Acesso em: 27/05/2011.

O Pronto Atendimento Infantil possui apenas clínico geral; dependendo da situação, a criança é encaminhada para o P.A.A. Central para atendimento especializado nos setores de ginecologia ou ortopedia.

A principal porta de entrada para a Maternidade é o setor de ginecologia do P.A.A. Central. Quando todos os leitos estão ocupados, a usuária aguarda remoção para o Hospital Municipal de Barueri.

Os cinco serviços apresentados nesse item atendem munícipes de diferentes regiões (ainda que os munícipes de Barueri se constituam no maior público, como deve ser), sendo que o Pronto Atendimento Adulto Central se constituiu, no âmbito municipal, na principal porta de entrada ao sistema de saúde. Uma realidade que não está circunscrita ao âmbito municipal e regional, antes reflete as fragilidades do sistema de saúde brasileiro.

É fato que a história da região, o modo como mitos e “verdades” formaram a identidade dos municípios que compõem a Rota dos Bandeirantes, os limites territoriais, a acessibilidade, a propaganda midiática e o efetivo atendimento são elementos que devem ser considerados na avaliação desses serviços.

2.3.2 Serviços Especializados

O Ambulatório de Especialidades, localizado na região central até 2007 – ano em que foi inaugurado o Hospital Municipal – era o serviço de referência para o atendimento ambulatorial de mais de dez especialidades. Atendendo apenas munícipes, que agendam as consultas via Unidades Básicas de Saúde – apenas os retornos são agendados diretamente no ambulatório –, o serviço apresenta importantes números de consultas como demonstra a tabela 21.

Nesta tabela, o atendimento do assistente social, enfermeiro e psicólogo,

que nas UBS estão contabilizados como profissionais de nível superior e nos Serviços de Urgência e Emergência não são contabilizados, foi desmembrado e compõe a lista de especialidades.

Tabela 21: atendimentos no Serviço Especializado de Barueri. 1º Trimestre, 2009, 2010 e 2011

Especialidades	Nº de Atendimentos						Total	
	1º Trim. 2009		1º Trim. 2010		1º Trim. 2011		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Assistente Social	119	0,47	133	0,8	69	0,28	321	0,48
Enfermeiro	425	1,66	264	1,5	163	0,67	852	1,26
Psicólogo	0	0,00	0	0,0	112	0,46	112	0,17
Alergologia	375	1,47	219	1,2	317	1,30	911	1,35
Cardiologia	2.072	8,11	1.666	9,5	1.580	6,50	5.318	7,88
Cirurgião Vascular	1.668	6,53	1.195	6,8	1.564	6,43	4.427	6,56
Dermatologia	1.371	5,37	1.080	6,1	1.404	5,77	3.855	5,71
Endocrinologia	1.530	5,99	1.078	6,1	2.695	11,08	5.303	7,86
Gastroenterologia	559	2,19	606	3,4	783	3,22	1.948	2,89
Geriatria	97	0,38	0	0,0	0	0,00	97	0,14
Nefrologia	112	0,44	0	0,0	391	1,61	503	0,75
Neurologia	3.346	13,10	1.981	11,3	2.495	10,26	7.822	11,59
Oftalmologia	5.026	19,67	3.346	19,0	5.198	21,37	13.570	20,11
Otorrinolaringologia	2.918	11,42	1.729	9,8	2.315	9,52	6.962	10,32
Pneumologia	1.780	6,97	1.441	8,2	2.078	8,54	5.299	7,85
Proctologia	573	2,24	370	2,1	592	2,43	1.535	2,27
Reumatologia	101	0,40	561	3,2	237	0,97	899	1,33
Urologia	2.356	9,22	1.247	7,1	1.638	6,73	5.241	7,77
Clínico Geral	1.119	4,38	690	3,9	691	2,84	2.500	3,71
TOTAL GERAL	25.547	100	17.606	100	24.322	100	67.475	100

Fonte: Tabela elaborada pela autora a partir de dados oficiais das Audiências Públicas Municipais, disponível em <http://www.barueri.sp.gov.br>. Acesso em: 27/05/2011.

Os números demonstram uma variação entre os três trimestres, sendo que no primeiro trimestre de 2009, foram realizadas mais de 25 mil consultas; em 2010 houve um decréscimo (17 mil) e em 2011 um aumento, mas que não alcançou os números de 2009. A soma total dos três trimestres representou o número de mais de 67 mil consultas, quase o atendimento de um semestre do Pronto Atendimento Adulto Central.

No total dos três trimestres, as especialidades mais atendidas foram: 20,11% oftalmologia; 11,59% neurologia; 10,32% otorrinolaringologia; 7,86%

endocrinologia; 7,85% pneumologia; e 7,77% urologia. Essas especialidades atenderam mais de 5 mil consultas no total dos três trimestres.

Ainda é importante considerar a ausência de dados, no primeiro trimestre de 2010, das consultas de geriatria e nefrologia, mesmo considerando a implantação do Hospital Municipal – que possui serviço de nefrologia – a ausência desta especialidade em todo um trimestre exige atenção.

Em 2008, o Hospital Municipal de Barueri foi inaugurado. O funcionamento completo ocorreu por etapa, um processo não muito compreendido pelos munícipes. Estes, que até então eram encaminhados para os hospitais da região, já não aceitavam tal procedimento: exigiam a remoção para o “Hospital de Barueri”. Como o P.A.A. Central é ainda reconhecido como um “Hospital”, é comum haver desentendimento no atendimento. O usuário acredita que está saindo de um Hospital e sendo removido para outro; profissionais de outros serviços procuram pessoas, informações e procedimentos no P.A.A. Central, quando deveriam recorrer ao Hospital Municipal de Barueri.

Considerando o fato de que os dois serviços estão geograficamente muito distantes, há inúmeras complicações, sobretudo quando o usuário tem algum agendamento no Hospital Municipal e procura o P.A.A. Central para ser atendido. Estes, muitas vezes em cima da hora, chegam alterados, dizem que foram informados de maneira incorreta, mesmo constando no encaminhamento o endereço e local do atendimento.

Na verdade, a “figura” do “SAMEB” é cultuada como o símbolo da história da saúde de Barueri, por esse motivo, não tem problema “sempre” procurar o serviço, pois ali o usuário será orientado corretamente e sua situação será resolvida.

No que tange ao atendimento do Hospital Municipal de Barueri, é importante destacar que o projeto de construção do Hospital foi idealizado em 2003 e sua gestão é realizada pela Universidade Federal de São Paulo / Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, em parceria com a Prefeitura Municipal de Barueri.

Os números da tabela 22 evidenciam o processo de implantação, por meio do gradativo aumento de consultas realizadas nos três primeiros trimestres, totalizando 9 mil consultas em 5 clínicas médicas.

Já o atendimento ambulatorial no mesmo período (consultas diversas,

tratamento dialítico e consultas de emergência) representou 134 mil atendimentos, sendo que no primeiro trimestre de 2010, os números dos atendimentos em diálise se solidificaram e se repetiram no primeiro trimestre de 2011 (3 mil atendimentos).

Tabela 22: Atendimento no Hospital Municipal de Barueri. 1º Trimestre, 2009, 2010 e 2011

Especialidade		Nº de Atendimento			Total
		1º Trimestre 2009	1º Trimestre 2010	1º Trimestre 2011	
Internações	Clínica Médica	260	515	553	1.328
	Clínica Cirúrgica	1.331	1.823	1.920	5.074
	Clínica Obstétrica	101	432	467	1.000
	Clínica Pediátrica	373	738	823	1.934
	Clínica Psiquiátrica	53	63	62	178
SUBTOTAL		2.118	3.571	3.825	9.514
Atendimento Ambulatorial	Consultas Diversas	22.125	42.836	54.086	119.047
	Tratamento Nefro-dialítico	171	3.199	3.099	6.469
	Consultas de Emergência	1.984	3.007	3.753	8.744
SUBTOTAL		24.280	49.042	60.938	134.260
Exames	Radiologia	2.309	10.588	11.703	24.600
	Ultrassonografia	7.900	8.292	10.211	26.403
	Tomografia Computadorizada	2.249	3.229	3.298	8.776
	Endoscopia	970	1.283	1.594	3.847
SUBTOTAL		13.428	23.392	26.806	63.626
TOTAL		39.826	76.005	91.569	207.400

Fonte: Tabela elaborada pela autora a partir de dados oficiais das Audiências Públicas Municipais, disponível em <http://www.barueri.sp.gov.br>. Acesso em: 27/05/2011.

O Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran conta com 311 leitos para internações, sendo 249 de enfermaria, 39 de UTI (neonatal, adulto e pediátrico) e 23 leitos de Hospital Dia. E não tem serviço de Pronto Socorro. Assim, o “acesso” para exames está condicionado ao encaminhado, das UBS e Ambulatório de Especialidades, e para internações, dos três Prontos Atendimentos.

O hospital está inserido em uma área de mais de 24 mil m² e atende diretamente o município de Barueri e região.

2.3.3 Controle Social

No âmbito do controle social, a criação do Conselho Municipal de Saúde de Barueri constituiu-se em um tema constante na pauta do legislativo municipal. Criado no ano de 1991, por meio da Lei nº 779 de 1991, o Conselho Municipal ainda foi discutido nas plenárias da Câmara Municipal outras três vezes (Lei nº 1.149/1999, Lei nº 1.440/2004 e Lei nº 2.008), quer para alterar suas funções, definir composição e/ou participantes.

Até o momento, o município organizou quatro Conferências Municipais, com os respectivos temas:

- I Conferência Municipal de Saúde. Ano: 1999 com o tema: “A Qualidade do Serviço e o Acesso à Assistência Médica”.
- II Conferência Municipal de Saúde. Ano: 2002 com os seguintes eixos temáticos: Saúde como Qualidade de Vida, Saúde como Sistema, A Participação Social na Saúde.
- III Conferência Municipal de Saúde. Ano: 2006 com o tema: “O SUS que Queremos com Qualidade: Cuidando da Saúde de Todos”.
- IV Conferência Municipal de Saúde. Ano: 2010 com o tema: “Intersetorialidade em Saúde como Prática de Gestão”.

Segundo documentos disponíveis no sítio da Secretaria Municipal de Saúde de Barueri⁴⁸, a realização da Conferência foi precedida por plenárias e reuniões desenvolvidas em três distritos de saúde: Centro-Leste, Oeste e Sul.

O evento aconteceu entre os dias 24 e 25 de novembro de 2006, contando com a presença de 96 delegados representando os usuários; 48 representando os trabalhadores; 48 representando os gestores. Como palestrantes, compareceram os seguintes convidados: Dr. Nelson Yatsuda, diretor da Diretoria Regional de Saúde – DIR V – Osasco; Dra. Maria Aparecida Orsini – A Secretária de Saúde do Município de São Paulo; Sra. Maria Helena Lima de Freitas, a conselheira de saúde da cidade de São Paulo.

Considerando o tema: “O SUS que Queremos com Qualidade: Cuidando da Saúde de Todos”, os participantes discutiram as propostas a partir de três eixos

⁴⁸ É possível acessar apenas os documentos da 3ª Conferência Municipal de Saúde.

temáticos, em seis mesas redondas: Promover a Saúde com Qualidade; Proteger a Saúde com Qualidade; e Recuperar a Saúde com Qualidade.

Os seis grupos apresentaram setenta e seis propostas, das quais 49 foram aprovadas na plenária final (Anexo).

Entre as propostas, não consta a necessidade de ações para pessoas em situação de rua; para a saúde do homem e um atendimento adequado para mulheres vítimas de violência, a despeito das reuniões esporádicas que um núcleo vinculado à Secretaria de Saúde e Secretaria de Ações Sociais e Cidadania vem articulando.

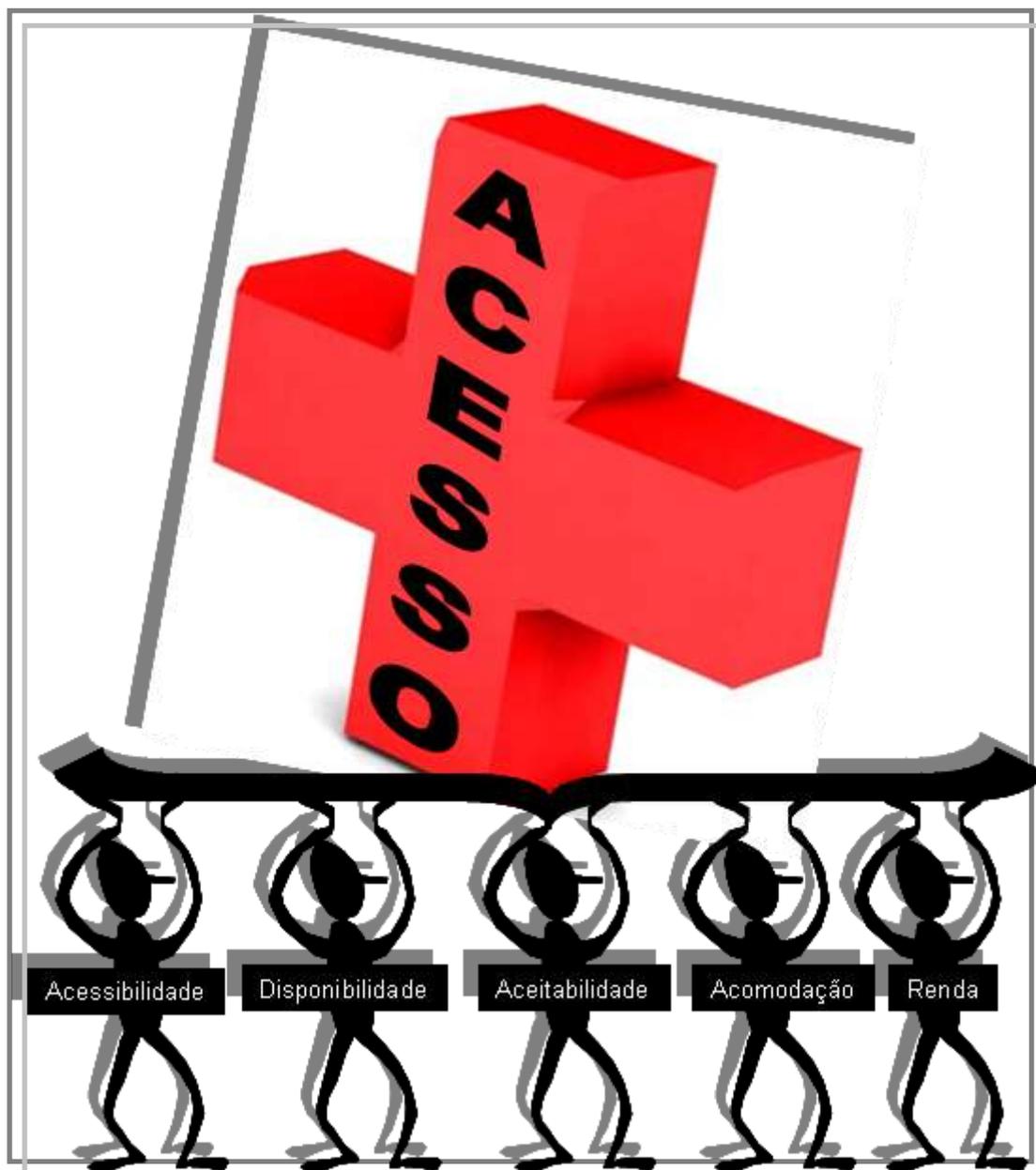
Na área da adolescência, é urgente a necessidade de conhecer essa população no âmbito municipal – quantos são e em quais condições vivem – há inúmeras questões apresentadas cotidianamente por esse segmento no P.A.A. Central que carece de uma atenção especializada.

Ainda, entendemos que as lacunas na articulação das políticas – via secretarias –, bem como a falta de parcerias com a união – sobretudo na área odontológica – é um agravante que os munícipes não se omitiram de expressar.

Como já referimos, o município não tem um registro histórico das lutas sociais que marcam a trajetória do sistema de saúde no Brasil, uma característica que ganha novas roupagens nos dias atuais.

Por fim, iniciamos este capítulo dizendo da necessidade de localizar o município de Barueri no contexto estadual e regional diante da sua “possível” invisibilidade. Sem desdizer o dito, identificamos que o município nos últimos anos ganhou notoriedade pelas seguintes questões: (a) campanha e eleição da deputada federal pelo PSDB, Bruna Furlan, filha do prefeito de Barueri; (b) pelo envolvimento do prefeito Rubens Furlan (PMDB) em contendas com repórter; e (c) pela realização de jogos de futebol do Campeonato Estadual no Espaço Arena de Barueri.

CAPÍTULO III – O papel e lugar da categoria ACESSO nas políticas sociais brasileiras.



Acesso é um termo recorrente em nosso cotidiano. Em diversos lugares é possível encontrar um aviso "acesso restrito", "acesso permitido para...", entre outras indicações. Ainda, inúmeras pessoas, de diferentes idades, fazem uso do "acesso" à internet. Assim, a palavra serve para indicar "entrada" ou "uso" de um serviço ou benefício.

De acordo com o Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa (CUNHA, 2007), a interpretação corrente da palavra não está equivocada:

[...] acesso sm. 'chegada, ingresso' I *acc-* XVI I Do lat. *accessus* II *acessão* I *acc-* XVII I Do lat. *Accessiō -ōnis* II *acessIBIL* · IDADE 1899. Do lat. *Accessibilitās -ātis* II *acessÍVEL* XVI. Do lat. *Accessibilis* II *acessÓRIO* I *acc-* XVI II *InacessIBIL* · IDADE I *-acc-* XVII II *INacesso* I *-acc-* XVIII. (CUNHA, 2007: 9)

Definição semelhante consta no Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa:

[...] s.m (1589 cf. Arrais) **1** ato de ingressar; entrada, ingresso (o a. ao porque é livre) **2** possibilidade de chegar a; aproximação, chegada <local de difícil a.> **3** circulação, afluência (de pessoas, veículos etc.); **4** possibilidade de alcançar (algo difícil) <poucos têm a. ao saber> **5** comportamento, comunicação social; <trato pessoa de fácil a.> **6** ataque repentino, manifestação súbita; crise <a. de tosse> <a. de ódio> **7** INF possibilidade de comunicar-se com um dispositivo, meio de armazenamento, unidade de rede, memória, registro, arquivo etc., visando receber ou fornecer dados **8** JUR obsl. forma de promoção ou elevação a posto superior (de funcionário público), extinta pela Constituição de 1998 <a. ao cargo de ministro> **9** MED manifestação súbita, freq. violenta e de curta duração, de um fenômeno patológico ⊙ETIM lat. *Accessus*,us 'aproximação, chegada, entrada; ataque de uma enfermidade; acesso de febre (Plínio)', do v. *accedere* 'aceder'; ver *-ceder*; a datação é para a acp. 'possibilidade de chegar a...' ⊙ SIN/VAR ver sinonímia de aproximação ⊙ANT ver antonímia de aproximação ⊙HOM acesso (fl. acessar) [...]. (HOUAISS, 2001: 52)

No verbete acima, as nove definições reafirmam o uso correto da palavra nas situações cotidianas. Usada como um substantivo masculino para definir um ato, um comportamento ou ainda alguma manifestação súbita, por exemplo, de doença.

Adentrando o campo dos direitos sociais, a palavra está presente, de modo contundente, no universo político e prático das pessoas com deficiência. De fato, a palavra "acesso" acompanhada ou não de uma figura, pode ser lida em inúmeros serviços, indicando que é possível "entrar por aquela porta ou rampa" ou "fazer uso de uma vaga".

Como suposto sinônimo desse termo, a "acessibilidade" ganha destaque no

âmbito das legislações que tratam dos direitos da pessoa com deficiência. Para a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPDP), órgão integrante da Secretaria de Direitos Humanos, **acessibilidade**⁴⁹ é reconhecida como:

[...] um atributo essencial do ambiente que garante a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Deve estar presente nos espaços, no meio físico, no transporte, na informação e comunicação, inclusive nos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, bem como em outros serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na cidade como no campo.⁵⁰

Nessa perspectiva, a SNPDP publica em 2008 o documento intitulado “Acessibilidade”, uma coletânea de Leis (17); Decretos (12); Portarias (17); Instruções Normativas (3); Resoluções (3); entre outros, que tratam dos direitos da Pessoa com Deficiência, em todas as dimensões da vida, por conseguinte, no âmbito das políticas públicas e sociais: educação, saúde, cultura, lazer, trabalho, esporte, transporte⁵¹.

Mesmo com o forte conteúdo político, nesse contexto, os termos “acesso” e “acessibilidade”, tratados como sinônimos, são reconhecidos como a possibilidade de “adentrar”, “fazer uso”. É certo que a dura realidade das pessoas com mobilidade reduzida em função de barreiras arquitetônicas e/ou inadequação de equipamentos e serviços sofreu uma profunda transformação. Assim, considerar o número de pessoas que hoje têm maior e/ou melhor mobilidade, indubitavelmente é importante, mas não esgota o assunto.

Ainda, é imprescindível considerar que a discussão “prática” do acesso, de modo algum, se limita ao cotidiano das pessoas com deficiência. Antes, está presente no cotidiano de milhares de brasileiros, constituindo-se em importante tema na pauta dos movimentos sociais, sobretudo nas décadas de 1970 e 1980, que pleiteavam o “acesso” a bens e serviços produzidos coletivamente, mas apropriados individualmente, como educação, moradia, saúde, transporte e trabalho, assim como a riqueza material, intelectual, cultural.

⁴⁹ A definição converge com o conceito apresentado por Penchansky e Thomas (1981), na medida que considera as condições para chegar ao local.

⁵⁰ Fonte: Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/acessibilidade-0>. Acesso em: 19/10/2012.

⁵¹ A organização política das Pessoas com Deficiência está registrada no livro “História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil”, publicado pela Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br>

O acesso, nessa perspectiva, tem uma dimensão política, torna-se objetivo e princípio de políticas sociais. Assim, não se trata de uma discussão semântica, mas do desvendamento das propostas que embasaram as lutas sociais há três décadas: a garantia do acesso, a construção de uma nova ordem social, enfrentando as expressões da questão social.

Por meio das políticas sociais – conforme explicitamos na introdução – pretende-se efetivar o “acesso” aos direitos sociais e interferir no processo de desigualdade e injustiça social, daí a importância da “centralidade dessa categoria”.

Uma centralidade que pressupõe a devida qualificação do termo, não a sua naturalização ou a recorrente confusão. Caminhos que levam a uma ilusão, embotamento sobre a efetiva realização e consolidação do “acesso” aos direitos sociais prescritos nas políticas sociais, em outros termos, a nosso ver, a um “fetiche do acesso”.

Cabe destacar que a formulação desse pressuposto – engendrado no intenso processo acadêmico do curso de mestrado – inegavelmente inspira-se nas reflexões de José Paulo Netto e Marcelo Braz (2006), e Marilda Villela Iamamoto (2007), a partir das obras de Karl Marx. Mas, não se aprofunda nas análises marxistas sobre esta categoria⁵². Ao utilizarmos o termo “fetiche”, o fazemos na compreensão semântica da palavra que, de acordo com o Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa, significa: [...] objeto a que se atribui poder sobrenatural ou mágico e se presta culto [...] ETIM fr fetiche ‘sortilégio, amuleto’ [...] (HOUAISS, 2001: 889).

Entendemos que o “fetiche do acesso” não se apresenta para usuários e

⁵² Netto e Braz (2006) vão discutir o “fetichismo da mercadoria” a partir de Marx, sobretudo na obra “O capital. Crítica da economia política, t I, v 1”. Nesta perspectiva, ocorre uma inversão “criatura domina o criador”, o homem é dominado pela mercadoria que ele produziu: “No mercado, a mercadoria realiza esta inversão: as relações sociais, relações entre os homens, aparecem como relações entre coisas. As relações entre os produtores mostram-se como relações entre mercadorias. As qualidades peculiares das relações sociais são transferidas às mercadorias [...]. A esta forma fantasmagórica, a esse poder autônomo que as mercadorias parecem exercer em face dos seus produtores, Marx chamou de fetichismo da mercadoria. (NETTO E BRAZ, 2006: 92-93)”. Iamamoto (2007) fará – também – uma rica discussão sobre “O Capital Fetice” em que “O caráter alienado da relação do capital, sua fetichização, alcança seu ápice no capital que rende juros, que representa a mera propriedade do capital como meio de apropriar-se do trabalho alheio presente e futuro. O capital dinheiro aparece, na sua superfície, numa relação consigo mesmo, como fonte independente de criação de valor, à margem do processo de produção, apagando o seu caráter antagônico frente ao trabalho. “O capital é agora coisa, mas como coisa capital. O dinheiro tem agora ‘amor no corpo” (Marx, 1985b:295, t. III, v. IV), como cita o Fausto, de Goethe. Aparece como fonte misteriosa, como coisa autocriadora de juro, dinheiro que gera dinheiro (D – D’). Obscurece as cicatrizes de sua origem, assumindo a forma mais coisificada do capital, que Marx denomina de capital fetice. (IAMAMOTO, 2007: 93).

profissionais em todas as suas dimensões, pois os dados quantitativos e, por vezes, a momentânea “felicidade” de um atendimento – necessário para garantir condições menos precárias de vida – obscurece a falta de atendimento adequado por uma rede de serviços.

Usuários e profissionais – que atuam no âmbito das políticas sociais – mistificam e confundem “acesso” com outros termos e atos e assim, desconsideram sua dimensão política. Para os primeiros, fazer uso de um serviço – mesmo que de modo momentâneo ou parcial – é ter acesso. Para os segundos, determinadas ações e procedimentos garantem o acesso, quando na verdade permitem um atendimento, por vezes pontual e limitado à situação.

Para o usuário, o que importa é o momento, o dado atual, o imediato. Uma imediatividade que não tende a alterar as estruturas, mas afirma as ações paliativas e fragmentadas, restringe a ação profissional, por não permitir reconhecer os limites diante de demandas também fragmentadas. Desconsiderado na sua real dimensão e importância, o termo ficou relegado ao imediato, é mistificado e mistificador das relações sociais desiguais, pois contribui para excluir – ou encobrir a exclusão – de uma expressiva parcela da população dos direitos sociais.

Entretanto, tal perspectiva é tão frágil que não resiste à mais simples problematização, como: um aluno tem *acesso à educação* por estar matriculado em uma escola? Uma pessoa em situação de rua tem *acesso à assistência social* por ser acolhido como pernoite em um albergue? Uma pessoa tem *acesso à saúde* por ser atendido em um serviço de emergência? Moradores de um bairro têm *acesso à cultura* porque existe uma biblioteca na região?

Responder de modo afirmativo a essas questões seria uma forma – ingênua – de ignorar a proposta e complexidade dessas políticas. Assim, emerge a indagação: *Por meio de qual ferramenta e com quais critérios e medidas seria possível qualificar o acesso às políticas sociais?*

Partimos do pressuposto de que a “*avalição de políticas sociais*” é a ferramenta pela qual o “acesso” a políticas sociais pode ser identificado. Acreditamos que a “avalição” fornecerá importantes elementos qualitativos e quantitativos – para usuários e gestores na operacionalização da política – ao dar visibilidade para a “falta de acesso”, escamoteada pelo emprego de indicadores e medidas quantitativas, por vezes utilizadas de modo tendencioso.

Certamente, criar um “processo avaliativo” para uma política social partindo da qualificação da categoria acesso não é uma tarefa simples e exige o cumprimento de duas etapas: i) qualificar o termo acesso; e ii) identificar a metodologia de avaliação coerente⁵³. Mas nos limites deste trabalho, nos deteremos – de modo mais atencioso, sobretudo no próximo item, a qualificar o termo “acesso”.

Considerando as proposta da Consituição Federal de 1988 e o texto legal do Sistema Único de Saúde, o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)⁵⁴ conceitua “acesso” e “efetividade” e explica quais indicadores serão utilizados para identificá-los:

Acesso: a sua efetivação, depende da oferta de ações e serviços de saúde organizados para permitir a superação de barreiras geográficas, financeiras, culturais que comprometem a atenção adequada aos usuários. De forma sintética, corresponde à capacidade do sistema de saúde em garantir o cuidado necessário em tempo oportuno e com recursos adequados. Os indicadores deste tópico selecionados para o IDSUS medem o acesso obtido por meio dos atendimentos realizados (Ex: procedimentos habitante/ano), bem como a oferta potencial de atendimentos (Ex: cobertura por equipe de saúde). Efetividade é um dos eixos clássicos utilizados para mensurar desempenho dos serviços de saúde. Os indicadores de efetividade mostram o grau com que serviços e ações atingem os resultados esperados (Ex: baixa proporção de internações evitáveis, alta cobertura vacinal e baixa proporção de óbito nas internações por infarto agudo do miocárdio). (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)⁵⁵.

O IDSUS é composto por um conjunto de 24 indicadores, distribuídos entre os níveis de atenção (básica, ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência), sendo 14 para identificar o acesso – potencial ou obtido – e 10 para identificar a efetividade. Na sua segunda edição, a proposta do Ministério da Saúde sofreu contundentes críticas dos mais importantes representantes das entidades da área da saúde. Estes referem que o índice é mais um retrocesso do que um avanço para a

⁵³ Para aprofundamento do tema, inclusive com enfoque na área da saúde, indicamos os seguintes textos: Silva e Silva (2001); Viacava et al, (2004);Gomes (2001); Netto (2006); Contandriopoulos (2006); Simons (2008).

⁵⁴ O IDSUS faz parte do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, foi pactuado entre gestores, profissionais e usuários da área da saúde, e, tem como finalidade: (i) avaliar o desempenho do SUS, nas três esferas e por região; (ii) avaliar o acesso – potencial e obtido – e a efetividade nos níveis de atenção: básica, especializada ambulatorial e hospitalar e urgências e emergências; e, (iii) criar indicadores simples e compostos (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

As considerações registradas a seguir foram copiladas do material produzido pelo Ministério da Saúde, Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (2011). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_06-03-12.pdf. Acesso em: 27/05/2012.

⁵⁵ Grifos nosso.

saúde⁵⁶. De fato, os números apresentados pelo IDSUS deixaram alguns gestores indignados e outros – bem poucos – bastante enaltecidos. Ao “valorar” do modo mais “acessível” algo tão complexo e multifacetado como a “saúde”, a publicização do índice permitiu – imediatamente – a classificação dos mais de cinco mil municípios brasileiros – com suas diferentes realidades – em “bons” e “ruins”. Criou-se um “ranking” onde os primeiros buscaram justificar suas situações e os segundos publicizar sua eficiência.

No que diz respeito à categoria “acesso”, potencial ou obtido, como o IDSUS propõe, identificamos que os indicadores abordam a “cobertura dos serviços” e a realização de exames e/ou procedimentos em grupos específicos. Esta medida de análise, a nosso ver, não alança a complexidade que o termo sugere.

Nesse sentido, persiste a necessidade de qualificar o termo “acesso”, como uma categoria central na avaliação das políticas sociais, para atender à dura tarefa de desmistificar “a ilusão dos números”, de processos econômicos, sociais, políticos e culturais que contribuem para o sucateamento das políticas, mantendo e fortalecendo o “fetiche do acesso à saúde”.

3.1 Acesso: discussão teórica e a realidade nos serviços de saúde

Como ponto de partida para o eixo desta dissertação, destaco a intrínseca relação com (a) nossa história de vida e (b) atuação profissional, desde a graduação. Dois pilares que, devidamente lapidados pelo conhecimento teórico, alimentaram a problematização, reflexão e produção sobre o “acesso”, permitindo que o diálogo com os textos – nacionais e internacionais – sejam iluminados pelo rico, complexo e contraditório conteúdo do “vivido”.

Explicitamos nas páginas precedentes que alguns processos avaliativos na área da saúde contribuem para escamotear a “falta de acesso” à saúde. A ilusão dos números encobrem como uma névoa os muros que impedem a efetivação do acesso à saúde. Também, trabalhamos a proposta da “universalização do acesso à saúde” como o primeiro princípio do Sistema Único de Saúde.

⁵⁶ Para maiores informações consultar os sites:<http://www.blogdosus.com/2012/03/idsus-veja-opiniao-de-especialistas.html>);<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area>; <http://www.saudecomdilma.com.br>; <http://www.blogdosus.com>

Ainda que não seja objeto de acalorados debates conceituais, quer no âmbito da academia, quer na esfera política, “acesso” é um tema transversal que perpassa áreas, políticas, profissões e realidades. Por conseguinte, a imprecisão do termo dá margem para dubiedades, confusões, naturalizações e, no mesmo processo, a indiferença quanto a sua operacionalização.

De fato, a constatação de que o termo “acesso” sofre dessa imprecisão e, por que não dizer, manipulação, não é inusitada entre os cientistas sociais que discutiram a saúde, antes da década de 1980 – em âmbito internacional e década de 1990 em âmbito nacional. Os trabalhos que abordam essa temática emergem no bojo dos tratados internacionais sobre o direito à saúde e da criação do Sistema Único de Saúde, que tem como um dos princípios a “universalização do acesso à saúde”, como assinalamos no Capítulo I deste trabalho. O inusitado, talvez, é que depois de trinta anos, persiste a “carência conceitual e prática do termo”. Seja em documentos oficiais, seja em textos acadêmicos, a utilização do termo “acesso” torna-se uma “palavra” sem conteúdo político.

É fato que não podemos minimizar a imprescindível contribuição dos poucos trabalhos – sobretudo em âmbito nacional – que assumem a tarefa de problematizar a categoria, pois eles embasam nossas reflexões.

Um ponto importante para a localização dos textos que abordam a temática foi recorrer à bibliografia dos autores: Cohn et al., (2002) e Marsiglia e Carneiro Junior (2009). Grande parte dos trabalhos está disponível em meio digital e apresentam convergências (a) no referencial teórico, (b) na crítica e proposta e/ou (c) na metodologia.

Com efeito, é na literatura internacional que localizamos os primeiros trabalhos que discutem a conceituação do termo acesso. O mais importante foi a emblemática proposta de Penchansky e Thomas (1981) de conceituar a categoria “acesso”, descolando-a dos termos com os quais comumente é confundida. O texto será abordado de modo mais sistemático a seguir.

Uma década depois, o texto de Frenk (1992) contribuiu para diferenciar três termos que são comumente confundidos: disponibilidade, acesso e acessibilidade. A proposta central do texto é criar um marco conceitual para o “fenômeno” da acessibilidade, sendo que, para definir acessibilidade, é importante evitar usar os termos disponibilidade, acesso e acessibilidade como sinônimos:

Accesibilidad es el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención. (FRENK, 1992: 933).

Ao discutir “acesso”, o autor destaca o modo confuso e pouco criterioso com que o termo é utilizado e propõe que este seja reservado para,

[...] denotar la capacidad de un cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atención. Así, ‘acceso’ se refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios. Por desgracia, se han dado tantos significados de ‘acceso’ en los escritos sobre atención médica, que probablemente se dificulte que el uso restringido que aquí proponemos consiga aceptación. (FRENK, 1992: 993)

Ainda na década de 1990, os trabalhos de Giovanella e Fleury (1996) e Cecílio (1997), estes nacionais, apresentaram importantes reflexões sobre o Sistema Único de Saúde, abordando os princípios e as propostas do sistema, o que nos remete aos serviços e à universalização do acesso. Estes também serão abordados a seguir.

Na primeira quadra dos anos 2000, a temática do acesso aos serviços de saúde continuava em pauta – mesmo que de modo tangencial – no bojo das análises em que os dados oficiais quantitativos expressam as desigualdades regionais do “acesso” aos serviços do sistema de saúde brasileiro.

De fato, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 1998) trouxe para o centro do debate o “acesso e a utilização dos serviços de saúde”. A gama de informações alimentou a análise de estudiosos sobre as desigualdades do “acesso e uso dos serviços de saúde” por regiões e por renda.

Nessa perspectiva, Travassos et al. (2000), a partir da análise de dados quantitativos oficiais acerca do sistema de saúde, destacam as dificuldades do “acesso” aos serviços de saúde em função da distribuição. Não há uma discussão conceitual do termo “acesso” e os autores acreditam que o aumento do uso dos serviços de saúde é na verdade “o aumento do uso de determinados serviços”, como pronto socorro e ambulatórios hospitalares, estimulado por incentivos econômicos. Essa centralidade pode refletir os problemas no “acesso” à saúde. As autoras destacam a expressiva desigualdade regional e de renda, bem como sua relação com as condições de vida e saúde da população.

No trabalho de Hortale et al., (2000), encontramos uma proposta analítica

para a operacionalização da descentralização que permitisse maior acesso – não discutido conceitualmente, mas em termos práticos – aos serviços de saúde, entendendo que (a) a saúde é de responsabilidade social e (b) para a operacionalização do modelo de saúde, deve-se considerar as dimensões: social (acesso considerando uma categoria fundamental) e política (descentralização como condição necessária para melhorar o acesso).

Mesmo considerando-se os limites das propostas avaliativas apresentadas até o momento, as autoras partem destas para criar um modelo de avaliação que articule funções sociais, culturais, racionais e produtivas em diversos planos e condicionantes externos e considere o “acesso” como uma “categoria-valor” multidimensional, orientadora de toda política social.

Sem discutir conceitualmente o termo “acesso”, Almeida et al. (2002) analisam os dados quantitativos oficiais da década de 1990, enfatizando os “dilemas da universalização”. As autoras recusam a tese da “universalização excludente” – mesmo sem recorrer a Mendes, 1994 – pois entendem que mesmo com as diferenças e desigualdades regionais, sobretudo entre os serviços públicos e privados, ocorre um crescimento dos serviços de saúde acompanhado por aumento do “acesso” e utilização dos mesmos. Destacam que uma política que atende todos os que procuram – inclusive estrangeiros – não pode ser considerada residual.

Somando-se a estes aspectos positivos, os autores destacam a “pequena tendência à diminuição das desigualdades entre as grandes regiões”, o que não minimiza (a) as desigualdades no uso dos serviços entre os que “compõem a base da pirâmide social” e os grupos com maior renda, (b) o expressivo uso dos hospitais, o que “pressupõe” a falta de acesso aos outros níveis do sistema, e (c) a superposição de clientela, dado que os serviços privados oferecem serviços limitados.

Lima et al. (2002) também analisam dados oficiais da década de 1990 – e igualmente não conceituam o termo “acesso”, mesmo pontuando com ênfase as expressivas desigualdades no “acesso e utilização dos serviços de saúde” –, mas utilizam como parâmetro a “equidade no uso e na utilização dos serviços”. Pontuam as diferenças regionais e de renda e defendem (a) a descentralização do sistema, (b) o aumento dos recursos financeiros para o setor, e, (c) sugerem o modelo de “Municipalização Solidária da Saúde”, realizada no Rio Grande do Sul.

No mesmo ano, foi reeditado pela terceira vez trabalho de Cohn et al. (2002), publicado inicialmente em 1991. A obra analisa os dados empíricos de dois bairros periféricos do município de São Paulo coletados entre os anos de 1985 e 1986, considerando o “acesso”, a “acessibilidade” e a “utilização” dos serviços de saúde. A relevância da obra se mantém – após três décadas da primeira publicação – tanto porque informa aspectos comportamentais e simbólicos dos usuários dos serviços de saúde, como porque suscita questões emblemáticas ainda não superadas na âmbito da saúde.

Para os autores, há uma importante convergência entre as representações populares sobre a utilização de serviços de saúde e as normas técnicas, inclusive internacionais, que condicionam, como ponto principal para ampliar o “acesso” à saúde, uma “adequada” distribuição dos equipamentos e serviços. Mesmo reconhecendo que entre a disponibilidade planejada e a utilização efetiva dos serviços de saúde há questões complexas, como o próprio conceito de acesso:

A concepção de acesso oculta a essência de uma realidade que, em si mesma, é uma totalidade complexa e indivisível. Há, embutidas no conceito de acesso, noções de presença física de recursos, eficácia ou resistência na capacidade de produzir serviços úteis do lado de quem planeja e organiza; e há, do lado daqueles para quem são idealizados e operacionalizados, o reconhecimento de obstáculos, mas também capacidade de avaliação. (COHN et al., 2002: 81)

Em outros termos, é limitado afirmar que a existência de um serviço garanta o “acesso”. Ainda que os autores não façam uma discussão conceitual do termo, a rica e abrangente pesquisa com “os usuários reais” – nos termos de Cecílio (1997) – permitem inferir que um prédio localizado estrategicamente não determina – por si só – o acesso à saúde. Na verdade, é:

[...] possível afirmar que o acesso, ou melhor, a qualidade de o serviço ser acessível extrapola a sua dimensão geográfica ou mesmo relativa à mobilidade da população usuária. O que fica claro é que outras variáveis denunciam processos cognitivos e culturais dos usuários, que se apresentam através das atitudes e condutas inerentes à procura da atenção à saúde, e que, a partir das diferentes respostas, perfil da demanda que conformam e o atendimento que recebe. A proximidade, simplesmente, não torna o serviço de saúde acessível à população. (COHN et al., 2002: 90)

Os “usuários reais” sentem, de modo concreto, as dificuldades do “acesso”

aos serviços de saúde, ainda que desconheçam o fluxo da assistência à saúde e/ou os serviços disponíveis para atendimento. Para estes, o “acesso universalizado seria, em tese, a possibilidade de a população poder ser atendida por qualquer serviço de saúde, seja público ou privado” o que não se efetiva, impelindo-a a criar suas estratégias que não consideram os fluxos técnicos oficiais de atenção à saúde, tampouco a complexidade da demanda (COHN et al., 2002; CECÍLIO, 1997). Tal estratégia expressa-se na criação de uma “cesta básica”⁵⁷ de serviços norteados pela percepção e pelo conhecimento por eles adquiridos:

É essa “cesta básica” que configura o “grau de ajuste” da população, que, conhecendo o rodízio de obstáculos interpostos entre as suas necessidades e a disponibilidade problemática dos recursos dados, formula modos próprios de acessibilidade a partir da sua capacidade de enfrentamento das carências que perpassam o seu cotidiano. (COHN et al., 2002: 93)

Contrariando a proposta piramidal do modelo de assistência à saúde, os autores entendem que “o grau de ajuste entre o que é oferecido e o que é utilizado” é determinado por três elementos: o mais completo, mais rápido e que garanta a relação médico-paciente. Uma lógica que expressa (a) a concepção de saúde da população – ausência de doenças –, (b) a prevalência do modelo curativo e hospitalocêntrico, (c) a manutenção da força de trabalho, e (d) a redução da assistência àqueles segmentos mais pauperizados sem vínculo empregatício.

Assis et al. (2003) trazem para o debate a realidade de Feira de Santana (BA). Por meio de uma metodologia qualitativa, as autoras entrevistaram vinte e cinco usuários que procuraram duas Unidades Básicas de Saúde com a seguinte pergunta norteadora: *Como o senhor (a) faz para ter acesso aos centros de saúde da rede pública de Feira de Santana?* As autoras partiram do pressuposto – confirmado – de que o acesso à saúde é focalizado e desarticulado. A base teórica usada pelas autoras para discutir a categoria “acesso” foi o trabalho de Giovanella & Fleury (1995), que será comentado adiante.

Kassouf (2005) trouxe novamente para o debate a questão das diferenças de acesso entre as regiões, focando as realidades urbanas e rurais. A base de dados utilizados foram dados quantitativos oficiais. Sem discutir a categoria acesso,

⁵⁷ Behring e Boschetti (2006) usam a hipótese da “cesta básica” da saúde, mas não criada pelos “usuários”, mas sim pelo Estado. A “cesta básica” representa o serviço pobre para o pobre.

a autora identifica importantes diferenças entre as regiões, mas também entre sexo, idade e renda e destaca os motivos que mobilizam os usuários das áreas urbana e rural a procurar atendimento; esses são motivados pela doença, aqueles por exames de rotina.

Dentre os textos que pesquisamos, o trabalho de Kassouf foi o último que se propõe a analisar dados quantitativos oficiais. Entretanto, chama à atenção o fato de que o trabalho foi apresentado em 2005, os dados utilizados referem-se a 1998. E, em 2003, havia sido publicada uma nova versão da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. O fato é que a onda “crítico-analítica” dos dados oficiais perdeu expressão no meio acadêmico e no bojo da categoria “acesso”.

A proposta de Marsiglia e Carneiro Junior (2009) é inovadora: analisam o “acesso” nos serviços de saúde que incorporaram o Programa de Saúde da Família (PSF), na percepção dos profissionais, a partir de três dimensões: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade. Os pesquisadores realizaram dezoito entrevistas com profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo e Grande São Paulo.

Pautados em textos nacionais e internacionais, os pesquisadores realizam uma breve mais interessante discussão conceitual da categoria “acesso” e reconhecem a pertinência do tema diante das diferentes formas de “acesso” às políticas sociais. A partir do estudo, os autores identificam que o PSF não significou ampliação do “acesso” aos serviços, mas conseguiu apresentar importantes mudanças.

Jesus e Assis (2010) propõem uma revisão conceitual da categoria acesso para contribuir com o planejamento. Este último concebido como um dispositivo, uma categoria analítica importante na construção teórico-prática do cotidiano no SUS. Acesso, por sua vez, é compreendido como uma garantia constitucional e bandeira de luta dos movimentos sociais, configurando-se mais do que uma porta de entrada, mas como um “dispositivo” transformador da realidade. Nessa perspectiva, os autores acreditam que somente se garantirá o ingresso universal do usuário no sistema de saúde através da consciência de cidadania (JESUS e ASSIS, 2010). Os autores também partem das contribuições de Giovanella & Fleury (1995) e dialogam com outros autores acerca das possibilidades de acesso.

Os textos abordados nas páginas precedentes deste item explicitaram como

a categoria “acesso” foi mencionada, pontuada ou mesmo abordada – prática ou conceitualmente – dos anos 1980 a 2010, e demonstram que a temática não “saiu de cena”. Identificamos que alguns trabalhos trouxeram de modo criativo um panorama do “acesso” ou da sua falta, quer de modo prático, conceitual ou simbólico, para quem trabalha na área da saúde, como para quem faz uso dos serviços.

Nos trabalhos de Cohn (2002), Marsiglia e Carneiro Junior (2009) e Jesus e Assis (2010), o termo acesso é discutido de modo mais amplo. Todavia, nos demais, identificamos os seguintes pontos convergentes: (a) as desigualdades regionais e/ou de renda, (b) o uso de dados quantitativos, por vezes obsoletos, (c) a afirmação ou negação de uma “universalização excludente”, (d) utilização com poucas mediações das mesmas bases teóricas, e (e) ausência da discussão mais ampla do termo acesso relacionada com o conceito de saúde.

Os textos que abordaremos a seguir subsidiaram as reflexões de alguns dos trabalhos mencionados e apresentam importantes contribuições para a discussão conceitual da categoria acesso. Iniciamos com o trabalho de Penchansky e Thomas (1981)⁵⁸. De início, é preciso pontuar que a proposta de utilizar o presente texto não indica afinidade com o modo como a saúde é pensada e organizada nos Estados Unidos, quer na década de 1970 – quando os autores referem que a pesquisa foi realizada – quer nos dias atuais. Mas, acreditamos que a contribuição do texto desses autores reside no rigor metodológico para qualificar um termo tão simplificado, reduzido e confundido como “acesso”, resultando em um desvendamento das “partes” que formam a “totalidade”. Na verdade, os termos que até o momento são usados como sinônimos de “acesso” formam a categoria.

Possivelmente, este “achado” resulta da compreensão dos autores de que o termo tem sido mais: (a) uma política do que uma ideia operacional, (b) poucos esforços foram feitos para conceituar o termo, (c) este é confundido com outros termos igualmente pouco compreendidos, (d) empregado para caracterizar fatores que influenciam a entrada ou uso de serviços, e (e) utilizado para traçar o perfil de recursos ou de clientes. Interpretações que circunscrevem o “acesso” a duas compreensões: i) que se trata da garantia de disponibilidade e recursos; e ii) significa o uso seguro igual para igual necessidade:

⁵⁸ Traduzimos o texto sob a supervisão da Prof^a Juliana dos Santos Voltan.

A primeira visão centra-se no sistema com os atributos que permitem a entrada ou o uso, se desejado, e sugere que acesso trata apenas com o conjunto limitado de tais atributos. A segunda interpretação sugere que acesso engloba todos os fatores que influenciam o nível de utilização, dada a necessidade de cuidados de saúde. (PENCHANSKY & THOMAS, 1981: 127)

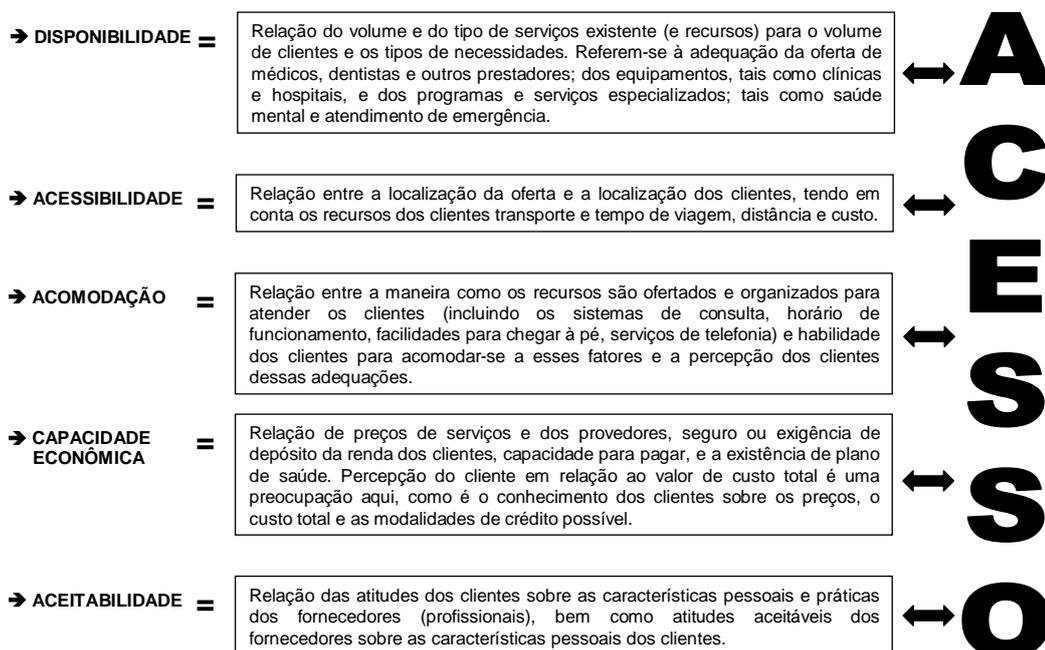
Assim, considerar o “acesso” como a “medida de ajuste” entre o uso ou entrada de um serviço e a necessidade dos clientes colabora para reforçar a confusão conceitual e operacional do termo. Um ponto é fato: há real necessidade de qualificar o termo e utilizar as informações para melhorar a qualidade dos serviços.

Pautados em estudos já realizados sobre a temática, bem como em dados empíricos obtidos por meio de entrevistas com funcionários de uma empresa em New York, os autores apresentam a proposta de “validar” o seguinte conceito:

Acesso é apresentado como um conceito geral que resume um conjunto mais específico de dimensões que descrevem o que está entre o paciente e o sistema de cuidados de saúde. As dimensões específicas são: disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade econômica e aceitabilidade. (PENCHANSKY & THOMAS, 1981: 127)

As cinco dimensões, até então confundidas com o próprio termo “acesso”, são conceituadas pelos autores de modo preciso. Para melhor compreensão do conceito propomos o quadro 7:

Quadro 7: Cinco Dimensões da Categoria Acesso.



Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de Penchansky & Thomas, 1981.

Segundo Penchansky & Thomas (1981), as cinco dimensões foram abordadas em outros trabalhos, há uma real dificuldade em separar as cinco dimensões, dado que: (a) acessibilidade pode estar relacionada à disponibilidade, ainda que em alguns caso há a disponibilidade, mas não o acesso, (b) aceitabilidade poderia mostrar a procura por cuidados e não acessibilidade, e (c) a disponibilidade afeta a acomodação e a aceitabilidade. As duas dimensões mais debatidas nos textos analisados pelos autores são acessibilidade e disponibilidade, conforme relacionamos a seguir:

- **Acesso:** É identificado como acessibilidade por Bice et al. (1972), quando estes referem que programas sociais nos Estados Unidos aumentam o acesso. Focam o acesso a partir de aspectos econômicos e consideram a distância percorrida (acessibilidade) e relativa falta de fornecimento (disponibilidade).
- **Acessibilidade:** Donabedian (1976) utiliza as expressões “acessibilidade sócio-organizacional”, para dizer das questões que envolvem o relacionamento de profissionais e pacientes. O que para Penchansky & Thomaz seria um identificador de aceitabilidade); e, “acessibilidade sociogeográfica” para dizer

do tempo de viagem do cliente ao serviço. Nesse sentido, há convergência entre os autores. Freeborne (1973) discute essa dimensão de um modo abrangente, pois agrupa em um mesmo conceito acessibilidade, acomodação e disponibilidade. E entende que as pessoas devem ter acesso ao sistema no momento e lugar necessário, com um ponto bem definido de entrada e uma grande rede de serviços e profissionais bem conhecidos da população.

- **Disponibilidade:** Donabedian (1976) utiliza o termo para referir-se à capacidade de produção de recursos e serviços. Essa dimensão é discutida por Fein (1972) em termos “dos determinantes” da distribuição de serviços específicos e os resultados em uma população, e destaca as condições econômicas como determinantes para o acesso. O que para Penchansky & Thomaz seria um identificador de capacidade econômica.

Para os autores, problemas relacionados ao “acesso” influenciam a relação do “cliente” com os serviços em três dimensões: i) utilização dos serviços; ii) insatisfação dos clientes; iii) impacto na prática e qualidade da ação dos profissionais.

O estudo foca o segundo aspecto, construindo escalas de satisfação e discriminando a validade destas. No quadro 8, apresentamos as 16 questões formuladas para relacionar e validar as dimensões do acesso:

Quadro 8: Acesso e Satisfação	
Dimensões do Acesso	Questões
Disponibilidade	1. Considerando todas as coisas, quanta confiança você tem em conseguir um bom cuidado médico para você e sua família quando precisar dele?
	2. Quanto satisfeita você está com a sua capacidade de encontrar um bom médico para atender sua família inteira?
	3. Quanto satisfeito você está com seus conhecimentos de onde buscar cuidados de saúde?
	4. Quanto satisfeito você está com sua capacidade de encontrar cuidados médicos em emergências?
Acessibilidade	5. Quanto satisfeito você está com a proximidade do consultório médico à sua casa?
	6. Quanto difícil é para você ir ao consultório do seu médico?
Acomodação	7. Quanto satisfeito você está com o tempo que você tem de esperar para conseguir uma consulta?
	8. Quanto satisfeito você está com os horários do consultório médico?
	9. Quanto satisfeito você está com o tempo que deve esperar na sala de espera?
	10. Quanto satisfeito você está com a facilidade para entrar em contato com o seu médico?
Capacidade econômica	11. Quanto satisfeito você está com o seu seguro de saúde?
	12. Quanto satisfeito você está com os preços do seu médico?
	13. Quanto satisfeito você está com o prazo que você precisa para pagar a conta?
Aceitabilidade	14. Quanto satisfeito você está com a aparência do consultório médico?
	15. Quanto satisfeito você está com a vizinhança do consultório médico?
	16. Quanto satisfeito você está com a aparência dos pacientes que você geralmente vê no consultório médico?

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de Penchansky & Thomas, 1981.

Os autores concluem que os pacientes conseguem distinguir as cinco dimensões de acesso; destacam alguns “achados”, como: i) percepção sobre a saúde pode influenciar em todas as dimensões do acesso; ii) menor tempo de estudo pode indicar maior satisfação com todas as dimensões do acesso, o inverso também é verdadeiro.

Também, que as perguntas formuladas eram coerentes para inferir sobre as cinco dimensões, como: i) acessibilidade é indicada por tempo de viagem; ii) acomodação é indicada por tempo para agendar consulta; e, iii) diponibilidade e aceitabilidade indicadas por longo relacionamento com o médico.

Mesmo com o êxito do estudo, os autores assinalam a dificuldade em explicar alguns situações, como: por que a menor percepção de saúde influencia acessibilidade, e gastos ambulatoriais influenciam acessibilidade e não capacidade econômica. Por estas e outras questões, os autores pontuam que as medidas usadas na pesquisa podem não ser confiáveis para todas as dimensões do acesso.

Provocativo, o texto suscita inúmeras indagações, exige mediações para pensar o modelo de saúde brasileiro, mas, indubitavelmente, traz uma perspectiva inusitada para indicar o “acesso” ao sistema de saúde, e por que não, às políticas sociais. O ponto central é extrapolar “os muros” que limitam o conceito ao imediato, “uma porta de entrada”, e efetivamente problematizar o termo para então identificar que números e cobertura não significam “acesso”.

Dentre os textos analisados nas páginas anteriores, que utilizaram o trabalho de Penchansky & Thomas (1981), destacamos aqueles que realizaram um diálogo com a realidade nacional: Assis et al. (2003), com a proposta de identificar a percepção dos usuários sobre o acesso; Marsiglia e Carneiro Junior (2009) que discutem três das cinco dimensões: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade; e Jesus e Assis (2010) que discutem o acesso como um “dispositivo transformador da realidade”.

Nos trabalhos de 2003 e 2010, os autores não recorreram diretamente à obra dos pesquisadores americanos, mas retiraram os elementos essenciais para sua análise da obra de Giovanella & Fleury (1996).

O emblemático trabalho de Giovanella & Fleury (1996) subsidiou a produção de textos que discutem o “acesso” por três aspectos interligados: i) a problematização da categoria acesso; ii) a tese da universalização excludente; e iii) a construção de modelos teóricos.

Considerando a realidade da sociedade brasileira e a trajetória das políticas sociais, “acesso” é reconhecido como categoria central na análise das políticas sociais – ainda que prevaleça uma similaridade entre os termos acesso, acessibilidade e utilização – sobretudo, para identificar a proposta de “universalização do acesso”. E aqui reside o segundo aspecto emblemático da obra.

Pautada nas contribuições de Faveret (1990), os pontos nevrálgicos apontados são o aumento da demanda sem o corresponde financiamento e as formas de inclusão ao sistema, mediadas pelo trabalho:

Assim, a universalização promovida tem sido caracterizada como excludente na medida em que a absorção de camadas populares não previdenciárias foi acompanhada por mecanismos de racionamento dos gastos que expulsaram do sistema segmentos sociais mais favorecidos em direção ao setor privado, ou seja, a universalização efetivou o direito social à saúde, segundo Faveret (1990), por torná-lo apto a atender os setores sociais de menor poder

aquisitivo e não por incluir sob sua responsabilidade toda a população. O acesso dos segmentos expulsos à atenção privada foi possibilitado pela expansão de mecanismos de financiamento através de: planos de saúde individualmente contratados, planos de seguro de grupo contratados pelas empresas para seus empregados e caixas próprias das empresas estatais [...]. (GIOVANELLA & FLEURY, 1996: 183)

Considerando que o sistema de saúde tem o traço “segmentado” da sociedade brasileira, as autoras analisam o SUS como uma junção de “subsistemas”, onde prevalecem desigualdades, e viabiliza-se a “complementaridade invertida entre o público e o privado”. Nessa perspectiva, tem-se um reforço da denominada “universalização excludente” que transforma cidadãos de direitos em cidadãos consumidores de benefícios estratificados (GIOVANELLA & FLEURY, 1996).

A chamada “universalização excludente” decorreu da progressiva ampliação de cobertura da assistência médica previdenciária dos anos 70 e 80, quando o aumento da demanda não foi acompanhado pelo correspondente investimento na oferta de serviços e da ampliação de recursos financeiros necessários, ao mesmo tempo que foram estimuladas formas de acesso diferenciadas por categorias sócio-ocupacionais. (GIOVANELLA & FLEURY, 1996: 188)

Nesse ponto, as autoras retomam a discussão sobre o “acesso”, pois entendem que não há um conhecimento efetivo sobre a proposta de universalização do acesso, tampouco sobre a categoria. Na verdade, para compreender até que ponto esta vem sendo operacionalizada, se faz necessário reconhecer a importância da relação do usuário com os serviços. Um processo que remete à categoria central para entender esta relação: o acesso.

A proposta de apresentar a discussão conceitual da categoria é realizada a partir dos trabalhos de Frenk (1985); Penchansky & Thomas (1987); Dever (1988); e Barrenechea, Trujillo, Chorny (1990). Com esse referencial, as autoras buscam construir “modelos teóricos” – aqui reside a terceira contribuição do texto. E identificam quatro modelos: i) modelo economicista; ii) modelo sanitarista; iii) modelo sanitarista-politicista; e iv) modelo das representações sociais.

As reflexões acerca das contribuições de Giovanella & Fleury (1996) versam sobre os modelos teóricos – é o caso de Jesus e Assis (2010) como já pontuamos – e sobre a tese da “universalização excludente”, análise partilhada por Assis et al.

(2003), que traz as expressões desta no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde de Feira de Santana e refutada por Almeida et al. (2002) por entenderem estes autores que o SUS é por princípio incluyente e mesmo com as desigualdades, não se deve denominar o sistema como residual.

Na década de 1990, a tese da “universalização excludente” também permeou os debates promovidos pela Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, no momento em que o país vivia uma onda otimista:

O próximo governo federal, na melhor das perspectivas, extremamente afinado com a proposta de Reforma Sanitária, não conseguirá em quatro anos virar de cabeça para baixo o retrato da saúde que hoje temos frente a nossos olhos. Poderá sim, sem dúvida, iniciar o caminho da transformação de forma tal a tomá-lo permanente. Poderá sair do círculo vicioso e entrar num ciclo virtuoso em que cada modificação gera não só um efeito direto nas condições de saúde e de atendimento mas também propicie criar um novo patamar de modificações e melhorias. Aí está, portanto, um excelente momento para refletir sobre a proposta da Reforma Sanitária e reorganizar o movimento sanitário na defesa de candidaturas efetivamente comprometidas com uma mudança no quadro de exclusão social e miséria extrema que caracteriza o país e no quadro de universalização excludente que caracteriza o setor saúde. Esses são alguns pontos básicos para a discussão que esperamos ocorra na assembleia nacional do CEBES e durante o IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Olinda/Recife-PE, 19 a 23 de junho). [...] a questão axial que deve embalsar nossas análises e estratégias para o sistema de saúde brasileiro, vítima paradoxal da chamada universalização excludente. (REVISTA SAÚDE EM DEBATE, n 42, 1994: 3)

Ao analisar as políticas sociais no Brasil, Behring e Boschetti (2006) também defendem a tese da “universalização excludente”, pautadas no mesmo referencial (Mendes, 1994). Entretanto, enquanto a análise de Giovanella & Fleury (1996) toma como parâmetro a primeira quadra da década de 1990, quando o SUS estava começando a ser implantado, o trabalho de Behring e Boschetti, publicado uma década depois, mostra que no cenário neoliberal persistem importantes lacunas mediadas pela relação nebulosa entre o público e o privado:

[...] a privatização gera uma dualidade discriminatória entre os que podem e os que não podem pagar pelos serviços, no mesmo passo em que propicia um nicho lucrativo para o capital, em especial para segmentos do capital nacional que perderam espaços com a abertura comercial. Esse é o caso da previdência complementar e da educação superior, no último período, considerando que a saúde

vive essa dualidade há mais tempo, designada por alguns autores como universalização excludente, que quebra a uniformização e a gratuidade dos serviços (Mendes, 1994). (BEHRING & BOSCHETTI, 2006: 159)

De fato, a temática é complexa e tem como pano de fundo as limitações impostas pelo neoliberalismo brasileiro aos direitos sociais, duramente conquistados e fragmentadamente implantados. No que se refere ao SUS, a questão ganha uma expressão mais contundente por dois motivos: primeiro por ser a única política da Seguridade Social que preconiza a universalização do acesso e segundo, pelos números e indicadores oficiais que demonstram o “aumento do acesso” à saúde, ou ainda, o “expressivo crescimento” dos “usuários SUS”. Identificar a efetiva universalização do acesso ou qualificar os números e indicadores seriam caminhos para confirmar ou refutar a tese da “universalização excludente”.

Enquanto esta proposta não foi assumida, a categoria “acesso” emergiu no cenário conturbado do século XXI como tema de justiça expresso na Judicialização do Acesso. Trata-se da intervenção do Judiciário nas questões relativas ao atendimento na área da saúde. Tal intervenção não se restringe à saúde, na verdade também ocorre nas demais políticas públicas, e tal proposta, no caso brasileiro, ganhou mais evidência com a Constituição Cidadã de 1988. A partir de então, o poder judiciário teve um terreno mais amplo para atuar na perspectiva da garantia de direitos.

Este recurso é utilizado há mais de 15 anos, e a busca pelo atendimento integral “tem feito com que muitos usuários do SUS, amparados pelo Art.196 da Constituição, que prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado, venham recorrendo ao Poder Judiciário para que lhes seja garantido o acesso a determinados medicamentos ou procedimentos” (IPEA, 2009). Em termos quantitativos apresentamos os seguintes dados:

No DF, o número de mandados judiciais relacionados a medicamentos aumentou de 281, em 2003, para 682, em 2007 (ROMERO, 2008). Na Bahia (BA), passou de seis ações, em 2003, para 112, em 2007 (COSTA, 2008). No Rio Grande do Sul (RS), o número já era alto desde 2002, quando já tinham sido registradas 1.846 ações e o estado alcançou, em junho de 2008, o total de 4.550 ações, das quais, cerca de 3.500 era demandas por medicamentos (NAUNDORF, 2008). No RJ, houve um crescimento de mais de 350% entre 2001 e 2005 – de 713 ações para 2.500. Também nas instâncias judiciais superiores, registrou-se um crescimento em

proporções significativas: no Superior Tribunal de Justiça (STJ) havia dois processos em 2001, e estes já alcançavam 672 em 2004. [...] Segundo editorial do Estado de São Paulo, de 7 de agosto de 2008, já teriam sido ajuizadas mais de 25 mil ações contra SP, com gasto corrente mensal de R\$ 25 milhões. No Rio de Janeiro, o valor teria alcançado R\$ 6,5 milhões mensais. (IPEA, 2009)

Há controvérsias acerca do efetivo alcance da “integralidade no atendimento”. Para alguns, “a judicialização é uma forma de garantia de acesso e direito à saúde”, como destacam os juristas, outros, sobretudo os gestores, entendem que “o crescente acesso a medicamentos e outros bens e serviços de saúde pela via judicial gera distorções na alocação de recursos e gestão da política pública”. Segundo o IPEA (2009), um aspecto que realmente merece destaque,

[...] a concessão de tratamentos ou medicamentos pela via judicial gera um conflito distributivo que tem duas nuances. A primeira seria a priorização do direito individual em vez do direito coletivo, e a segunda, um suposto favorecimento dos mais privilegiados, os que podem arcar com os custos de um processo judicial, em detrimento dos demais indivíduos. A segunda questão refere-se ao suposto favorecimento dos mais privilegiados economicamente no acesso aos bens e serviços de saúde pela via judicial. (IPEA, 2011)

Os processos já são alvo de estudos e demonstram que os requerentes – em sua maioria – recorrem a escritórios particulares, “o que seria um indicativo do atendimento de uma população com maior poder aquisitivo”, mas há um crescimento de ações conduzidas pela Defensoria Pública, o que indicaria a presença da população de mais baixa renda em suas demandas judiciais (IPEA, 2009).

Assim, além das análises oficiais, a garantia do acesso mediado pela justiça tornou-se objeto de estudo no âmbito acadêmico. Lima (2011) discute o tema na perspectiva jurídica, a “Judicialização do Acesso à Saúde”, propondo analisar as intervenções do Poder Judiciário para preservação dos direitos à saúde, à vida e à dignidade humana, compreendendo assim a efetivação dos direitos sociais.

A autora parte da concepção de que (a) a saúde constitui-se em um direito fundamental e social que (b) assiste a todas as pessoas sem qualquer distinção, (c) está relacionada ao direito à vida, (d) é superior domínio do Estado na medida em que este não pode dispor das vidas das pessoas, e (e) congrega gerações de direitos:

A saúde compreende um dos principais componentes da vida, pois é o pressuposto de sua existência. Está conectada com o direito à vida, sendo certo que o direito à vida está associado diretamente ao direito à saúde, tornando-se essa última um “direito de cidadania”, que se identifica com o exercício de três gerações de direitos humanos, segundo Nicola Abbanano (2007), quais sejam: os civis, os políticos e os sociais. (LIMA, 2011: 115)

Considerando a trajetória do Sistema Único de Saúde, no âmbito das três esferas, as desigualdades da sociedade brasileira e o papel do Estado, o texto aborda conceitualmente as seguintes categoriais: (a) direitos fundamentais e sociais, (b) a saúde e a saúde como um direito fundamental, (c) a dignidade da pessoa humana, (d) o acesso universal, mas focando os princípios de igualdade e universalidade, não necessariamente a categoria acesso, (e) a reserva do possível, um conceito econômico que significa recursos disponíveis pelo Estado para um determinado setor, entre outros.

A autora refere que diante do expressivo número de ações envolvendo a área da saúde, o Poder Judiciário tem como subsídio uma “cartilha” denominada: Apoio Médico e Científico ao Judiciário – textos simplificados, obtidos com isenção científica para melhorar decisões na área da saúde, elaborados pelo Centro Cochrane do Brasil em parceria com a Associação Paulista de Medicina, 2010.

Contudo, tal expressividade não denota, pelo exposto, um maior “acesso à justiça”, por exemplo, até porque não é a tese que a autora defende, mas reflete a falta de acesso à saúde, um quadro, segundo Lima, que será alterado a partir da “conscientização” dos poderes legislativo e executivo e da sociedade:

[...] observa-se que o direito à saúde em juízo tornou-se questão complexa, sendo certo que a atuação consciente dos magistrados, devidamente assessorados por profissionais da medicina, bem como a cobrança efetiva da sociedade civil no que concerne às reiteradas omissões dos Poderes Legislativo e Executivo referentes à área da saúde poderão contribuir para a redução paulatina do número expressivo de ações judiciais em trâmite nos tribunais do País. Entretanto, a participação da sociedade civil somente ocorrerá pelo conhecimento e conscientização dos seus direitos enquanto cidadão e consumidor. (LIMA, 2011: 121)

Como já pontuamos, o tema é recorrente, já em 2007 a judicialização da saúde estava em pauta no Congresso Nacional, expresso nos Projetos de Lei (PL) nº 219/2007, de autoria do senador Tião Viana (PT-AC) e nº 338/2007, de autoria do

senador Flávio Arns (PT-PR). E representantes da Pastoral da Saúde em São Paulo referem o pleito deste segmento da sociedade para a criação de Varas da Saúde.

Pelo exposto até aqui, é inegável que o “acesso à saúde” está em pauta, quer no âmbito acadêmico, político ou jurídico. O termo perpassa áreas e realidades e se mantém praticamente incólume a uma discussão conceitual. É o que também mostram os documentos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que publica a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – já trabalhados parcialmente no primeiro Capítulo I deste trabalho. É importante pontuar que não consta, em nenhum dos três documentos, um conceito de acesso, ou mesmo de que modo ele será identificado. Parte-se do suposto de que “acesso” é algo compreensível, não necessita de explicação.

Uma estratégia para explicitarmos de que modo essa categoria é investigada foi identificarmos as perguntas que abordam o tema.

Nos anos de 1998 e 2003, o documento recebeu o mesmo título: Acesso e utilização de serviços de saúde, e foram realizadas cinco perguntas no campo “Acesso aos Serviços de Saúde”: i) costuma procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?; ii) quando está doente ou precisando de atendimento de saúde, costuma procurar (nove alternativas); iii) nos últimos doze meses consultou médico?; iv) quantas vezes consultou médico nos últimos doze meses?; e v) quando foi ao dentista pela última vez?

De que modo essas perguntas nos indicam o acesso ao serviço de saúde como propõe o documento? Entendemos que abordam a “procura por serviço”, o movimento do usuário para receber atendimento. E, nos parece, possibilitam inferir a “capacidade dos usuários em procurar um serviço de saúde para receber atendimento médico”, uma perspectiva que converge com a definição de Frenk (1992).

Em 2008, o documento foi ampliado e recebeu o seguinte título: “Um Panorama da Saúde no Brasil - Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde”, e foram acrescentadas mais seis perguntas às cinco aplicadas nos anos anteriores (um total de onze perguntas): i) utiliza medicamentos de uso contínuo?; ii) na última vez que precisou obter o(s) medicamento (s) de uso contínuo, recebeu gratuitamente?; iii) do (s) medicamento (s) de uso contínuo que não recebeu gratuitamente, comprou?; iv) na última vez em

que foi ao dentista, este atendimento foi coberto por algum plano de saúde?; v) pagou algum valor na última vez que foi ao dentista?; vi) na última vez que foi ao dentista, o atendimento foi feito através do Sistema Único de saúde? Os dois campos que receberam atenção nesta nova versão foram medicação e atendimento odontológico.

Propomos no quadro 9 a sistematização das respostas que se mantêm nos três documentos, ou seja, as cinco primeiras. Desconsideramos os resultados das seis perguntas incluídas no documento de 2008, pois (a) estas são parciais, referem-se a determinados períodos. Diferentemente dos outros dados (b), é impossível fazer uma análise comparativa, posto que nos documentos anteriores tais itens não foram abordados.

No entanto, é importante destacar três informações que se referem ao uso de medicamentos: apenas 20,42% da população brasileira fazem uso de medicamento contínuo, sendo que dentre estas, 51,06% recebem medicação gratuita.

Quadro 9: Acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998, 2003, 2008

Perguntas	Alternativas	1998	2003	2008
Costuma procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?	Sim	71,19	79,30	73,64
	Não	28,81	20,70	26,36
Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde, costuma procurar?	Farmácia	1,54	1,10	1,13
	Posto ou Centro de Saúde	29,75	41,56	41,81
	Consultório Particular	14,02	14,29	14,14
	Ambulatório de Hospital	15,33	13,39	8,99
	Pronto Socorro ou Emergência	3,40	4,60	3,73
	Outros	7,15	4,35	3,84
Nos últimos doze meses consultou médico?	Sim	54,67	62,84	67,68
	Não	45,29	37,15	32,32
	Sem Declaração	0,04	0,01	0
Quantas vezes consultou médico nos últimos doze meses?	1 a 2 vezes	28,73	31,49	32,73
	3 a 5 vezes	16,04	18,93	21,32
	6 a 12 vezes	8,34	10,43	11,12
	13 ou mais vezes	1,52	1,96	2,52
	Sem Declaração	0,05	0,03	0
Quando foi ao dentista pela última vez?	Nunca foi	18,72	15,87	11,66
	Menos de 1 ano	33,14	38,75	40,20
	1 a 2 anos	18,6	19,13	24,73
	3 ou mais anos	29,49	26,24	23,41
	Sem Declaração	0,05	0,01	0

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir da PAND, 1998, 2003 e 2008.

O resultado desse “bloco” de perguntas não nos permite desenhar um panorama do acesso à saúde no Brasil, embora traga importantes indicadores de “uso” dos serviços de saúde. Uma análise mais detida dessas informações será apresentada no Capítulo IV.

De acordo com documentos, mais de 70% da população brasileira fazem uso do mesmo serviço quando necessitam de atendimento de saúde, porém, diferentemente do que apontam alguns trabalhos, o serviço mais procurado não é o “pronto socorro ou emergência”, uma vez que nos três documentos, o percentual de usuário que referiu este serviço não chegou a 5%. Os documentos mostram que os postos ou centros de saúde apresentaram um percentual de referência expressivo e gradativo ao longo dos anos.

No caso dos serviços de urgência e emergência, os números baixos e instáveis demonstram que os serviços – de acordo com os documentos – não são serviços de referência para os usuários, uma informação que diverge de outros trabalhos em que tais serviços são reconhecidos como a “porta de entrada para o sistema de saúde” (CECÍLIO, 1997; ROCHA, 2005; SIMONS, 2008; OLIVEIRA et al., 2011).

Trata-se de um tema complexo, abordado de modo tangencial até os últimos anos da década de 1990, mas que emerge no século XXI em importantes análises acadêmicas e inovadoras propostas governamentais.

Nessa perspectiva, o médico sanitário Cecílio (1997) considera que, ao contrário da proposta do modelo tecno-assistencial em “pirâmide”, em que as Unidades Básicas de Saúde seriam a “porta de entrada” para o sistema, os serviços de urgência e emergência é que se caracterizam como a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde. Uma inversão que expressa o fracasso do modelo piramidal:

A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde. A “porta de entrada” principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios. Atesta isto o fato de os atendimentos hospitalares serem expressivamente maiores do que o atendimento total feito nas unidades básicas de saúde, na maioria dos municípios nos quais exista a alternativa de acesso ao hospital. Os pronto-socorros sempre lotados são a imagem mais expressiva desta situação. (CECÍLIO, 1997: 471)

Sem ignorar as vantagens do modelo, reconhecidas pelos defensores do SUS (democratização e universalização do acesso, construção de um modelo contra-hegemônico, racionalização dos serviços, nova relação entre serviços e usuários), sobretudo no momento histórico em que surge, o autor entende que o modelo não permitiu a universalidade do acesso, restando “aos usuários reais” adotar estratégias para driblar a rigidez do sistema.

Assim, acessar o sistema de saúde via serviços de emergência não é apenas um mecanismo adotado por aqueles que não se adequam ao fluxo, mas uma estratégia para ter acesso ao direito, por onde é possível. Ainda que o usuário fique cinco ou seis horas em um serviço de emergência, é mais “seguro”.

Desse fato, emergem questões que ocupam importante espaço nas discussões acerca da temática como: (a) a culpabilização dos usuários, entendendo-se que estes são “deseducados” e fazem “uso incorreto dos serviços”, (b) o limite desse tipo de atendimento, por exemplo, o reduzido binômio “queixa-conduta”, uma vez que essa porta de entrada pode estar imediatamente direcionada para a saída: atende todos, mas acolhe e insere apenas alguns, e o pressuposto de que o vínculo, profissionais e usuários, e tratamento deve ser realizado nas UBSs e nos serviços ambulatoriais.

Quanto aos serviços de urgência e emergência, o autor pontua que: (a) é inegável a legitimidade desses serviços pela população, (b) apenas culpabilizar o usuário pelo uso indiscriminado desses serviços não é a melhor estratégia; antes se faz necessário realizar efetivas mudanças no sistema, que obstaculizam o acesso; (c) as demandas que chegam a esses serviços e não são pertinentes poderiam ser atendidas, por exemplo, nas UBSs, evitando a formação de um (d) “ciclo perverso”, em que os usuários fingem que são atendidos e os profissionais que atendem.

Na verdade, a proposta piramidal em que o usuário daria entrada pela “porta principal” e transitaria para os outros níveis só se efetivaria se existisse um “acesso integral”. Entretanto, a centralidade dada às UBSs evidenciou a lacuna nos outros níveis do sistema, em outros termos, a falta de acesso.

Cecílio (1997) propõe a “qualificação” de todos os serviços para que se tornem verdadeiras “portas de entrada” ao sistema, em especial a mais importante: os serviços de urgência e emergência com as seguintes sugestões:

Trabalhar com protocolos que estabeleçam quais são as patologias que necessitam ter acompanhamento mais apropriado que não aquele atendimento que está sendo feito no pronto-socorro. Com base nestes protocolos, as equipes dos serviços de emergência deveriam se responsabilizar pelo encaminhamento do paciente para o espaço tecnológico adequado dentro do sistema [...]. A responsabilidade de garantir a integralidade do atendimento é do sistema como um todo e não uma batalha individual e solitária de cada paciente [...]. Criar “vínculos provisórios” com médicos ou equipes dos serviços de urgência, no sentido de tentar aproveitar o atendimento inicial que o paciente está recebendo, para, em determinados casos estabelecidos também em protocolos, avançar na exploração e elucidação do problema do mesmo, dentro dos limites tecnológicos e organizacionais do pronto-socorro [...]. Espera-se, com este “vínculo provisório” ao médico ou à equipe do pronto-socorro, criar o sentido de responsabilidade com o paciente e garantir o seu adequado encaminhamento ao serviço apropriado, após realizadas as investigações iniciais. (CECÍLIO, 1997: 475-476)

A análise de Cecílio se mantém pertinente, após mais de uma década, pois ainda a saúde não superou: (a) a lógica “hospitalocêntrica” em que os serviços com maior tecnologia são “endeusados”, (b) a saúde ainda é metamorfoseada na ausência de doenças, (c) o que se procura é a cura, (d) os usuários são incompreendidos na sua “solitária” busca por acesso, ou para montar sua “cesta básica de recursos”, (e) o médico prevalece como a figura central no atendimento das questões de saúde.

Todavia, esses serviços ganharam nova relevância e um marco dessa nova conjuntura foi o IV Congresso da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, realizado em Goiânia, em 2000, denominado: “Bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências”. O evento mobilizou técnicos da área e contou com a participação formal do Ministério da Saúde e desencadeou a elaboração de documentos legais para alterar a lógica de funcionamento dos serviços.

Em 2001, o Ministério da Saúde identificou que os acidentes, envenenamentos e a violência são as principais causas de mortalidade e/ou incapacitação física permanente ou temporária entre o público jovem adulto. Essas causas, em conjunto, superam as mortes por doenças cardiovasculares e as neoplasias. São situações que recebem o primeiro atendimento nos serviços de urgência e emergência. Segundo o órgão, trata-se de atendimento por vezes inadequado durante a fase aguda e que se constitui na principal causa de muitas complicações.

Considerando o agravamento à saúde – com gastos expressivos para os cofres públicos – o Ministério da Saúde entendeu que se fazia necessário reestruturar o atendimento imediato por meio da Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento de Urgência e Emergência (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).⁵⁹

Na verdade, os serviços de atendimento imediato foram objeto de iniciativas governamentais, mas não alcançaram significativo impacto, produzindo um panorama bastante desolador como demonstra o Ministério da Saúde, no documento “Regulação Médica das Urgências”, publicado em 2006⁶⁰ de onde destacamos alguns itens:

- **Baixo investimento em estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde:** as portas de urgência constituem-se em importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. É nelas onde primeiro se mostram os agravos inusitados à saúde da população. [...]. Mas, para além destas ações sobre agravos inusitados, temos a observação cotidiana de velhos e repetidos agravos que nos mostram falhas na integralidade da atenção e, em especial, uma importante falta de ações articuladas de educação para a saúde, proteção contra riscos e agentes agressores conhecidos, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas.
- **Modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos:** ainda hoje a estruturação das redes de atenção à saúde está fortemente influenciada por interesses de mercado, marcadamente pela oferta de serviços de alta densidade tecnológica, cujo consumo foi introjetado pela própria população.
- **Falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica:** a atenção básica também permanece influenciada pelo modelo assistencial da saúde pública, voltada para ações preferencialmente “preventivas e programáticas”, em detrimento do acolhimento e atendimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade,

⁵⁹ Brasil, Ministério da Saúde. Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento de Urgência e Emergência, 2001. Acesso em: 18/04/2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/urgencia_emergencia.pdf

⁶⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. Acesso em 18/04/2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf.

cuja resolução poderia perfeitamente se dar nesse nível de atenção.

- **Insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade:** observando-se o território nacional, vemos uma rede de unidades de “pronto atendimento” que, funcionando nas 24 horas, foi montada apenas para dar vazão à demanda reprimida de casos agudos de baixa complexidade que não são adequadamente acolhidos pela rede básica, funcionando sem retaguarda mínima de recursos diagnósticos e terapêuticos, essenciais à resolução dos casos de maior gravidade/complexidade e à estruturação de uma “cadeia de manutenção da vida”.
- **Deficiências estruturais da rede assistencial – áreas físicas, equipamentos e pessoal:** as urgências têm ocupado historicamente um lugar de marcada marginalidade no sistema de saúde evidenciando de maneira gritante as deficiências estruturais do SUS. Os pronto-socorros hospitalares e unidades de urgência não hospitalares têm suas áreas físicas absolutamente inadequadas e insuficientes, com equipamentos essenciais à manutenção da vida sucateados ou inexistentes. Com relação aos recursos humanos, destacam-se a informalidade na contratação e a organização vertical do trabalho, que criam uma porta de entrada ao mercado de trabalho que atrai profissionais com habilitação inadequada para a atenção às urgências.
- **Incipiência nos mecanismos de referência e contrarreferência:** os sistemas regionais devem ter mecanismos efetivos de encaminhamento dos pacientes (referência) aos serviços não disponíveis em seu município/região, como também a garantia de que uma vez atendidas suas necessidades, o paciente seja reencaminhado à sua região de origem (contrarreferência), impedindo, assim, a saturação tão comumente observada nos serviços especializados.

Essas, entre outras lacunas, desenham um panorama bastante difícil para os trabalhadores que atuam nesses espaços, bem como para os usuários. Atendendo as diretrizes do sistema de saúde brasileiro, a Política Nacional de Atenção às Urgências⁶¹ foi promulgada a partir da Portaria GM nº1.863 de 29/09/2003, propondo a reestruturação de redes de serviços regionalizados e

⁶¹ O termo urgência abrange o conceito de emergência. Emergência pode ser definida como quadros clínicos agudos e cirúrgicos que impliquem risco de vida imediato. Assim, mais recentemente, o MS tem usado o termo atenção às urgências para referir-se às duas situações. Fonte: IPEA, 2011.

hierarquizados de atenção integral às urgências.

A proposta é organizar a rede e reduzir a procura pelos serviços de urgência e emergência dos hospitais (prontos-socorros), com o seguinte desenho (Quadro 10):

Quadro 10: Componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências	
Componente	Serviços
Atenção Pré-Hospitalar fixa	Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde, unidades da Saúde da Família e equipes de ACS) Ambulatórios especializados Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.
Atenção pré-hospitalar móvel	Centrais Samu Samu 192 Núcleos de Educação em Urgência
Atenção pré-hospitalar intermediária	Sala de Estabilização UPA 24 horas
Atenção hospitalar	Prontos-socorros Leitos de internação (desde gerais até Unidades de Tratamento Intensivo – UTI)
Atenção pós-hospitalar	Atenção domiciliar Hospitais-dia Projetos de reabilitação integral

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de dados do IPEA, 2011.

Os cinco componentes da política pressupõem a reorganização de todos os níveis, inclusive da Atenção Básica à Saúde (ABS), com destaque para as Unidades de Pronto Atendimento e as Centrais Reguladoras.

Considerando nosso campo empírico – de atuação profissional e de pesquisa – dentre os cinco componentes, destacamos a “atenção pré-hospitalar intermediária”, em especial as Unidades de Pronto Atendimento⁶².

⁶² No município de São Paulo foram implantadas as AMA's – Assistência Médica Ambulatorial, criadas para absorver a demanda dos usuários com quadros agudos de baixa e média complexidade e que garantindo o enfoque do risco e a continuidade das atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os serviços estão preferencialmente implantados junto às UBS, podendo ser acoplados a Ambulatórios de Especialidades, Prontos-Socorros e/ou Hospitais. A proposta é ampliar o acesso da população à rede básica de saúde, por meio da oferta de serviços que possibilitem respostas ágeis as suas necessidades de assistência médica imediata, com o compromisso de direcionar os usuários que necessitem de acompanhamento nas UBS. (Fonte: Diretrizes Técnicas da Assistência Médica Ambulatorial na Atenção Básica, 2009. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>. Acesso em: 27/05/2012.). As AMA's contam com a gestão das Organizações Sociais de Saúde, que segundo Garcia (2009) fazem parte da parceria

As UPAs são estabelecimentos de saúde com grau de complexidade intermediário entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e os serviços de urgência dos hospitais que, em conjunto com estas, compõem uma rede organizada de Atenção às Urgências. Esses serviços integram o componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantados em locais/unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação.

A expectativa é que haverá “melhorias no acesso à atenção às urgências e redução da importância dos prontos-socorros hospitalares”, considerando que estes se configuram como uma das portas de entrada do SUS.

A atenção pré-hospitalar intermediária deveria também ter impacto relevante no acesso aos serviços e na redução do uso dos serviços prestados nos prontos-socorros hospitalares. Segundo estimativas do MS, pelo menos 70% dos atendimentos realizados em hospitais podem encontrar solução adequada por meio das UPAs. (IPEA, 2011:101)

Rocha (2005) entende que as UPAs desempenham um importante papel no atendimento secundário de urgência à população, diante da difícil realidade dos serviços de urgência e emergência, em que o atendimento é centrado na figura do médico e a queixa principal chega a ser jocosamente chamada como a “queixa do dia”, como refere a autora, a partir de estudos da área médica.

Ao analisar a expressiva demanda desses serviços, a autora ressalta a dicotomia entre as concepções dos usuários e dos gestores “idealizadores” da política, no que tange às funções desses serviços. Um descompasso real e que

público/privado. A autora defende a tese de que “a proposição de um sistema público universal de saúde, inscrita na Constituição de 1998, se efetivou com a AMA, que está garantindo o acesso aos serviços de saúde a camadas da população que antes, pela morosidade do sistema, tinham dificuldade de acessá-los. [...]. A AMA fortalece as ações e serviços de atenção básica, atuando como porta de entrada do sistema de saúde. Antes da AMA, havia uma grande lacuna no atendimento de pacientes com problemas de baixa complexidade, que precisavam esperar meses para uma consulta na UBS (Unidade Básica de Saúde) ou procurar um pronto socorro pra um auxílio imediato, competindo com acidentes, traumas e casos graves. Existem atualmente 115 AMAS na cidade de São Paulo, sendo 31 na zona leste, 22 na zona norte, 24, na zona sul, 30 na sudeste e 8 na zona centro oeste. (GARCIA, 2009: 38).

encontra espaço de discussão no meio acadêmico, dado que,

[...] existe uma grande dificuldade em se caracterizar exclusivamente em bases técnicas o conceito de urgência e emergência na definição da língua normativa e mesmo dentro do conceito biomédico. A definição de urgência não é precisa, abrindo assim a possibilidade de interpretações múltiplas que justificariam a subjetividade da observação dos vários atores. Assim, percebe-se uma discrepância entre as concepções de urgência/emergência do sistema de saúde, dos técnicos e da população, que não têm sido equacionadas adequadamente, até mesmo porque não se conhece o real motivo apontado pela própria população, para procurar diretamente as portas de urgência para atendimento de suas necessidades. (ROCHA, 2005: 23)

Rocha (2005) apresenta uma profícua discussão conceitual que busca diferenciar os termos “urgência” e “emergência” – ambos com um tênue limite prático e conceitual. E com uma metodologia qualitativa, busca na visão dos usuários dos serviços de urgência e emergência os determinantes para a procura desse atendimento.

Temática também abordada por Schiavon (2006) e Simons (2008). A primeira destaca a dicotomia entre os termos – urgência e emergência – e discute a importância da triagem nos serviços de urgência e emergência, uma vez que classificar os atendimentos nesses serviços apenas pela ordem de chegada tem se mostrado uma estratégia pouco resolutiva e humanizada. A segunda, a partir de extensa pesquisa na literatura biomédica – entre outras áreas – identifica que há uma variedade de definições para os termos, mas que não são satisfatórias para diferenciar as situações reais de urgência, emergência ou rotina.

Kuschnir et al. (2011)⁶³ e Oliveira et al. (2011)⁶⁴, ao analisarem a rede de urgência e emergência, abordam o mesmo aspecto com convergências analíticas. Assim como em outros trabalhos, entende-se que grande parte das situações atendidas nos serviços de urgência e emergência não é pertinente. Entretanto, no primeiro trabalho indaga-se quais são esses atendimentos; e no segundo, supõe-se que a facilidade de medicalização e a resolução de pequenos problemas de saúde fazem com que muitas pessoas, mesmo sem a necessidade de atendimento de

⁶³ Texto produzido para a capacitação de gestores da saúde e faz parte do livro Qualificação de Gestores do SUS, parte integrante da Política Nacional de Qualificação da Saúde e foi desenvolvido por inúmeros profissionais e colaboradores.

⁶⁴ OLIVEIRA et al., (2011). Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. Acesso em: 11/05/2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14.pdf

urgência e emergência, busquem-nas, mas igualmente destaca a necessidade de identificar – de modo preciso – quais são essas demandas.

Um ponto em comum, quer nos textos oficiais, quer nos trabalhos acadêmicos analisados, é: os serviços de urgência e emergência são superlotados, em sua maioria por demandas não idadequadas ao tipo de serviço. Entretanto, se há pouca precisão sobre os termos “urgência” e “emergência”, como afirmar, de modo tão categórico que há esta distorção do uso?

Ainda, os documentos produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1998, 2003 e 2008) e mencionados nas páginas precedentes explicitam que esses serviços são utilizados – como referência – por menos de 5% da população entrevistada.

Em outros termos, há uma discrepância entre os dados oficiais e estudos acadêmicos sobre a realidade desses serviços em termos quantitativos. Os números não nos permitem identificar a realidade dos usuários e dos profissionais, permanecendo a necessidade de colocar a realidade dos serviços de emergência em pauta.

Partindo do nosso local de atuação, pontuamos que os serviços de urgência e emergência possuem algumas características, como: i) o horário de funcionamento; ii) presença constante do profissional médico, valorizado em nossa cultura hospitalocêntrica; iii) equipamentos e medicamentos; e iv) possibilidade de encaminhamento para outros serviços. São características que mesclam o desenho do modelo de atenção à saúde, mas também questões culturais acerca do processo saúde-doença da população e resultam no reconhecimento e legitimidade desses serviços e ações pelos usuários.

Usuários que não questionam a lógica e limites do atendimento e buscam as condições – mesmo que mínimas – para manter a saúde ou ter acesso à saúde.

Acesso compreendido por nós como o resultado da efetiva disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e acomodação dos serviços de saúde de modo que possam garantir atendimento integral, articulado e continuado aos usuários. Nessa perspectiva, “acesso” é uma totalidade que engloba dimensões até então abordadas como “um fim em si mesmo”.

Em outros termos, garante-se o atendimento – disponibilidade – com uma relativa preocupação com a distribuição e localização dos serviços, na perspectiva

de garantir a cobertura – acessibilidade. Entretanto, a acomodação e aceitabilidade são dimensões marginalizadas no desenho dos serviços. É fato que para muitos usuários, “acomodação e aceitabilidade” são menos importantes diante da falta de acesso. A preocupação principal é garantir o atendimento por onde for possível, ainda que se tenha de esperar por horas (CECÍLIO, 1997).

Por essas características, acreditamos que os serviços de Pronto Atendimento constituem-se em importantes espaços para identificar “o acesso ao sistema de saúde”, quer pela falta de acesso a outros níveis; por expressar os agravos inusitados à saúde das pessoas, e/ou por evidenciar as lacunas nas ações de prevenção e promoção de saúde.

CAPÍTULO IV. A pesquisa e seus resultados



“Barueri é Barueri. Se Barueri fosse uma pessoa eu iria me apaixonar”⁶⁵.

⁶⁵ Fala de um dos usuários entrevistados durante pesquisa de campo que realizamos no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri.

A discussão sobre a categoria “acesso”, ainda que marginal no meio acadêmico e político, está presente no cotidiano dos serviços de saúde com toda sua radicalidade, sobretudo nos serviços de urgência e emergência. Serviços que se constituem na “porta” imediatamente aberta do “sistema de saúde” (CECÍLIO, 1997; ALMEIDA et al., 2002; ROCHA, 2005; SIMONS, 2008; JESUS e ASSIS, 2010).

Para qual caminho essa “porta” indicará: acesso ao sistema de saúde ou ações pontuais? É uma questão que extrapola esses serviços na medida em que exige a comunicação dos três níveis de atenção, quer em uma perspectiva “piramidal” ou em “circulo”, pois segundo Cecílio (1997), o “acesso” não está restrito a um serviço. Todavia, é possível identificar as questões que envolvem o “acesso” ao sistema a partir de qualquer um dos níveis de atenção – primário, secundário ou terciário – considerando suas respectivas características.

Objetivos

Partindo dessa compreensão, o presente estudo teve como **objetivo geral** analisar a universalização do acesso à saúde no Município de Barueri. E como **objetivos específicos**:

- Investigar os motivos que determinam a procura pelo atendimento no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri;
- Identificar o Modelo de Saúde no Município de Barueri; e,
- Verificar os fatores que restringem o acesso dos usuários ao SUS pelas Unidades Básicas de Saúde.

4.1 Metodologia da Pesquisa

Para o presente estudo, utilizamos a **pesquisa estratégica**, que se orienta para problemas concretos, focais, que surgem na sociedade e tem a finalidade de lançar luz sobre determinados aspectos da realidade⁶⁶, combinando o uso de **métodos quantitativos e qualitativos**, com a perspectiva de articular os aspectos objetivos e subjetivos, individuais e coletivos que fazem da saúde um instigante campo de pesquisa.

Organizamos o plano de pesquisa em duas fases – **documentação indireta**

⁶⁶ Conforme Minayo (2010:50)

e documentação direta – com o objetivo de realizar a aproximação e levantamento de informações e dados que subsidiem nossas análises e reflexões.

▪ **Fase I: Documentação Indireta**

Realizamos Pesquisa Bibliográfica e Pesquisa Documental, como:

1° Pesquisa Bibliográfica:

Considerando as categorias abordadas, este estudo partiu de uma ampla pesquisa bibliográfica em inúmeros artigos e livros editados acerca (a) das várias dimensões da saúde; (b) da categoria acesso; e (c) da política social.

2° Pesquisa Documental:

Realizamos o levantamento em arquivos públicos (nacionais, estaduais e municipais) a respeito da história de Barueri e de informações, dados, estatísticas e indicadores que nos revelassem os aspectos sociais e políticos do município; do atendimento no Pronto Atendimento Adulto Central e dos demais serviços que compõem o sistema de saúde municipal.

▪ **Fase II: Documentação Direta – Pesquisa de Campo e Entrevista**

Nesta fase, os procedimentos para levantamento de dados foram: (a) Observação Direta Extensiva – por meio de Formulários e (b) Observação Direta Intensiva – por via de entrevista semiestruturada com pessoa-chave.

✓ *Observação Direta Extensiva:*

Optamos por levantar os dados por meio do Formulário de Identificação dos Usuários. Os formulários foram preenchidos pela pesquisadora e uma profissional do setor de Serviço Social, nas três recepções do P.A.A. Central: Emergência, Pronto Atendimento e Ortopedia.

✓ *Observação Direta Intensiva*

Com o objetivo de identificar informações relevantes acerca da dinâmica institucional e da importância do serviço no município e região, realizamos entrevista semiestruturada com a coordenadora do Pronto Atendimento Adulto Central.

4.1.1 Amostra

Considerando as especificidades desta pesquisa e o local onde ela foi aplicada, optamos pela “Amostra Sistemática”. Trata-se de uma amostra em que o universo a ser pesquisado é ordenado de modo que “cada elemento” ou sujeito possa ser identificado (MARCONI e LAKATOS, 1986).

É importante destacar o universo do qual estamos falando: usuários que procuram o Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri para obter atendimento médico. Em números, significa: 11.533 (em uma semana atípica) e 12.357 (em uma semana típica); assim, a média do atendimento diário é de 1.700 usuários. Definindo uma amostra de 5% desse número diário, seriam 88 usuários a serem pesquisados⁶⁷.

Adotamos a seguinte estratégia para identificar os sujeitos a serem entrevistados: aplicamos o formulário em – pelo menos – 5% dos usuários que procuraram atendimento no serviço – a partir das três recepções. Iniciamos a aplicação nos horários: manhã, 07h00; tarde, 13h00; com permanência de 6 horas e, noite, 19h00, com permanência de 12 horas; a partir do primeiro usuário, a cada 20 usuários por ordem de chegada, em cada porta de entrada, aplicamos o formulário.

⁶⁷ Os critérios para distinguir uma semana típica de uma semana atípica foram: (a) condições climáticas, quando chove ou cai a temperatura em um dia esporádico, o atendimento tem uma reduzida, mas se as condições persistem por mais dias a procura tende a crescer; (b) datas festivas, sobretudo nos meses de dezembro e janeiro quando parentes e amigos visitam-se mutuamente; (c) feriados e finais de semana prolongados onde ocorrem números expressivos de acidentes automobilísticos – lembrando que o serviço está localizado próximo a saída 26A da Rodovia Castelo Branco; e, (d) tempo de espera – para o atendimento médico ou de enfermagem – que surgem em decorrência de algumas intercorrências - por exemplo, acidentes, ausência de profissionais. Considerando estes aspectos escolhemos para amostra e perfil da demanda deste serviço o número de atendimento de duas semanas uma atípica (05/09/2011 a 11/09/2011) e outra atípica (19/09/2011 a 25/09/2011) do mês de setembro, um mês sem incidência de doenças sazonais. Os dados foram obtidos com a equipe da recepção e não inclui os usuários que procuram a recepção para buscar resultados de exames, informações e/ou declaração de comparecimento.

4.1.2 Instrumentos e Formulários

Aspectos administrativos, organizacionais e culturais desenham uma rotina bastante dinâmica cotidianamente no P.A.A. Central. Por esse motivo, optamos pelo preenchimento de formulários, mesmo cientes das suas desvantagens, como menor liberdade de respostas.

O instrumental é composto por três grupos de informações que permitem identificar:

1. Horário, local e condições climáticas no momento do preenchimento, ou seja, momento em que o usuário procura o serviço.
2. Perfil do Usuário, como sexo, faixa etária, município de origem e condições de trabalho.
3. Informações sobre a saúde e o acesso aos serviços de saúde.

Diante das dificuldades de solicitar a assinatura de todos os usuários, em um serviço que atende urgência e emergência, mas cientes da necessidade de atender a critérios científicos, bem como éticos, as pesquisadoras portavam o crachá da instituição e os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa e a liberdade de responder ou não ao formulário.

O tempo médio para cada preenchimento foi de 3 minutos, sendo que em algumas situações, os usuários iniciavam um diálogo sobre questões relativas à saúde e/ou sua situação clínica.

Foram aplicados 100 formulários digitados no Banco de Dados produzido no programa “NET Framework 4.0, Visual Studio 2010, VB.NET e SQL Server 2008, Plataforma Web”⁶⁸, a partir do qual produzimos tabelas para análise.

4.1.3 Roteiro da Entrevista

Selecionamos como pessoa-“chave” para responder a entrevista semiestrutura a Dra. Ana Beatriz T. Vianna, coordenadora do Pronto Atendimento Adulto Central.

O diálogo ocorreu no dia 09 de maio de 2012, na sala da coordenação, das 18h40 às 19h25min. Iniciamos a entrevista com um roteiro de seis questões

⁶⁸ O Banco de Dados foi formulado cordialmente por Fábio Martelli.

norteadoras, que possibilitaram à entrevistada expressar livremente suas considerações sobre o Pronto Atendimento Adulto Central. E, a partir de algumas considerações feitas pela coordenadora, elaboramos outras indagações com o objetivo de: (a) compreender o funcionamento desse serviço de saúde; papel, pontos positivos, negativos, desafios e estratégias de enfrentamento; e (b) o papel e importância do serviço para os usuários, município e região.

A entrevista foi gravada, transcrita e será apresentada no item 4.3.

4.1.4 Cenário

Assim, nossa fonte de documentação direta foi o “mais importante serviço de saúde do município de Barueri”, o Pronto Atendimento Adulto Central, escolha pautada em dois pontos: i) pela importância desse serviço no contexto municipal e regional; e ii) pelo fato de atuarmos nesse local há cinco anos como assistente social.

Para compreendermos a relevância desse serviço, devemos conhecer sua trajetória que está relacionada com a história do município. A história do P.A.A. Central inicia-se no ano de 1970, quando foi construído um suntuoso prédio – para aquele contexto – o Serviço Médico de Assistência Social de Barueri (SEMASB). Nove anos depois, o serviço foi reorganizado e ganhou o nome de Serviço de Assistência Médica de Barueri (SAMEB). Atendendo 24 horas, o serviço trabalhava de maneira articulada com os postos de saúde nos bairros mais populosos da cidade.

Em 2007, o SAMEB transformou-se em Pronto Atendimento Adulto Central, compondo a rede de serviços públicos do município, administrado pela Secretaria de Saúde – organização implantada em 15 de março de 2007, conforme Lei complementar nº 180. Desde 04 de maio de 1998, conforme Portaria GM/MS nº 2.553, o município encontra-se em Gestão Plena do Sistema Único de Saúde.

Localizado a cinco minutos da estação Barueri de trem da CPTM e do Terminal de ônibus, o prédio está próximo ao Pronto Atendimento Infantil, da Secretaria de Saúde e da Prefeitura Municipal.

É fato que o prédio está localizado em um ponto estratégico – próximo aos mais importantes meios de transporte –, entretanto, é importante destacar que esse

ainda agrega uma gama de serviços, tornando-se referência para os outros serviços da rede municipal de saúde. Assim, os atendimentos mais complexos realizados nos serviços de emergência Leste e Sul, nas UBS e ambulatórios, são encaminhados para o P.A.A. Central. Os usuários, espontaneamente, após a procura por um dos dois Prontos Atendimentos Municipais (Arnaldo de Figueiredo Freitas e Rômulo Fonseca Guimarães), recorrem a esse serviço.

Trata-se de uma construção ampla, com dois pisos, inúmeros problemas físicos (muitas salas sem ventilação, de difícil acesso, vazamentos etc...) que transita entre representar mais um serviço de saúde do município e ser uma das portas de entrada para os serviços de saúde municipal. Quanto à estrutura física, destacamos os seguintes aspectos:

- No **piso térreo** estão localizados os seguintes serviços: Enfermarias (I e II); Emergência, Semi-intensiva, Isolamento, Consultórios (clínico, ginecologia, psiquiatria, setor azul e ortopedia – pronto atendimento e ambulatório); Reta da Semi; Sala de Exames (Raio X e Ultrassom); Setor de Exames Externos de Ortopedia (onde também são agendadas ambulâncias para munícipes acamados que realizam tratamento e/ou consultas em serviços de saúde); Espaço Ecumênico; Salas de Espera (duas, uma próxima à emergência e outra próxima à sala de espera para consulta do atendimento clínico); Coordenação do Pronto Atendimento Adulto Central; Serviço Social; Chefias da Enfermagem e Recepção; Setor de Codificação; Farmácia; Cozinha (serviço de nutrição que atende o Pronto Atendimento Adulto Central, o Pronto Atendimento Infantil e a Maternidade); Triagem (sala para aferição dos sinais vitais); sala de medicação; sala de sutura; repouso médico; quatro banheiros para usuários internados (dois em cada enfermaria); Sala de Eletro; Sala de Descanso Médico; Banheiros (cinco para usuários localizados nos saguões); Vestuário (2 masculino e 2 feminino); Recepção para Exames de “Raio X” e “Ultrassom” (exames agendados pelas UBS e Ambulatório de Especialidades) e três recepções para atendimento

geral (emergência, pronto atendimento e ortopedia)⁶⁹.

- No ***piso superior*** (com três tipos de acesso: escada, elevador e rampa), estão instalados os seguintes serviços: Maternidade (serviço terceirizado); Central Reguladora de Vagas (implantada desde 2009); Laboratório; Rouparia; Setores administrativos da enfermagem e higienização; farmácia; e Anexo (enfermaria).

- ***Especialidades***
 - ***Clínica Médica***: com oito consultórios que atendem 24 horas, sendo que destes, dois estão localizados no Setor Azul, criado há um ano pelo Secretário de Saúde⁷⁰.
 - ***Ginecologia***: com dois consultórios e três leitos de observação que atendem 24 horas. Não há porta aberta para a Maternidade Municipal – que fica localizada no piso superior desse serviço – assim, as usuárias dão entrada pelo setor de Ginecologia e são encaminhadas para a maternidade. Quando há situação de alto risco ou falta de vaga, a equipe médica solicita vaga via Central Reguladora de Vaga – que também está localizada no piso superior do P.A.A. Central. É importante destacar que é o único serviço de urgência e emergência com atendimento de ginecologia no município.
 - ***Psiquiatria***: com um consultório e quatro leitos de observação, esta especialidade atende em dias e horários alternados em função do reduzido número de profissionais. Também é o único serviço de urgência e emergência com atendimento de psiquiatria no município.
 - ***Ortopedia***: com três consultórios e dois leitos de observação, o setor atende 24 horas. Nos outros dois Prontos atendimentos, também há atendimento de ortopedia.

⁶⁹ A estrutura e dinâmica das recepções serão detalhadas no item 3.2.2.

⁷⁰ O detalhamento deste setor será apresentado no item 4.3.

- *Exames:* Raio X (em três salas, atende 24 horas agendamentos e situações de emergência) e Ultrassom (3 salas, o serviço atende em dias úteis – agendamentos e situações de emergência – e nos finais de semana e feriados há alteração em função da equipe médica).

O serviço dispõe de 57 leitos de observação distribuídos nas seguintes enfermarias/setores:

- Enfermaria I: 13 leitos
- Enfermaria II: 13 leitos
- Emergência: 3 leitos
- Semi-intensiva: 4 leitos
- Reta da Semi: 6 leitos
- Isolamento: 2 leitos
- Anexo: 7 leitos
- Psiquiatria: 4 leitos
- Ginecologia: 3 leitos
- Ortopedia: 2 leitos

Em todos os setores, é possível inserir “macas extras”, assim há dias em que estão internados ou em observação um total de 63 pacientes.

Indubitavelmente, o Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri não pode ser “enquadrado” nos moldes de um simples “Pronto Socorro”, o que justifica confusões de toda ordem, como: é um pronto socorro ou um “mini-hospital”? É mais um serviço de saúde ou o SAMEB?

Responder a essas indagações não é tarefa simples, entretanto, um ponto é fato: o serviço tem legitimidade entre os munícipes de Barueri, bem como entre moradores dos municípios vizinhos – como a pesquisa de campo demonstrou – sendo reconhecido como a principal porta de entrada para o sistema municipal de saúde, sobretudo para o Hospital Municipal Francisco Moran.

Tal fato exige considerar: (a) o desenho e estrutura do modelo de atendimento à saúde na região, (b) a localização do serviço, (c) a propaganda na mídia local que divulga “os melhores índices de saúde da região”, e (d) a história da

região, a forma como mitos e “verdades” formaram a identidade dos municípios que compõem a Rota dos Bandeirantes.

Os aspectos qualitativos resumidamente expostos acima encontram nos números uma importante explicitação da dinâmica do Pronto Atendimento Adulto Central, dados esses organizados – de modo ainda precário – por um setor de codificação. Precário, pois não há registro das queixas dos usuários, do atendimento realizado pela equipe de enfermagem, fisioterapia, ou mesmo as situações em que o usuário obtém mais de um atendimento, mapa diário dos atendimentos, número diário de internações e período em que o usuário permanece internado. Esse setor fornece as informações para o Núcleo de Informações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

Por todas “as questões” e aspectos que pontuamos, não é difícil compreender por que três anos não foram suficientes para alterar uma marca criada há mais de três décadas. Assim, o Pronto Atendimento Adulto Central ainda é SAMEB para muitos profissionais da instituição, profissionais de outras secretarias, profissionais de outros municípios – de diversas áreas – e, sobretudo, para os usuários. A questão que colocamos não se limita à nomenclatura, mas tem dois impactos objetivos identificados no cotidiano profissional.

É comum a confusão que se faz entre o Pronto Atendimento Adulto Central e o Hospital Municipal Dr. Francisco Moran. O segundo é o “Hospital Novo” e o primeiro, um “Hospital”. Por conseguinte, é possível o P.A.A. Central aceitar remoções, trazer usuários – munícipes ou não – que estão em hospitais localizados nos mais diferentes lugares do Brasil.

Em segundo lugar, há ainda a crença de que todas as situações de saúde podem ser “resolvidas” nesse local. Uma visão propagada e mantida, sobretudo, por profissionais da atual Secretaria de Saúde. As implicações dessa “confusão aceitável” causam enormes transtornos para os usuários e profissionais. É nesse serviço que atuamos e realizamos a pesquisa de campo.

4.2 Pesquisa de Campo: resultados

A pesquisa de campo foi realizada entre os dias 28 de novembro e 4 de dezembro de 2011, nas três recepções do Pronto Atendimento Adulto Central: Emergência (EM), Ortopedia (OR) e Pronto Atendimento (PA) nos três períodos (manhã, tarde e noite), pelas pesquisadoras Elaine Cristina Silva⁷¹ e Danila Martins⁷².

A distribuição das duas pesquisadoras nos três horários (manhã, tarde e noite), todos os dias da semana em recepções teve como objetivo contemplar a diversidade e a dinâmica do serviço em todas as suas alternativas.

Entretanto, surgiram imprevistos – como o não funcionamento de todas as recepções devido à falta de funcionários e que exigiu remanejamento das pesquisadoras e do cronograma. Assim, a observação da recepção da Ortopedia e Emergência no período noturno (segunda/noite e sábado/noite; e Emergência sexta/noite) foi transferida para a recepção do Pronto Atendimento, acompanhando a demanda dos usuários que passaram pelo mesmo processo.

Quadro 11: Cronograma para Pesquisa de Campo

Período	Dias da Semana						
	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sábado	Domingo
Manhã (7h00 às 13h00)	PA	EM	OR				EM
Tarde (13h00 às 19h00)		PA		OR	EM	PA	
Noite (19h00 às 07h00)	PA		PA		PA	PA	

Com relação à amostra, é preciso salientar que assim como nos dados pré-coletados – apresentados no item 4.1.1 – as pesquisadoras não consideraram, no universo de atendimento semanal nas recepções, os usuários

⁷¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação do Curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. 4º Semestre. Atua como Assistente Social no Pronto Atendimento Adulto Central no Município de Barueri.

⁷² Pesquisadora colaboradora. Atua como Assistente Social no Pronto Atendimento Adulto Central no Município de Barueri. Especializanda do Curso de Gestão de Políticas Públicas na Faculdade Paulista de Serviço Social – FAPSS/SP.

que foram buscar resultados de exame ou declaração de comparecimento.

Com essa ressalva, consideramos o universo de 1.581 usuários observados na semana da pesquisa, distribuídos da seguinte forma entre as três recepções e períodos: 1.241 Pronto Atendimento; 176 Emergência; e 164 Ortopedia, conforme demonstra a tabela 23:

Tabela 23: Número de Formulários Preenchidos no P.A.A. Central de Barueri. Período de 28/11/2011- 04/12/2011

Recepções	Nº de Fichas de Atendimento Observadas	Nº de Formulários Preenchidos	%
Pronto Atendimento	1.241	82	6,6
Emergência	176	7	4,0
Ortopedia	164	11	6,7
TOTAL	1.581	100	6,3

Fonte: SILVA, 2011. Dados da pesquisa de campo realizada no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri.

Foram preenchidos 100 formulários, que correspondem a 6,3% do universo observado. A distribuição desses formulários nas três recepções ocorreu da seguinte forma: 6,6% na recepção do Pronto Atendimento Adulto Central; 4% na recepção da Emergência; e 6,7% na recepção da Ortopedia.

Assim sendo, em duas recepções (Pronto Atendimento e Ortopedia), ultrapassamos a amostra prevista de 5% dos usuários; enquanto na recepção da Emergência, a amostra prevista de 5% não foi cumprida integralmente.

O resultado demonstra que, quer por dia, como por período, ocorreu uma expressiva variação da proposta de identificar 5% dos usuários que procuraram o serviço nos respectivos períodos.

Na tabela 24, podemos identificar que os dois dias com maior número de atendimentos representados na composição da amostra foram: segunda (23%) e sábado (22%), seguidos da quarta (19%) e da terça (18%).

Tabela 24: Número de Formulários Preenchidos no P.A.A. Central de Barueri. Período de 28/11/2011- 04/12/2011

Período	Horário	Formulários Aplicados						Total	% (em relação ao N° F.A.)
		Pronto Atendimento		Emergência		Ortopedia			
		N° F.A.	N° FORM.	N° F.A.	N° FORM.	N° F.A.	N° FORM.		
28/11/2011 (2ª-feira)	Manhã	340	18					18	5
	Noite	148	4				1	5	3
Subtotal		488	22				1	23	5
29/11/2011 (3ª-feira)	Manhã	*	4	88	2			6	7
	Tarde	220	12					12	5
Subtotal		220	16	88	2			18	6
30/11/2011 (4ª-feira)	Manhã					111	6	6	5
	Noite	179	13					13	7
Subtotal		179	13		0	111	6	19	7
01/12/2011 (5ª-feira)	Tarde					53	4	4	8
	Subtotal					53	4	4	8
02/12/2011 (6ª-feira)	Tarde			33	2			2	6
	Noite	44	9					9	20
Subtotal		44	9	33	2			11	14
03/12/2011 (sábado)	Tarde	190	12					12	6
	Noite	120	10					10	8
Subtotal		310	22					22	7
04/12/2011 (domingo)	Manhã			55	3			3	5
	Subtotal			55	3			3	5
TOTAL		1.241	82	176	7	164	11	100	
Total de Fichas de Atendimento		1.241		176		164		1.581	6,3
Total de Formulários		82		7		11		100	

Fonte: SILVA, 2011. Dados da pesquisa de campo realizada no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri.

* Os quatro formulários foram preenchidos na recepção durante o tempo de espera para a abertura da recepção na emergência.

É importante observar que nos dias com maior número de entrevistas, de acordo com a proposta do cronograma, em algum período estivemos na Recepção do Pronto Atendimento, onde efetivamente há o maior fluxo de atendimentos. Por outro lado, nas outras recepções – sobretudo na Emergência – houve uma expressiva alteração no fluxo de atendimento, quer pela pouca procura por parte dos usuários, como pela falta de recepcionistas no setor.

No primeiro dia da pesquisa, no período noturno, conseguimos identificar apenas 3% de usuários, enquanto nos demais dias, tivemos percentuais maiores de 5%, destacando-se o quinto dia, período noturno, quando identificamos 20%.

Por fim, destacamos que a semana da pesquisa manteve-se com um clima de sol – durante o dia – e seco durante a noite, sendo que apenas na sexta-feira, no período da tarde, ocorreu uma mudança na temperatura com pancadas de chuvas. Segundo observam os profissionais que trabalham no serviço – enfermeiros, médicos e até mesmo recepcionistas – tal alteração meteorológica tende a interferir na demanda para o serviço, diminuindo a procura por atendimento.

Assim, destacamos que as inúmeras intercorrências envolvendo a dinâmica e rotinas das equipes das recepções justificam os números. Entretanto, é fato que as três recepções apresentam dinâmicas distintas e que somente com a observação de campo pudemos descrevê-las com maior propriedade:

➤ ***Emergência:***

Nessa recepção, houve a maior dificuldade para aplicar os formulários. O espaço geográfico localizado no corredor é delimitado por um balcão, com um computador, telefone e uma cadeira. Ao lado da recepcionista fica um segurança fechando e abrindo a porta da emergência, bem como controlando a entrada de pessoas. Os usuários mais graves entram direto para atendimento e o acompanhante preenche a Ficha de Atendimento que sai impressa dentro da sala de Emergência. Os usuários que conseguem expressar suas queixas as formulam para a recepcionista, a qual faz uma “pré-triagem” das situações que serão atendidas na Emergência ou encaminhadas para o atendimento clínico.

Outro aspecto é a dinâmica do segmento dos funcionários: é recorrente a falta de funcionários, tanto no período noturno – durante o período da pesquisa não funcionou em nenhum dia – quanto no início do dia, sendo que a demanda foi encaminhada para a Recepção do Pronto Atendimento. Assim, usuário e/ou acompanhante foram orientados a procurar a Recepção Central para preencher a Ficha de Atendimento.

- Perfil dos usuários: estes chegam agitados, ansiosos e pouco receptivos na recepção. Assim, conseguimos preencher dois formulários após o atendimento médico na Emergência de dois usuários que foram encaminhados para o atendimento clínico pela característica da demanda;

- Característica das situações/demandas: algumas demandas são realmente graves e não tivemos como realizar a abordagem desses usuários.

Estes apontamentos justificam o reduzido número de formulários elaborados nos três dias – e dois períodos – pesquisados.

➤ **Ortopedia**

Essa recepção tem uma dinâmica muito particular, pois nela os funcionários atendem os usuários que procuram o Pronto Atendimento em Ortopedia, o atendimento ambulatorial, o agendamento ambulatorial e a retirada de alguns exames da ortopedia. Em outros termos, é uma recepção muito agitada, onde os profissionais, na maioria do tempo, estão tensos e muito atarefados. Mas, muito colaborativos, eles nos auxiliaram a identificar quais eram os usuários que procuravam o setor para pronto atendimento.

Devido à ausência de funcionários, no período analisado, essa recepção funcionou até as 19h ou 21horas, e por esse motivo, no período noturno, realizamos apenas um formulário. Identificamos que os usuários percebem esta instabilidade e optam por procurar diretamente a Recepção do Pronto Atendimento, onde às vezes são atendidos, mesmo com a Recepção da Ortopedia funcionando, dependendo da decisão da recepcionista que está na Recepção do Pronto Atendimento. Assim, não conseguimos realizar o controle de modo correto do preenchimento das Fichas de Atendimento.

Não registramos outras situações que mereçam destaque nessa recepção, mas reconhecemos que a dinâmica da recepção é muito diferente, de acordo com o dia da semana e horário.

➤ **Pronto Atendimento**

A Recepção do Pronto Atendimento é a única que funciona todos os dias e horários, mesmo que seja com um único profissional. Assim, conseguimos aplicar os formulários em cinco dias da semana (segunda, terça, quarta, sexta e sábado) nos três períodos (manhã, tarde e noite).

A dinâmica dessa recepção é muito singular. Além das atribuições pertinentes – preencher Fichas de Atendimento, entregar resultado de exames, preencher declaração de atendimento – os funcionários são solicitados a resolver as mais diferentes situações: o extravio de fichas, a demora no atendimento médico, a falta de papel higiênico nos banheiros, a insatisfação com a conduta do médico. Demandas que surgem com mais expressão, sobretudo, no início do dia, no período noturno e nos finais de semana – em que não há chefia nos demais setores – recepção, coordenação e enfermagem – gerando mais espera para preenchimento da Ficha de Atendimento, por conseguinte, conflitos. Também é recorrente o problema com as impressoras ou queda de sistema, o que dificulta o preenchimento mais ágil das fichas.

Durante o período de pesquisa, comumente os usuários nos interpelavam para apresentar queixas, solicitar informações e até ficavam incomodados – chegando a verbalizar o descontentamento – por ver o pesquisador “parado”, enquanto pessoas aguardavam na fila.

Para garantir o controle da amostra em algumas situações, acompanhamos os usuários até a sala de triagem ou sala de espera, e deixamos de abordar as gestantes que comumente estavam mais agitadas, pois o local para aguardar o atendimento médico é distante da recepção central e elas demonstravam receio de serem chamadas enquanto respondiam a pesquisa.

Nessa recepção, tivemos duas recusas por pressa dos usuários, mesmo diante da informação de que o preenchimento do formulário demoraria no máximo quatro minutos.

4.2.1 Perfil dos usuários entrevistados

Na perspectiva de traçarmos um panorama dos 100 usuários entrevistados, iniciamos a apresentação de seu perfil e identificando idade e sexo, conforme tabela 25 abaixo:

Tabela 25: Usuários entrevistados, faixa etária x sexo

Faixas Etárias	Sexo		Total	%
	Homem	Mulher		
00-13 anos	1		1	1
14-18 anos	2	7	9	9
19-30 anos	14	19	33	33
31-59 anos	24	27	51	51
60-75 anos	1		1	1
Mais de 75 anos	1	4	5	5
Total	43	57	100	100

Fonte: SILVA, 2011. Dados da pesquisa de campo realizada no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri.

As mulheres representaram 57% dos entrevistados e os homens 43% – uma tendência nacional conforme documentos oficiais –, sendo que as faixas etárias com maior expressão foram duas: 19-30 anos (33%) e 31-59 anos (51%), estas duas faixas representam 84% do total dos usuários entrevistados e são usuários em idade produtiva.

Esses homens e mulheres que procuraram o Pronto Atendimento Adulto Central eram provenientes de oito municípios, conforme tabela 26:

Tabela 26: Município de origem dos usuários entrevistados por recepção

Municípios	Recepção			Total	%
	Pronto Atendimento	Emergência	Ortopedia		
Barueri	44	6	10	60	60
Carapicuíba	20			20	20
Itapevi	6			6	6
Jandira	4			4	4
Osasco	4			4	4
São Paulo	1	1	1	3	3
São Pedro	1			1	1
Santana de Parnaíba	2			2	2
TOTAL	82	7	11	100	100

Fonte: SILVA, 2011. Dados da pesquisa de campo realizada no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri.

A tabela acima demonstra que 60% dos usuários são munícipes de Barueri e, na sequência, 20% eram procedentes do município de Carapicuíba. Esses dois municípios representam juntos 80% dos formulários preenchidos. Com exceção dos munícipes de São Paulo e São Pedro, os demais usuários residem em

municípios vizinhos a Barueri, e, pelo local de entrada – predominantemente Pronto Atendimento – eles procuram o serviço de modo “programado”, reforçando nosso pressuposto de que o serviço tem importância no município e região, resultado de questões culturais, administrativas e geográficas.

Representando 60% dos usuários entrevistados no quadro geral, é possível identificar a prevalência dos munícipes de Barueri também em todas as recepções (54% Pronto Atendimento, 86% Emergência e 91% Ortopedia).

Um último dado acerca do perfil do usuário refere-se à situação de trabalho desses usuários, apresentada na tabela 27:

Tabela 27: Distribuição dos usuários entrevistados por faixa etária e situação de trabalho.

Faixas Etárias	Trabalha		Total	%
	Sim	Não		
00-13 anos		1	1	1
14-18 anos	8	1	9	9
19-30 anos	29	4	33	33
31-59 anos	34	17	51	51
60-75 anos		1	1	1
Mais de 75 anos		5	5	5
Total	71	29	100	100

Fonte: SILVA, 2011. Dados da pesquisa de campo realizada no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri.

Um número expressivo dos usuários referiu estar trabalhando (71%), sendo que as faixas etárias produtivas são as com maior predomínio de resposta positiva: dos 19-30 anos 41% e dos 31-59 anos 48%. Considerando os dias – 82% segunda, terça, quarta-feira e sábado – e horários – 64% das 7 às 19h – com maior procura é possível inferir que esses usuários – de algum modo – alteraram suas rotinas de trabalho.

Interessante observar que entre os 29% de usuários que referiram situação de desemprego, 59% tinham entre 31-59 anos de idade.

Desenhando um perfil geral dos usuários que procuram atendimento no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri, podemos dizer que se trata de um público heterogêneo, formado sobretudo por munícipes (60%) e por moradores dos municípios que fazem divisão com Barueri, com destaque para Carapicuíba (20%).

Assim como referem outras pesquisas na área da saúde, também nesse

serviço, o público feminino é maior (57%), como é maior o número de pessoas que referem estar trabalhando (71%).

4.2.2 Queixas em Saúde

Na sequência, analisando as informações contidas nos oito itens do roteiro que procuraram identificar as questões de acesso e saúde, iniciamos pela queixa clínica principal, que mobilizou o usuário a procurar o Pronto Atendimento.

Mesmo tentando registrar fielmente o relatado pelo usuário e garantir dados coerentes para a pesquisa, os pesquisadores – em algumas situações – não conseguiram conciliar as duas tarefas. Assim, identificamos que há certa imprecisão quanto à “queixa”; expressa como um sintoma – muita dor –, ou como um “diagnóstico” – enfartou. Em ambos os casos, há necessidade de outras indagações para se compreender melhor e então classificar a “queixa”. Na verdade, o diversificado universo de queixas e “diagnósticos”, expressos pelos usuários, reflete o modo como estes percebem seu processo “saúde-doença”.

A partir de uma primeira sistematização dos dados, conseguimos identificar 69 queixas, sendo que as mais recorrentes, mas que não ultrapassam dez usuários cada uma, foram: dor nas costas (9%); dor de cabeça e dor de estômago (5% cada); dor de garganta, dor na coluna, infecção de urina, irritação nos olhos (4% cada); e dores no corpo, garganta inflamada, gastrite nervosa, pé inchado, ânsia de vômito e torceu o braço (2% cada).

Os dados acima expressam a ocorrência de uma tendência nos serviços de saúde: a diversidade de queixas que em alguns casos dificulta o agrupamento, mesmo em trabalhos com um universo maior⁷³.

Nesse sentido, uma segunda estratégia para analisarmos as queixas exigiu a colaboração de um profissional médico. Assim, contamos com a colaboração da Dra. Tânia Regina Pessini Rodrigues, médica que atua no Pronto Atendimento Adulto Central, tanto no Pronto Atendimento como na Emergência. Os 69 tipos de queixas foram classificados por 15 grupos, de acordo com o aparelho (Gastro

⁷³ Como exemplo citamos o trabalho de Oliveira et al.(2011). A partir dos boletins de atendimento de “um hospital de ensino no interior do Estado de São Paulo” os pesquisadores buscaram identificar o perfil sociodemográfico e as principais queixas da população adulta. De um total de 384 hipótese diagnóstica 54,8% foram agrupadas em “Outras HDs”.

Intestinal, Respiratório, Cardio Vascular), sistema (Nervoso ou Urinário), quando relacionadas a patologias, ou ainda, como “queixas inespecíficas”, conforme tabela 28⁷⁴:

Tabela 28: Queixas apresentadas pelos usuários entrevistados conforme classificação

Grupos de Queixas	Total	%
Aparelho Gastro Intestinal	15	15,0
Aparelho Respiratório	11	11,0
Aparelho Cardio Vascular	7	7,0
Dermatológico	2	2,0
Doença Crônica	1	1,0
Ginecológico	2	2,0
Hematológico	1	1,0
Inespecífico	6	6,0
Infeccioso	13	13,0
Osteoarticular	14	14,0
Osteomuscular	12	12,0
Otológico	1	1,0
Sistema Nervoso Central	13	13,0
Sistema Urinário	1	1,0
Trauma	1	1,0
TOTAL	100	100,0

Fonte: SILVA, 2011. Dados da pesquisa de campo realizada no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri.

As queixas relacionadas ao “Aparelho Gastro Intestinal” foram as mais expressivas (15%); em seguida encontrou-se as “Osteoarticular” (14%), as “Infecciosas” e do “Sistema Nervoso Central” (cada uma com 13%), as “Osteomuscular” (12%); e as relacionadas ao “Aparelho Respiratório” (11%).

Considerando os grupos de classificação, destacamos as queixas mais expressivas: i) Aparelho Gastro Intestinal - 4 usuários com dor no estômago; ii) Osteoarticular - 4 usuários com dor nas costas; iii) Infecciosas - 4 usuários com irritação nos olhos; iv) Sistema Nervoso Central - 5 usuários com dor de cabeça; v) Osteomuscular - 3 usuários com dor na coluna; e vi) Aparelho Respiratório - 5 usuários com dor de garganta.

A pesquisa foi aplicada em um período de mudança de estação – primavera/verão – em que os dias mantiveram-se secos e quentes. Segundo a

⁷⁴ Anexo consta a relação de todas as queixas organizadas segundo classificação.

médica, Dra. Tânia Regina Pessini Rodrigues, as queixas mais expressivas são comuns a essa época do ano. E, quanto ao universo geral das queixas, é impossível dizer que, em sua maioria, são queixas sensíveis à Atenção Básica⁷⁵.

Um dado importante para identificar a causa da queixa é a duração: há quanto tempo o usuário está com a queixa que refere? Também neste caso, adotou-se a estratégia de agrupar as diferentes referências em nove intervalos, que apresentamos na tabela 29:

Tabela 29: Queixas apresentadas pelos usuários entrevistados conforme classificação e duração

Grupos de Queixas	Até 24H - 1 dia	2 a 3 dias	4 a 7 dias	2 semanas 15 dias	Mais de 15 dias - 1 Mês	2 a 3 meses	Mais de 4 meses - 1 ano	1 ano ou mais	Sem Inf.	Total
Ap. Gastro Intestinal	5	3	3		1	2			1	15
Ap. Respiratório	1	5	4			1				11
Ap. Cardio Vascular	4			1		1			1	7
Dermatológico				2						2
Doença Crônica		1								1
Ginecológico				1					1	2
Hematológico									1	1
Inespecífico	1	1	3			1				6
Infeccioso	4	6				1	1	1		13
Osteoarticular	7		2	2		1	1	1		14
Osteomuscular	4	1	2	3	1	1				12
Otológico								1		1
Sist. Nervoso Central	2	3	3	1	2	1		1		13
Sist. Urinário			1							1
Trauma	1									1
TOTAL	29	20	18	10	4	9	2	4	4	100

Fonte: SILVA, 2011. Dados da pesquisa de campo realizada no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri.

A tabela acima demonstra que há um predomínio de queixas com duração dos quatro primeiros intervalos propostos, sendo: até 24H - 1 dia (29%); 2 a 3 dias (20%); 4 a 7 dias - 1 semana (18%); e 2 semanas – 15 dias (10%). Isso indica que

⁷⁵ Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008.

os usuários procuraram atendimento médico durante a manifestação da queixa ou sintoma, sugerindo o predomínio da relação imediata da tríade: “queixa/conduta/cura”.

É fato que não indagamos aos usuários acerca da intensidade da dor ou impactos dos sintomas para suas atividades rotineiras, aspectos que determinam em grande parte a procura, mas acreditamos que esta imediatividade revela o perfil dessa população: quer a cura rápida, não a prevenção.

Esse quadro faz emergir duas indagações: as queixas apresentadas por esses usuários, de algum modo são, ou já foram acompanhadas pela UBS? É o primeiro serviço que o usuário procura?

Infelizmente, no formulário não apresentamos a primeira pergunta, um limite que pode ser aprofundado em novas pesquisas. Quanto à segunda indagação, a partir dos questionários respondidos, conseguimos identificar que 76% dos usuários referiram procurar o Pronto Atendimento Adulto Central como primeira opção e 24% referiram ter procurado antes outro serviço. Um dado que reforça nossa constatação: o serviço é reconhecido e tem legitimidade entre os usuários entrevistados.

Na tabela 30, apontamos os motivos que levaram o usuário a procurar o Pronto Atendimento Central como “primeira opção” ou “não”. Cabe destaque para o fato de que a princípio elencamos sete motivos – com alternativas de múltipla escolha.

Entretanto, no decorrer da pesquisa, um número expressivo de usuários indicou motivos que não constavam do formulário e foram identificados no campo “outros” somando 42 indicações, organizadas e sistematizadas.

Tabela 30: Motivos pela Procura ao P.A.A. Central

Motivo - Múltipla Escolha	Sim	Não	Total
Não gosta dos serviços do município de origem.	7	1	8
Foi atendido em outro local e não mudou o quadro.		13	13
Deseja ser encaminhado para outro serviço de Barueri.	1	1	2
Gosta do atendimento.	28	2	30
É o mais próximo da residência.	29	2	31
Sempre procura este serviço.	9	1	10
Rapidez no atendimento.	8	1	9
Encaminhado por outro serviço.	1	2	3
Mora no município.	3	1	4
Qualidade do atendimento.	6	1	7
Referência de outras pessoas.	4		4
Localização.	3		3
Outros.	4	2	6
Total	103	27	130

Fonte: SILVA, 2011. Dados da pesquisa de campo realizada no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri.

A soma dos dois grupos – “primeira opção” ou “não” – totalizou 130 motivos com destaque para “É o mais próximo da residência”, 24%; “Gosta do Atendimento”, 23%; e “Foi atendido em outro local e não mudou o quadro”, 10%.

Entre os usuários que procuraram o P.A.A. Central como “primeira opção”, identificamos 103 motivos, com destaque para: “É o mais próximo da residência” 28% e “Gosta do Atendimento”, 27%. A soma desses dois motivos representa mais de 50% dos motivos relatados. Já entre os usuários que referiram ter procurado outro serviço, o motivo mais expressivo foi “Fui atendido em outro local e não mudou o quadro”, 48%.

Os usuários entrevistados demonstram que o serviço é referência certa para atendimento, fato este expresso pelos seguintes dados: 85% dos usuários entendem que sua queixa pode ser atendida no Pronto Atendimento Adulto Central; 1%, mesmo acreditando que este não é o lugar adequado, procura o serviço; e 14% registrados na opção “outros” referiram “incerteza”.

Os dados demonstram que os usuários sabem onde procurar atendimento para a sua queixa e procuram com brevidade.

4.2.3 Demandas por nível de atenção

As condições de saúde dos usuários entrevistados foram identificadas por meio da indagação quanto ao acompanhamento de doenças. E identificamos que dentre os 100 formulários aplicados, um expressivo percentual de usuários (78%) referiu não estar tendo acompanhamento de nenhuma doença e apenas 22% disseram estar sendo acompanhados em virtude de alguma doença.

Entretanto, essa informação pode indicar (a) boas condições de saúde, ou (b) falta de diagnóstico.

Em ambos os casos, uma informação complementar que poderia colaborar na análise seria se “a queixa clínica principal” é a mesma que o usuário acompanha. Uma lacuna que pode ser aprofundada em novas pesquisas.

A partir dos formulários, apresentamos as doenças mencionadas pelos entrevistados e os respectivos serviços de saúde onde realizam acompanhamento:

Tabela 31: Doenças citadas pelos usuários entrevistados e respectivos locais de acompanhamento

Doenças	Local de Atendimento					Total	%
	Ambulatório	Convênio	Hospital	S.I.	UBS		
Cardíaco			1			1	4,5
Cisto no Ovário		1				1	4,5
Coluna	1					1	4,5
Depressão					1	1	4,5
Diabetes		1			3	4	18,2
Diabetes \ Hepatite C					1	1	4,5
Ginecológico					1	1	4,5
Hipertensão				1	3	4	18,2
Hipertensão, Cardiologista	1					1	4,5
HIV / TB	1					1	4,5
Lúpus			1			1	4,5
Próstata				1		1	4,5
Sem Informação					2	2	9,1
Tireoide					1	1	4,5
Visão					1	1	4,5
TOTAL	3	2	2	2	13	22	100

Fonte: SILVA, 2011. Dados da pesquisa de campo realizada no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri.

Elencamos 15 doenças com destaque para as crônicas: Diabetes e Hipertensão, cada uma com 18,2%. E, segundo os usuários, estas são acompanhadas em quatro tipos de serviços com destaque expressivo para a UBS (59%), ou seja, são acompanhadas no serviço de saúde correto.

Independentemente de estarem sendo acompanhados ou não por motivo de alguma doença, os usuários foram indagados quanto ao uso da Unidade Básica de Saúde e sua frequência; e aqueles que não a utilizam, por qual motivo. É válido lembrar que se trata de um público predominantemente em fase produtiva, com situação de trabalho formal, e que procuraram o serviço em dias e horários comerciais, como já referido.

Identificamos que 55% dos usuários do P.A.A. Central utilizam UBS também e 45% não a utilizam, conforme tabela 32:

Tabela 32: Utilização da UBS segundo os usuários entrevistados por sexo.

Sexo	Utiliza UBS?		Total
	Sim	Não	
Mulher	40	17	57
Homem	14	29	43
Total	54	46	100

Fonte: SILVA, 2011. Dados da pesquisa de campo realizada no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri.

Analisando essa distribuição por sexo, identificamos que o percentual de usuárias do sexo feminino que também utilizam a UBS é maior que o dos homens (70,2%), uma questão que reflete aspectos culturais e sugere algumas especulações como: as mulheres, em geral, tendem a ser mais preventivas, são as cuidadoras e, ao levarem a criança ou o idoso para atendimento, também passam em consulta e durante a gravidez é imprescindível o acompanhamento médico.

A nosso ver, esses aspectos incidem de modo mais determinante nas ações de prevenção e promoção da saúde por parte das mulheres do que a referência às rotinas de trabalho. Essas usuárias, além de estarem inseridas no mercado de trabalho – 55% das mulheres entrevistadas – ainda desempenham as tradicionais atribuições domésticas.

Por outro lado, alguns homens verbalizam, com muito “orgulho”, que

durante mais de 50 ou 60 anos nunca foram ao médico. Entretanto, essa postura – pouco preventiva – tem apresentado impactos negativos sobre a saúde do homem, resultando em ações governamentais que visam mudar essa lógica⁷⁶.

Quanto à frequência, 33% daqueles que referiram utilizar a UBS vão “quando precisa”. Nesse caso, esta afirmação carece de esclarecimentos, pois o “quando precisa” pode ser o surgimento de uma queixa ou a necessidade de uma vacina. Mas também pode indicar: (a) os serviços não são reconhecidos pelas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, (b) não há vínculo entre as equipes e os usuários e (c) essa relação colabora para o desconhecimento das rotinas do serviço e reforça o distanciamento em relação ao serviço.

Acreditamos que o “quando precisa” está relacionado, por conseguinte, ao atendimento da queixa e de modo algum à “prevenção de queixas”. Nessa perspectiva, o percentual de usuários que referem não procurar a UBS porque não precisam é revelador: 52%.

Discutindo as questões relacionadas à “saúde e acesso”, identificamos que as queixas são variadas e às vezes imprecisas, com o predomínio das queixas relacionadas ao Aparelho Respiratório (15%), e um percentual de 29% de usuários que procuram o serviço com “Até um dia de queixa”, seguidos de um percentual de 20% de usuários que referem queixas que já duram de “2 a 3 dias”.

O serviço constituiu-se no primeiro local procurado para atendimento por 76% dos usuários, que referiram como principal motivo a proximidade (24%) ou o bom atendimento (23%), e outros 85% que acreditaram que sua queixa pode ser atendida no Pronto Atendimento Adulto Central. A pergunta que se faz é se esses usuários estão corretos, ou como muitos profissionais afirmam, “o usuário não entende o funcionamento do SUS?”

Com a colaboração da médica clínica do serviço, Dra. Tânia Regina Pessini Rodrigues, a partir da classificação já apresentada na tabela 6, procuramos identificar qual seria o local mais adequado para atender à queixa apresentada pelo usuário. Chegou-se à conclusão, segundo a tabela 33, que os usuários – em sua

⁷⁶ A Portaria MS/GM N° 1.944, de 27 de agosto de 2009, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. É fato, que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada, conseqüentemente há maior agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf
Acesso em: 15/04/2012.

maioria – não estão equivocados, estão procurando o local correto.

Tabela 33: Classificação das queixas citadas pelos usuários segundo local correto de atendimento.

Classificação	Local Correto de Atendimento				Total	%
	Pronto Atendimento	Emergência	UBS	Depende		
Aparelho Gastro Intestinal	6	7		2	15	15
Aparelho Respiratório	6	4	1		11	11
Aparelho Cardio Vascular	6	1			7	7
Dermatológico	2				2	2
Doença Crônica		1			1	1
Ginecológico	2				2	2
Hematológico			1		1	1
Inespecífico	4	1			5	5
Infecioso	13			1	14	14
Osteoarticular	13	1	2		16	16
Osteomuscular	5	5			10	10
Otológico	3		1		4	4
Sistema Nervoso Central		7	2		9	9
Sistema Urinário		1			1	1
Trauma	1			1	2	2
TOTAL	61	28	7	4	100	100

Fonte: SILVA, 2011. Dados da pesquisa de campo realizada no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri.

Segundo a classificação médica, a maioria das queixas apresentadas, 61%, deveria ser atendida no Pronto Atendimento e outras 28% na Emergência. Contrariando especulações comuns, apenas 7% deveriam ser atendidas na UBS. Esses dados demonstram que a maioria dos usuários está procurando o serviço correto para sua queixa.

São usuários sem diagnóstico ainda de doenças a serem acompanhadas no futuro (78%) e com um relativo uso da Atenção Básica (54%), com destaque para o público feminino (40%). No entanto, há também usuários com uma visão equivocada sobre a UBS, pois referem procurar o serviço apenas “quando precisa” (33%), e outros que referiram não utilizar a UBS (46%) com justificativa semelhante, já que 52% referem não precisar usar a UBS.

4.3 Entrevista com pessoa-chave

A entrevistada atua no Pronto Atendimento Adulto Central desde 2008 – inicialmente como Diretora Técnica e atualmente como Coordenadora e apresentou uma ampla visão da instituição: já conheceu o usuário que chega à “porta” do serviço e, atualmente, por responder pelo funcionamento do serviço, na função de Coordenadora.

Para a Coordenadora do P.A.A. Central, o serviço não cumpre totalmente sua missão – que é prestar o atendimento de urgência e emergência – pois,

“A estrutura é grande demais para um Pronto Atendimento, então a gente acaba absorvendo mais do que a gente teria capacidade por ter mais coisa para oferecer. Por isso, nós fazemos a rede andar. A rede anda porque nós existimos.”
(Coordenadora do P.A.A. Central)

Algo percebido pelos usuários que procuram o serviço para obter o atendimento que não conseguem em outros serviços:

“Então a vaga que o usuário não consegue no ambulatório, é aqui que ele vem buscar. A vaga que ele não consegue na especialidade, ele vem resolver o problema dele aqui. E acaba resolvendo, porque eu tenho vários especialistas, são plantonistas, mas são especialistas, então se ele precisa de um cirurgião, ele vem aqui, se ele precisa de um endócrino, ele vem aqui. E o favor se torna obrigação, porque aí a gente não faz o atendimento básico primário de urgência e emergência, absorve uma demanda que não é nossa e fica com um nome.”
(Coordenadora do P.A.A. Central)

O “nome” e a “importância” desse serviço extrapolam os limites administrativos do município e são reconhecidos no contexto regional:

“Eu acho que assim a gente faz a rede andar. Sem a gente, por pior que seja o serviço, sem o nosso trabalho a rede não anda. Tanto a local como a regional.” (Coordenadora do P.A.A. Central)

Para a entrevistada, os usuários têm uma visão equivocada do serviço, não

o reconhecem como um serviço de urgência e emergência:

“Ele não vê isso aqui como um Pronto Socorro, um atendimento rápido, onde dali ou ele vai para o hospital ou ele tem alta para acompanhar na Unidade Básica, ele vê isso aqui na verdade como a “porta da esperança” que vai resolver todos os problemas dele naquele momento. [...] Tanto que ele volta no dia seguinte, volta depois, porque ele quer continuidade. Procura o mesmo médico para se tratar e se você fala para ele que aqui não é local para se tratar aquilo acaba gerando uma reclamação, um stress, porque ele acha que está sendo mal tratado. Mas não é a nossa função fazer o seguimento do tratamento.” (Coordenadora do P.A.A. Central)

A estrutura do serviço e a relevância deste no contexto local e regional acabam por descaracterizar o P.A.A. Central:

“A nossa função está totalmente descaracterizada. Hoje eu vejo. E por isso mesmo que eu acho que a gente não consegue mais suportar essa carga de trabalho se não houver uma mudança estrutural, na base. Então a UBS tem que realmente funcionar, a Policlínica tem que vir. Mas para funcionar como Policlínica, vai ter que ter as especialidades até às 23h horas, como toda policlínica e depois um clínico de Plantão que vai ter que remover para o hospital e não para nós. [...] A porta de entrada de tudo é aqui. Aquilo que todo mundo fala: “O SAMEB é o coração da saúde”, é a pura verdade.” (Coordenadora do P.A.A. Central)

Essa centralidade ou referência reconhecida pelos usuários e demais serviços municipais – e alguns regionais – gera muitos problemas. O desafio é mudar essa lógica:

Eu acho que a gente teria que ajustar o fluxo para funcionar como Pronto Atendimento de porta aberta e receber sim o que vem de demanda externa e de emergência. Então hoje eu acho que o maior problema é justamente isso, esse fluxo que foi totalmente direcionado para o Pronto Socorro Central. (Coordenadora do P.A.A. Central)

O maior reflexo desses problemas internamente é o comprometimento da qualidade do atendimento.

Há inúmeras questões administrativas que descaracterizam o serviço, bem

como os profissionais, sobretudo o médico, que é solicitado para atender demandas de outras secretarias, assim, “é um grande ônus para o Pronto Socorro Central ser essa referência”. É um ponto positivo, na medida em que tem o reconhecimento, mas um ponto negativo na medida em que se descaracteriza e sobrecarrega-se. São questões que não minimizam os aspectos positivos da instituição como:

“[...] a oportunidade de ver essa gama de doenças muito grande, porque a nossa complexidade é muito alta. Hoje cada vez mais porque, como a rede regional não funciona, o paciente que chega para gente é um paciente cada vez mais grave. E é claro que existe uma satisfação muito grande da equipe, minha também, da gente pegar aquele paciente tão grave, que poderia ter sido feita alguma coisa para ele e não foi feita, e conseguir tirar ele da fase aguda, manter aqui na enfermaria, dar alta para ele com dignidade.”
(Coordenadora do P.A.A. Central)

Por causa desse atendimento “mais digno”, o serviço tem legitimidade entre os usuários, o que para a entrevistada é “muito positivo” e soma-se ao fato de que,

“[...] em termos de saúde pública, a gente tem muito. Muito material, muito equipamento. É claro que falta muito para a gente chegar... porque a gente sempre quer o melhor, então falta muito. Mas, em termos de saúde pública a gente está a frente, no Brasil eu acho que gente está a frente de todos os municípios. Acho que não tem ninguém que se iguale a Barueri, não só de equipamentos mecânicos, mas em material humano também. O nosso médico ele é bem formado. [...]. É um pessoal bem formado, que estuda, se atualiza, pessoal que trabalha em outros lugares que são referência, então acabam levando o paciente daqui para outros lugares [...]. Então eu acho que aqui tem muita coisa boa, e o fato desta equipe estar junta há tanto tempo. (Coordenadora do P.A.A. Central)

Retomando as características dos usuários do serviço, a entrevistada reforça a visão de que eles não têm compreensão do papel e da “missão do serviço”, portanto, dos seus limites, assim como de qualquer outro serviço. Esse é um aspecto que a médica vem abordando nas reuniões com os gestores, pois entende que os usuários devem ser “educados” quanto aos limites do serviço. Por todas essas questões.

“Hoje o que eu vejo é que a gente precisa sair daqui, é que a gente foi crescendo do “puxadinho”. E a arquitetura atrapalha o fluxo. Eu acho que a gente poderia sair daqui, ir para um terreno, um espaço maior. E a gente vai ter que manter tudo aquilo que a gente oferece hoje em um espaço melhor.” (Coordenadora do P.A.A. Central)

Para a entrevistada, a mudança de prédio não significa que o serviço vai deixar de ter o papel que tem no município e região, mas é “um sonho”. Somando-se aos aspectos positivos que já foram apontados, a coordenadora destacou ainda as condições de trabalho, medicação, frota de ambulâncias, cadeiras para obesos, facilidade para remoção. Aspectos que fazem o P.A.A. Central estar um passo à frente.

Na verdade, os aspectos positivos e a “descaracterização” do serviço colaboram para uma expressiva procura:

“Os usuários procuram o Pronto Socorro, porque eles sabem, sabem que aqui resolve. É no SAMEB que eu vou. Porque aqui ele vai ter uma solução para o problema dele. Daqui ele vai para o Hospital, daqui ele vai tratado para a unidade básica, ou com a receita para pegar na farmácia no dia seguinte, ou vai ser internado em uma das nossas enfermarias se for de baixa complexidade e depois vai ter alta. Vai aguardar aqui a vaga do PADI em casa. Ele sabe que se ele vier para cá, ele vai resolver o problema dele. E pela estrutura também, eles sabem que nos outros Prontos Socorros, não tem uma estrutura muito boa. Até porque o ideal é que um paciente não fique mais de vinte e quatro horas em um Pronto Socorro, então não tem alimentação, não tem a parte toda de rouparia... e nós temos. Nós temos uma estrutura hospitalar”. (Coordenadora do P.A.A. Central)

Com uma estrutura hospitalar, embora pequeno (57 leitos), uma missão descaracterizada, aspectos que apresentam pontos positivos e negativos, o serviço tem alguns desafios que exigem estratégias de enfrentamento. Um dos desafios identificados pela coordenadora é

“[...] redimensionar nossa equipe toda: serviço social, médico, ainda temos pouco para o volume de atendimento, enfermagem, não temos nada, recepção, secretária de ala, nós não temos mais no nosso quadro e faz falta. Hoje, na verdade, temos que redimensionar todo nosso quadro. Todo nosso quadro precisa ser redimensionado para nossas necessidades, nossa demanda. Não dá para levar mais o Pronto Socorro com aquela equipe pequenininha. Quando eu cheguei aqui há cinco anos atrás eu tinha um enfermeiro por plantão. Hoje eu tenho cinco enfermeiros e não dão conta, porque a parte assistencial vai sempre ficando para depois. Hoje o paciente tem muita pressa para entrar no consultório, mas quando ele entra não quer sair, mas ele esquece que estava colocando o outro pra fora para ele poder entrar. Então se a gente tiver mais médico atendendo, mais enfermagem, mais serviço social até para apoiar, trazer o psicólogo aqui para dentro, porque precisa. Porque uma estrutura hospitalar tem que ter psicólogo. Eu acho que a gente consegue prestar um atendimento mais digno, mais humano. É uma coisa que eu tinha muita vontade era justamente de educá-los. Então nas

televisões passar um vídeo educativo para eles entenderem qual é a missão do Pronto Socorro, o que o médico no Pronto Socorro faz, porque ele não pode acompanhar sua pressão todo dia. Então eu acho que a gente poderia se tivesse uma equipe criar isso. De você fazer a educação continuada, não só do nosso profissional, mas do usuário”. (Coordenadora do P.A.A. Central)

Uma estratégia para lidar com o grande número de atendimentos foi a criação do “Setor Azul” implantando há um ano diretamente pelo secretário de saúde do município⁷⁷:

“A proposta do setor azul é justamente você tirar do saguão principal o que fosse ambulatório. A ideia do Mauricio foi essa. O adulto, o setor A, fica lotado da “queda de cabelo, queda de unha”, e muitas vezes aquele paciente que precisa da urgência ou emergência, ele não passa fica na porta aguardando. Então qual foi a ideia: a gente criaria um setor para absorver esse paciente, que na verdade ele não tem nem emergência, nem urgência, nem urgência relativa. E a triagem como foi feita?: se ele não está sentindo nada, se chega para fazer a ficha não passa na triagem porque não tem febre, não tem pressão alta, não tem nada e tal, ele é direcionado para o Setor Azul. Se ele não tem cadastro na rede, ele é direcionado para lá. Se ele vem aqui todo dia, ele é direcionado para lá. A não ser que esteja sentindo alguma coisa. Na verdade o Setor Azul é a unidade básica funcionando aqui dentro, mas assim, para você resolver problemas simples. Tudo no Setor Azul é feito com um receituário específico, para diferenciar do adulto. [...]. Não é para empurrar o paciente. O médico vai pedir o exame, vai ver o exame, vai mediar, precisa de seguimento na unidade básica, ele pega a guia SUS, encaminha a guia SUS. Se for do município de Barueri já sai com a consulta marcada. Se for para o médico ver no dia seguinte, vai sair com a consulta marcada, ou se ele achar que pode ir dali dois três dias, ele vai fazer a pré consulta com a enfermagem na UBS no dia seguinte para agendar. O nosso sai assim. E a proposta que o Maurício fez com os secretários vizinhos; se o paciente é de fora, a gente daria a Guia, e o Maurício tem esse controle para ligar pro secretário da cidade e falar: olha seu paciente veio aqui quinze vezes neste mês. E, ele é um paciente de unidade básica, absorve ele aí. E tem funcionado. Então o setor azul é para ter espera, porque é um setor ambulatorial, não é para ninguém que está passando mal. Esvaziou o setor principal. [...] Esvaziou o saguão, e a gente consegue, assim, coisas que outros municípios não teriam condições de resolver, a gente resolve [...]”.(Coordenadora do P.A.A. Central)

Pelo exposto, a coordenadora do P.A.A. Central tem plena compreensão da importância desse serviço para o município e região, bem como dos motivos da expressiva procura por atendimento: acesso ao sistema de saúde municipal. Um

⁷⁷ Dr. Maurício Tundisi.

desejo que, segundo a médica, é atendido. Nesse sentido, indagamos para entrevistada qual seria sua visão sobre “o acesso ao sistema de saúde, o que seria acesso?”

“Eu acho que o acesso, hoje, é o paciente conseguir encontrar o atendimento que ele precisa. Se ele precisa daquele atendimento, independente do entendimento dele do atendimento, se ele é errado. Porque não cabe a ele saber onde tem que ir. Cabe a nós dizer para ele aonde ir. Então eu acho que, se ele passa em frente à unidade básica e entra, ele tem que encontrar o atendimento que ele tá procurando. Ele não tem que saber se é certo ou se é errado. Ele vai passar em uma pré consulta com o enfermeiro e o enfermeiro vai direcionar ele. A mesma coisa aqui, então ele não tem que saber... Ah eu quero ir ao Otorrino. Não é aqui. Ele não tem que saber, a gente é que tem que dizer para ele”. (Coordenadora do P.A.A. Central)

O conceito de “acesso” apresentado pela médica, Coordenadora do P.A.A. Central, é muito interessante e coincide com a visão de autores como Cecílio (1997), quando entende que todas as portas do sistema de saúde devem ser qualificadas para ser a porta de entrada que acolhe o usuário com sua queixa.

Nesse sentido, o usuário não pode ser qualificado como “deseducado”, pois não cabe a ele ter a compreensão do funcionamento do sistema. São os serviços que compõem o sistema que devem organizar-se para atender às demandas dos usuários, da forma como elas chegam.

No que tange ao P.A.A. Central, pelo exposto, fica evidente que o usuário não tem uma visão “deturpada do serviço”, pois, efetivamente, ele encontra o atendimento de que precisa, como afirmou a entrevistada. Se o atendimento é condizente ou não com a proposta de um Pronto Atendimento é outra questão, mas é o atendimento que o usuário procura e encontra.

Ademais, dos 100 formulários preenchidos durante o período da pesquisa de campo, apenas 7% deveriam procurar uma Unidade Básica de Saúde.

Na verdade, o usuário não é deseducado, são os serviços que não conseguem criar fluxos e estruturas padronizadas para que fique claro ao usuário aonde ir e o que esperar.

Por fim, destacamos que pelo relato da entrevistada, nossa visão acerca da importância do P.A.A. Central – no município e região –, e dos motivos para a expressiva procura por atendimento estava correta:

“O SAMEB é responsável pelo bom funcionamento da saúde no município e na região.”

4.4 Notas de Campo

Durante o período da pesquisa de campo, as duas pesquisadoras anotaram informações (a) descritivas e (b) reflexivas que se constituem em “Notas de Campo” da pesquisa, ou seja, o “relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da coleta” (BOGDAN e BIKLEN, 1994: 150).

O conteúdo – reflexões e descrições – do registro de campo representa uma importante etapa do processo de pesquisa. Assim, pontuamos alguns aspectos que merecem ressaltar, pois contribuíram para a compreensão do processo da pesquisa de campo:

⇒ ***Dinâmica das recepções***

As três recepções têm dinâmicas muito distintas, no que se refere à procura e atribuições. Entretanto, um fator é comum às três: a constante falta de funcionários e mesmo com o bom entrosamento da equipe, a atitude pouco colaborativa de alguns atrapalha o funcionamento do setor. A Recepção do Pronto Atendimento, por ser a única que funciona em todos os dias e horários, sobretudo no período noturno, torna-se referência para todo tipo de situação. Em alguns momentos, nos sentimos impelidas a colaborar com os funcionários, sobretudo no período noturno, quando havia um grande fluxo de usuários.

⇒ ***Funcionários e profissionais do P.A.A. Central***

A colaboração dos funcionários da Recepção foi imprescindível para a realização da pesquisa, pois estes nos acolheram, esclareceram inúmeras dúvidas e contribuíram para a seleção da amostra. Em geral, os funcionários e profissionais do serviço verbalizavam palavras de admiração e incentivo pela iniciativa, ainda que constantemente nos

abordassem apresentando situações que consideravam de competência da “assistente social” e verbalizassem a necessidade de uma assistente social durante as 24 horas no serviço de saúde.

⇒ **Usuários**

Observamos que não importa o tempo de espera pelo atendimento médico: o usuário sempre chega à recepção bastante ansioso para preencher a Ficha de Atendimento, exige informações e procedimentos impossíveis de serem realizados e, por vezes, são pouco educados com os funcionários. Com certa frequência fui abordada, em diferentes momentos e locais, durante a pesquisa, por usuários que desejavam ser atendidos pelas funcionárias da Recepção. É verdade que há questões administrativas no serviço – como o fluxo de atendimento – que geram desgastes desnecessários.

⇒ **Amostra**

Durante o período, tivemos três recusas, todas justificadas pela pressa em ser atendido. Tivemos dificuldade em manter a proposta da amostra nas Recepções da Ortopedia e Emergência – em função da ausência de funcionários no final de semana e no período noturno – e adotamos algumas estratégias para garantir o preenchimento, como acompanhar o usuário à sala de espera de atendimento. Também não abordamos usuários que demonstravam situação de saúde mais grave.

⇒ **Formulário**

As questões do formulário dão margem a inúmeras reflexões e indagações, mas o tempo médio de 3 minutos foi o ideal, algo mais demorado efetivamente aumentaria o número de recusas e teríamos maior dificuldade em manter a atenção do usuário. Ainda, reconhecemos que o contato com os usuários na condição de pesquisadora nos esclareceu algo sobre o perfil deles, sua percepção sobre o processo “saúde e doença”, bem como sua compreensão sobre os serviços de saúde.

⇒ **Considerações**

Foi muito bom realizar a pesquisa. Bastante rico, mas igualmente cansativo. Dormi menos de 20 horas durante toda a semana, não tinha lugar para comer direito e tomar banho. Demorei alguns dias para conseguir conciliar o sono e os horários de alimentação. Conheci muitas pessoas e com outras com quem eu não tinha boa relação, por questões inerentes ao serviço, conseguimos conversar e dirimir desentendimentos. Identifiquei situações que ignorava, aprendi a respeitar ainda mais os profissionais da Recepção e descobri que muitas das situações que vivenciamos no setor de Serviço Social é resultado de muitas lacunas e não necessariamente da falta de competência (ou comprometimento) de um profissional e/ou setor. Um acontecimento inesperado mexeu com toda a equipe de assistentes sociais. A Assistente Social Ângela Maria Gorgonha (ex-coordenadora do serviço social) faleceu. Foi uma situação muito difícil. A morte da Ângela nos fez pensar sobre qual o nosso envolvimento com aquele serviço e município, o que devemos aceitar e o que não devemos. Inegavelmente a pesquisa nos aproximou de uma realidade muito mais viva. Acredito que a condição de “pesquisadora”, mesmo com todos os percalços, me permitiu ter o distanciamento necessário para compreender essa realidade.

4.5 Análise dos resultados

Nesta etapa da pesquisa em que somos impelidos a articular o conhecimento adquirido e produzido com a realidade concreta que o campo de pesquisa apresentou, pretendemos responder às inquietações que embasaram a formulação do projeto, partindo das duas categorias centrais de análise: saúde e acesso, o que exige explicitar o conceito adotado – de ambas – para os fins desta dissertação.

Partimos do pressuposto de que saúde e acesso exigem a articulação entre diferentes setores e serviços para se efetivar; em outros termos, garantir o acesso à saúde não é uma responsabilidade apenas do “setor” saúde:

A saúde é conceituada como resultado de processos de vida, ou seja, das condições de produção e reprodução social. Elemento imprescindível nas relações sociais, a saúde está intrinsecamente relacionada com as várias áreas que compõem a vida dos indivíduos em sociedade, exigindo a interlocução de serviços e políticas.

Acesso, por sua vez, é compreendido como o resultado da efetiva disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e acomodação dos serviços de saúde de modo que possam garantir atendimento integral, articulado e continuado aos usuários. Nessa perspectiva, “acesso” é uma totalidade que engloba as quatro dimensões.

Já explicitamos anteriormente a relevância teórica do trabalho de Penchansky & Thomas (1981) – discutida no Capítulo III desta dissertação – para nossas reflexões, bem como a necessidade de realizar mediações para analisar o acesso ao Sistema de Saúde brasileiro, pelas características deste. O que não nos exime de realizar críticas como: as perguntas sobre “aceitabilidade” e “capacidade econômica”, a nosso ver, divergem da definição proposta. No primeiro caso, limita a investigação às questões físicas e aparentes dos serviços e não aborda, efetivamente, a relação usuário-profissional. No segundo caso, há um foco no preço e prazo, não uma perspectiva comparativa entre gastos e situação econômica.

Ainda sobre a dimensão “capacidade econômica”, destacamos que, considerando a característica do SUS – universal, sem recorte de renda –, a definição e perguntas que propõem validar essa dimensão – no texto de Penchansky & Thomas (1981) – não poderiam ser aplicadas. Entretanto, acreditamos que essa dimensão poderia ter sido abordada por nós.

Com essas ressalvas, propomos analisar: (a) os indicadores de acesso utilizados nos documentos oficiais e discutidos nos capítulos precedentes (Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde, 2011 e Acesso aos serviços de Saúde, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2005), (b) os resultados da pesquisa de campo e (c) as informações da entrevista com pessoa-chave realizada no Pronto Atendimento Adulto Central.

▪ ***Indicadores de Acesso no Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)***

Considerando “acesso” como a capacidade do sistema de saúde de garantir

o cuidado necessário em termo oportuno e com recursos adequados, os 14 indicadores utilizados no documento pretendem medir o “acesso obtido” por meio dos atendimentos realizados e o “acesso potencial” por meio da cobertura dos serviços.

Relacionando essas duas médias com as quatro dimensões de acesso que propomos, acreditamos que, de modo bastante amplo, é possível encontrar uma aproximação com duas dimensões: disponibilidade, por medir a cobertura em relação ao número de usuários; e acessibilidade, na medida em que procura medir o número de atendimentos.

Não localizamos outras aproximações entre os dados do documento e as dimensões de acesso e reforçamos as críticas já apresentadas no Capítulo III.

▪ **Indicadores de Acesso nos documentos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) / Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2005**

A despeito do título e proposta dos documentos, não há uma conceituação do termo acesso, e o grupo de perguntas apresenta indicadores de “uso” dos serviços de saúde. Acerca das perguntas é possível identificar que algumas possibilitam “certa” aproximação com as dimensões da categoria acesso:

- ⇒ A procura pelo mesmo lugar ou médico quando se precisa de atendimento de saúde: pode indicar **“aceitabilidade”**, permitindo inferir que o usuário concorda ou gosta do tipo de atendimento oferecido.
- ⇒ Procura por qual serviço: pode indicar **“acessibilidade”** dos serviços, de modo muito pontual.
- ⇒ Passou em consulta – médico ou dentista – nos últimos meses: poderia indicar a **“disponibilidade”** de atendimento.
- ⇒ Gastos com consulta ou medicação: podem indicar **“capacidade econômica”** dos usuários entrevistados.

Todas as dimensões exigem mediações, pois não há uma relação clara e efetiva, mas indicações que nem mesmo são pontuadas no estudo dos resultados

no documento. E com relação à dimensão “acomodação”, não há entre as perguntas nenhuma informação que possa indicar a identificação dessa dimensão.

▪ **Resultados da Pesquisa de Campo no Pronto Atendimento Adulto Central**

Os resultados revelam que os usuários procuram corretamente o serviço (61%), o que indica a dimensão de “acomodação”. E o percentual de usuários que procuraram esse serviço como primeira opção (76%) indica as dimensões de “acomodação” e “aceitabilidade”.

As respostas acerca dos motivos que levaram os usuários a procurar esse serviço como “primeira opção” revelam as quatro dimensões da categoria acesso, mas com percentuais diferentes, conforme quadro 12:

Quadro 12: Acesso pelo Pronto Atendimento Adulto Central

Acesso	Respostas	%
Disponibilidade	Foi atendido em outro lugar e não mudou o quadro.	10
Acessibilidade	É o mais próximo da residência.	24
	Procura o serviço pela localização.	2
Acomodação	O atendimento é rápido.	7
	Deseja ser encaminhado para outro serviço em Barueri.	2
Aceitabilidade	Procura pela qualidade do atendimento.	5
	Não gosta dos serviços de saúde do município de origem.	6
	Gosta do atendimento.	23
	Sempre procura este serviço.	8

Fonte: Quadro elaborado pela autora para análise dos dados.

Podemos inferir que a pergunta permitiu visualizar as quatro dimensões de acesso na concepção dos usuários. Para estes, o serviço garante o acesso ao atendimento, não necessariamente ao sistema de saúde, sendo que as duas dimensões mais evidentes são “acessibilidade” – pela localização do serviço – e “aceitabilidade”, pois os usuários gostam do atendimento.

Apenas uma resposta possibilitou inferir sobre a dimensão “disponibilidade”, mas quanto ao percentual (10%), este é mais expressivo do que a dimensão “acomodação” (9%) com duas respostas. Por outro lado, a dimensão “aceitabilidade” foi a mais contemplada, reforçando nossa tese da legitimidade do serviço.

O acesso aos serviços ambulatoriais pode ser verificado entre os usuários que referiram estar sendo acompanhados em virtude de alguma doença (22%), o que nos permite inferir sobre a dimensão “acomodação”. Ganha destaque o fato de

o acompanhamento ser realizado no serviço correto: 59% são acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde.

Entre os usuários que referiram não utilizar a UBS (45%), identificamos também a relação com as dimensões do acesso, conforme quadro 13.

Quadro 13: Acesso via Unidade Básica de Saúde.

Acesso	Respostas	%
Disponibilidade	Não recebe o atendimento de que precisa.	2
	Os horários são incompatíveis.	4
Acomodação	Falta de tempo.	10
	Nunca tem médico.	6
Aceitabilidade	Não gosta do atendimento.	4
	Não acha necessário.	14
	Não precisa.	46

Fonte: Quadro elaborado pela autora para análise dos dados.

É possível verificar que os usuários não referiram questões que envolvem a dimensão de **“acessibilidade”**, por exemplo, quanto à localização da UBS em relação à residência. Também referem, timidamente, questões que envolvem a **“disponibilidade”**.

Entretanto, as dimensões de **“acomodação”** e **“aceitabilidade”** foram bastante expressivas para indicar os motivos do “não acesso”, “não precisa”, “não acha necessário”, e “falta de tempo”. Os motivos alegados indicam que na compreensão dos usuários as rotinas dos serviços são incompatíveis com as suas rotinas. Entretanto, tal conclusão explicita a necessidade de novas análises que destaquem os indicadores de **“acomodação”**.

Acreditamos que os resultados permitem identificar os motivos que determinam a procura por atendimento ou acesso à saúde, pelo Pronto Atendimento Adulto Central: o serviço é bem localizado – **“acessibilidade”** – e a população gosta do atendimento – **“aceitabilidade”**.

Não podemos afirmar que conseguimos identificar “todos” os aspectos que restringem o acesso dos usuários via UBS, mas é possível afirmar que os usuários têm uma visão equivocada desse serviço – **“aceitabilidade”** – pois procuram o serviço apenas quando precisam (46%). Uma resposta expressiva também entre os que referem utilizar o serviço (33%). Um equívoco que não ocorre em relação ao Pronto Atendimento Adulto Central; os usuários procuram o serviço correto.

Assim, os dados quantitativos obtidos na pesquisa de campo realizada no

“mais importante serviço de saúde do município de Barueri e região” oferecem uma “fotografia” das condições do acesso ao sistema de saúde, com destaque para as seguintes características:

- Procura “correta” dos serviços, tanto para atendimento da queixa manifesta quando para acompanhar doenças.
- Legitimidade do serviço no município e região.
- Visão equivocada sobre Unidade Básica de Saúde.

Características que reforçam uma compreensão curativa, fragmentada e limitada da saúde, apenas a tríade “queixa-conduta-cura” e conduzem a um “fetiche do acesso”. A legitimidade do serviço de urgência e emergência e na mesma proporção a banalização, e até recusa, dos serviços de prevenção e promoção da saúde revelam que **“as dimensões do acesso – disponibilidade, acessibilidade, acomodação e aceitabilidade não são compreendidas pelos usuários”**. Os usuários reforçam a perspectiva de limitar o acesso aos serviços de urgência e emergência, portanto, a um atendimento pontual.

Assim, pela metodologia que desenvolvemos, acreditamos que **obtivemos êxito** em: (a) proposta de analisar a saúde e o sistema de saúde, (b) explicitar as estratégias para obter acesso aos serviços de saúde, (c) problematizar e qualificar a categoria acesso e (d) afirmamos nossa tese de que **as Unidades Básicas de Saúde não se constituem na única e principal porta de entrada para o sistema de saúde**, sendo que os serviços de urgência e emergência desempenham um importante papel nessa inserção. E, como toda pesquisa, apontamos caminhos para novas investigações.

Entretanto, identificamos alguns **limites e lacunas da pesquisa** que não nos permitem responder, de modo mais específico, por quais motivos os usuários não utilizam a Unidade Básica de Saúde. Apenas as questões que nos mostram lacunas nas dimensões de **“acomodação”** e **“aceitabilidade”** não são suficientes.

É importante pontuar que de acordo com os dados apresentados no Capítulo II desta dissertação, o município de Barueri apresenta não apenas um número de UBS coerente com a população – **“disponibilidade”** – mas também oferece procedimentos e atendimentos em períodos – das 15 UBSs, 11 funcionam até após às 19h00 – o que extrapola o horário comercial – **“acomodação”**. Assim,

podemos supor que há um desconhecimento, por parte dos usuários, acerca da rotina desses serviços, levando-os a indicarem lacunas na **“acomodação”** desses serviços.

Como referimos anteriormente, os usuários não referiram questões relativas à **“disponibilidade”** ou **“acessibilidade”**, porém, podemos supor que há questões que não foram abordadas na pesquisa de campo que poderiam nos indicar questões de “acessibilidade”. Isto porque, pelo desenho geográfico do município e carência de transporte, muitos usuários e profissionais do Pronto Atendimento Adulto Central referem que ir de ônibus de um bairro para outro é muito demorado. Considerando essa informação com o fato de que o serviço de emergência está localizado próximo à Estação de Trem da CPTM e do Terminal de Ônibus de Barueri, podemos supor que a localização do serviço é um fator relevante para os usuários procurarem atendimento nesse local.

Esses aspectos permitem supor que há pouca **“aceitabilidade”** das UBSs pelos usuários. Do mesmo modo, reforçam a concepção do “acesso” pelos serviços de urgência e emergência.

Assim, mesmo considerando as especificidades do Pronto Atendimento Adulto Central, que em muito determinaram o tipo de instrumental utilizado, pontuamos que identificamos algumas **lacunas no formulário**, que inclusive poderiam contribuir para melhor compreensão das quatro dimensões citadas, como:

- Identificar de onde o usuário estava vindo (trabalho, de casa, encaminhado por algum serviço).
- Identificar o bairro de origem, não somente o município.
- Identificar se a demanda clínica principal é acompanhada em alguma UBS.
- Identificar entre os usuários que referem acompanhar alguma doença, se é a mesma que a demanda clínica principal.
- Formular perguntas sobre a dimensão do acesso que aborda a “capacidade econômica”.
- Indagar o que é saúde e o que é acesso – textualmente – para os entrevistados.

São limites que poderão ser aprofundados em outros estudos.

Ainda faz parte desta pesquisa a entrevista semiestruturada com pessoa-

chave do Pronto Atendimento Adulto Central.

Pelo teor do diálogo, afirmamos que selecionamos a pessoa correta para explicitar a visão de quem administra o serviço e pontuamos as seguintes contribuições:

- O serviço é uma referência no município para a rede de saúde, como para os demais serviços públicos: a rede funciona porque o SAMEB funciona.
- O serviço tem inúmeros problemas que impactam na qualidade do atendimento, pois a demanda é muito grande. Essa realidade também descaracteriza o profissional médico. Destacamos que esta confusão “aceitável” de que o Pronto Atendimento é um “mini-hospital” não descaracteriza só o médico, mas todos os profissionais.
- Mesmo reconhecendo que o serviço está descaracterizado, a entrevistada acredita que o usuário tem uma visão equivocada acerca do atendimento que pode obter. Acredito que para o usuário é difícil reconhecer – em termos técnicos e administrativos – qual seria o atendimento que ele poderia esperar em um serviço que é referência. É compreensível que o usuário acredite que pode obter todo o atendimento que precisa.
- O serviço tem legitimidade entre os usuários pela qualidade do atendimento garantida, sobretudo pela equipe médica e condições das instalações. Os usuários encontram além dos clínicos, ortopedistas, psiquiatras e ginecologistas – especialidades que fazem parte da grade – endócrinos, cirurgiões, cardiologistas. E a alimentação, acomodação, medicação, transporte, facilidade para remoção e exames garantem ao usuário um atendimento com dignidade. É o usuário que está errado de acreditar que o serviço não é um simples “pronto socorro”?

Por fim, concluímos que os usuários estão corretos em considerar o serviço como a “porta de entrada para o sistema de saúde municipal”, pois efetivamente o Pronto Atendimento Adulto Central cumpre este papel, são os profissionais, sobrecarregados com uma rotina, por vezes desumana, que não reconhecem esse fato.

Ao abordarmos aqueles que utilizam os serviços – usuários – e os que organizam – gestora – identificamos que ambos têm a mesma visão: o Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri é o mais importante serviço de saúde da região e garante o “acesso” ao sistema de saúde municipal.

Todavia, afirmar de modo categórico se o acesso ao serviço – Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri – garante o acesso ao sistema de saúde não

é algo que carece de dados e novas pesquisas, que poderão avançar na compreensão do município e região a partir dos dados sistematizados e apresentados neste trabalho.

Um contraponto importante é a realidade da Atenção Básica de Saúde no município. Tanto pelas questões colocadas pelos usuários, que evidenciam seu desconhecimento sobre a rede, como pela rotina e serviços que as UBS oferecem.

CONCLUSÕES

A elaboração desta dissertação nos colocou diante do desafio de entender realidades, conceituar e qualificar “termos” abordados de modo fragmentado. O caminho percorrido para cumprir esta tarefa conciliou uma profícua pesquisa documental e bibliográfica, bem como a realização da pesquisa de campo acerca das duas categorias centrais: saúde e acesso.

O resultado deste processo possibilitou a construção de “pontes” que permitem o “acesso” a breves certezas e de “trilhas” que conduzem a novas investigações, ou seja, as duas faces da pesquisa científica.

O ponto de partida para nossas investigações foi um bem inerente a todo ser humano e que ocupa a pauta de lutas políticas e sociais no cenário brasileiro desde a década de 1960: a “saúde”.

Partindo da compreensão de que esta não pode ser explicada de modo simplista, pois é composta por “múltiplas dimensões”, pesquisamos uma vasta bibliografia para explicitar as dimensões objetivas e subjetivas que a compõem, buscando assim elementos para analisarmos a política de saúde brasileira e o acesso a ela.

A pesquisa nos possibilitou confirmar nossas “hipótese” e afirmar que “saúde” não é “ausência de doença”, antes, deve ser compreendida como resultado de processo de vida, elemento essencial para a produção e reprodução social. Intrinsecamente relacionada com as várias áreas que compõem a vida dos indivíduos em sociedade, não é responsabilidade de uma única política, área, serviço ou “sujeito político”, mas de toda a sociedade, refletindo assim esta mesma sociedade.

Saúde é resultado de condições sociais, portanto, tem um “forte” conteúdo político. É objeto de lutas sociais e políticas, expressas na busca de condições dignas de atendimento. Aqui encontramos elementos simbólicos e concretos, objetivos e subjetivos que desenham a realidade daqueles que pensam, trabalham e utilizam os serviços de saúde, fazendo da saúde também um campo de pesquisa. Pesquisas nas áreas da medicina, sociologia e psicologia – entre outras – que abordam as várias dimensões do sistema, e o binômio “saúde–doença”, processo

que expressa as duas faces da vida.

Dentre a vasta bibliografia produzida acerca da temática “saúde”, são ricas as contribuições que analisam o atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde. Sistema que completa duas décadas, compõe o tripé da Seguridade Social, tem como pressuposto a saúde como resultado de processo e como o primeiro princípio à “universalidade do acesso”.

O saldo dessas duas décadas do SUS é contraditório: se por um lado o sistema conseguiu garantir o atendimento a milhões de brasileiros, por outro, persistem limites que obstaculizam a efetivação do “acesso”. E aqui reside nossa segunda categoria de análise.

Cotidianamente, “acesso” é um termo utilizado para denominar a entrada ou uso de um serviço ou benefício. E está presente de modo contundente na legislação que atende os direitos das pessoas com deficiência, onde é utilizada como sinônimo de “acessibilidade”.

No âmbito das políticas sociais, “acesso” tornou-se a categoria central para garantir os direitos sociais, ainda que também neste campo não se tenha claro o que seria esse “acesso”.

O estudo realizado sobre essa temática mostrou que é antiga a constatação da imprecisão e confusão sobre o termo. E os esforços para contribuir na qualificação desta categoria, sobretudo no cenário internacional, datam da década de 1980.

No cenário nacional, os textos que abordam a categoria “acesso”, de modo central ou marginal, mesmo sendo importantes para o debate, não apresentam efetivas contribuições para “qualificar” o termo, antes concorrem para confirmar a falta de acesso ou o modo impreciso como o termo é utilizado.

Diante dessa carência conceitual, o texto de Penschansky & Thomas (1981) ainda constitui-se em uma referência, o que não significa que ele não tenha limitações, sobretudo para analisarmos a realidade brasileira, exigindo mediações. Partindo das contribuições desses autores, consideramos que acesso deve ser compreendido como o resultado da efetiva disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e acomodação dos serviços de saúde, de modo que possam garantir atendimento integral, articulado e continuado aos usuários.

O desafio é criar estratégias para identificar o cumprimento dessas

dimensões. Acreditamos que a pesquisa avaliativa é um caminho, desde que não se confunda acesso com uso ou entrada em serviços. Equívocos cometidos, sobretudo, em pesquisas avaliativas e documentos oficiais que se propõem a abordar o “acesso à saúde”.

Nessa perspectiva, consideramos que a pesquisa de campo realizada no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri trouxe importantes contribuições, que devem ser consideradas a partir das características do município e região. De fato, é imprescindível conhecer os mitos e verdades que desenharam a formação do município de Barueri, iniciando pelo nome e persistindo nos dias atuais pelos números estatísticos. Sem esse dado, é fácil cair no erro da validação de mitos.

Entretanto, a importância do Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri, tanto para o município como para a região, não é mito. É uma realidade que compromete o funcionamento do serviço, a atuação dos profissionais, a qualidade do atendimento e expressa a direção dada ao modelo de saúde no município.

Na verdade, trata-se de uma lógica desenhada pelo município e aceita pelos usuários, limitada à tríade: queixa-conduta-cura. Um limite que desconsidera a saúde como resultado de processo, o acesso como a articulação de dimensões que se comunicam e conduz, fatalmente, a um “fetiche do acesso”.

Trata-se de ilusão do acesso ao sistema de saúde, quando na verdade, o que se tem é um atendimento pontual em um serviço que atende todos, pois é uma porta imediatamente aberta ao usuário, mas acolhe o que é possível. Usuários que são estigmatizados como “deseducados” por não saberem procurar atendimento no local correto e não aceitam os serviços das Unidades Básicas de Saúde.

Primeiramente é importante destacar que é real – em termos administrativos como técnicos – a indefinição e possível confusão entre o que seria uma situação de urgência, emergência ou comum. Fato que tem exigido a atenção do Ministério da Saúde para a construção de protocolos médicos e reorganização dos serviços de urgência e emergência. Nesse sentido, a criação das Unidades de Pronto Atendimento é uma expressão desse movimento.

Em segundo lugar, identificamos nos estudos um desconhecimento da dinâmica e situações atendidas nos serviços de urgência e emergência, mesmo que se tenha um panorama geral e bastante desolador desses serviços, e como referência comparativa, há estudos internacionais. Assim, como é possível afirmar

categoricamente que os usuários não sabem aonde ir?

A pesquisa de campo realizada no Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri trouxe uma realidade que diverge de achados de outros estudos: os usuários procuram o serviço correto em mais de 60% das situações. E mesmo tendo uma visão equivocada da Unidade Básica de Saúde, procuram o serviço correto também para acompanhar doenças.

Os usuários procuram acessar os serviços por onde é possível, não importando se é acesso a um atendimento médico, a um serviço de saúde ou ao sistema de saúde.

No caso dos usuários entrevistados, consideramos que para estes, o Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri garante o “acesso”, na medida em que contempla as dimensões propostas. E as Unidades Básicas de Saúde, também na análise das dimensões, não contemplam tal finalidade.

Consideramos que o estudo realizado apresenta importantes elementos para discutir as categorias “saúde” e “acesso”, para compreender a realidade do município de Barueri, bem como seu sistema de saúde, conhecer os usuários que procuram os serviços de urgência e emergência. Entretanto, há lacunas sobretudo na coleta de informações que são identificadas como trilhas para novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de. [et al.]. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da universalização. Saúde em Debate, 2002, vol. 26, nº 61, pp. 17-154.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. [et al.]. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2003, vol.8, n.3, pp. 815-823.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In. GONDIM, Roberta (Org.) Qualificação de gestores do SUS. Caderno do aluno: qualificação de gestores do SUS. / organizado por Henriette dos Santos. [et al.] – 2. ed. rev. – Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2011.

BARATA, Rita Barradas Barata. Desigualdades Sociais e Saúde. In.: Tratado de Saúde Coletiva. In. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza [et al.]. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

BERHING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.

BOGDAN, Robert C. e BIKLEN, Sári Knopp. Investigação Qualitativa em Educação. Portugal: Porto Editora, 1994.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de Ética do Assistente Social. Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão. 3ª ed. rer. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1997.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília, CFESS: 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Acessibilidade — Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos,

2008.

BRASIL. Lei Complementar nº 141. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde)

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Sistema Único de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Urgência e emergência: sistemas estaduais e referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de A a Z; garantindo saúde nos municípios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2008 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Ministério da Saúde, Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. 2011.

BRAVO, Maria Inês e MATTO, Maurílio. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: VASCONCELOS, Ana Maria de. GAMA, Andréa de Sousa. MONNERAT, Giselle Lavinias. (org) [et al.]. Saúde e serviço social. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.

São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês.. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. Rio de Janeiro: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 1996.

BUSS, Paulo Marchiori. PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Textos. Qualificação de gestores do SUS. / organizado por Roberta Gondim, Victor Grabois e Walter Mendes – 2. ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2011.

CACCIA BAVA, Silvio. O resgate da dignidade. In: Le Monde Diplomatique Brasil. Ano 3. Ed. 28. Novembro de 2009.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow e CALVO, Maria Cristina M.. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. Cad. Saúde Pública, Vol.23. N.7. Rio de Janeiro, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa [et al.], Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S e GUERRERO, A.V.P (orgs). Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

CAMPOS, Wagner de Souza Campos. SUS depois de vinte anos: reflexões sobre o direito à atenção à saúde. In. 20 anos SUS – Seminário Internacional 20 anos do SUS. Boletim do Instituto de Saúde. Edição Especial de 20 anos do SUS, 2008.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública [online]. Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? – Passo Fundo: IFIBE, 2007.

CHAUÍ, Marilena. Brasil: mito fundador e sociedade autoritária. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2000.

COHN Amélia [et al.]. A Saúde como direito e como serviço. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7):1614-1619, 2009.

COHN, Amélia. ELIAS, E. Paulo. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 4ª ed. São Paulo: Cortez, CEDEC, 1996.

COHN, Amélia. O Estudo das Políticas de Saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza [et al.]. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 11(3):705-711, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 02/06/2012.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: Serviço Social & Sociedade, São Paulo: Cortez, ano XX, n 62, p. 35-72, mês março, 2000.

COSTA, Maria Dalva Horário da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CUNHA, Antonio Geraldo [et al.],. Dicionário etimológico da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Lexikon Editora Digital, 2007.

ESCABORA, Carina. Sala de Apoio Pedagógico: os sentidos e significados construídos no município de Barueri-SP. Mestrado em Educação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

FRENK, Julio. El concepto y la medicion de accesibilidad. In: WHITE, K. L. (ed.). Investigaciones sobre servicios de salud: una antonlogia. Washington- D.C.: OPS, 1992, pp. 929-943.

GARCIA, Cristiane Andrade. Um estudo sobre a AMA - Assistência Médica Ambulatorial em Vila Nova Jaguaré / São Paulo e a forma de inserção do Serviço Social. Mestrado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

GIOVANELLA, Lúgia e FLEURY, Sonia. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina. Política de Saúde: o público e o privado (org.) Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

GOMES, Maria de Fátima Cabral Marques. Avaliação de Políticas Sociais e Cidadania, pela ultrapassagem do modelo funcionalista clássico. In, SILVA e SILVA, M.O. (org). Avaliação de Políticas e Programas Sociais: teoria e Prática. São Paulo, Editora Veras, 2001.

GREVEN, Paulo. Instituição para Idosos: uma nova cultura. Estudo de Caso: Solar Ville Garaude. Mestrado em Gerontologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

HICKMANN, Clair. Quando os pobres pagam pelos ricos. In: Le Monde Diplomatique Brasil. Disponível em: <http://diplomatique.uol.com.br>. Acesso em: 01/08/2011.

HORTALE, Virginia Alonso [[et al.]]., Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2000, vol.16, n.1, pp. 231-239.

HOUAISS, A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 10ª ed., São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

IANNI, Octávio. A idéia de Brasil Moderno. São Paulo: Brasiliense, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2003. Ministério da Saúde. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1998. Ministério da Saúde. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2008. Ministério da Saúde. Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS – IPEA. Estado de uma nação. Políticas sociais: acompanhamento e análise. Volume 1. N. 17. Brasília: IPEA, 2009.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS – IPEA. Políticas Sociais; acompanhamento e análise, n. 19. Brasília: IPEA, 2011.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS – IPEA. Sistema de Indicadores de Percepção Social – SIPS. Saúde. – (fev. 2011) – Brasília: IPEA, 2011.

IVO, Anete Brito Leal. A reconversão da questão social e a retórica da pobreza nos anos 1990. In: A pobreza do Estado: reconsiderando o papel do Estado na luta

contra a pobreza global. Consejo Latinoamericano de Ciências Sociales – CLACSO, 2006.

JESUS, Washington Luiz Abreu de. ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.1, pp. 161-170.

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. Rev. Econ. Sociol. Rural [online]. 2005, vol.43, n.1, pp. 29-44.

KAYANO, Jorge e CALDAS, Eduardo de Lima. Indicadores para o diálogo. In: GT Indicadores Plataforma Contrapartes Novib. Texto de Apoio da Oficina 2. São Paulo, 03 a 05 de junho de 2002. Série Indicadores, Número 08. Outubro, 2008, pp. 1-10.

KOGA, Dirce e NAKANO, Kazuo. Perspectivas territoriais e regionais para políticas públicas brasileiras. Serviço Social & Sociedade (85), ano XXVII, São Paulo: Cortez Editoria, 2006.

KUSCHNIR, Rosana. Configuração da rede de regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: GONDIM, Roberta (Org.) Qualificação de gestores do SUS. Caderno do aluno: qualificação de gestores do SUS. / organizado por Henriette dos Santos.[et al.] – 2. ed. rev. – Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2011.

LIMA, Andréia Maura Bertoline Rezende. A Judicialização da saúde como garantia ao acesso universal e igualitário dos serviços destinados à sua promoção, proteção e recuperação. Mestrado em Direito. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.

LIMA, Juliana de Carvalo [et al.] 2002. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Saúde em Debate, vol. 26, nº 60.

MARCONI, Marina de Andrade. e LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1986.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Das ciências sociais para as ciências sociais em saúde: a produção científica de pós-graduação em ciências sociais. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2003, vol.8 no.1, pp. 275-285.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. e CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. Disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade do PSF em áreas metropolitanas. In: COHN, Amélia (org.). Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azogue: São Paulo: CEDEC, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa

em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MIOTO, Regina Célia Tamasso e NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

NASCIMENTO, Vânia Barbosa do; COSTA Ieda Maria Cabral da. PSF, descentralização e organização de serviços no Brasil. In. COHN, Amélia. (Org.). Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azogue: São Paulo: CEDEC, 2009.

NETO, José Paulo. O materialismo histórico como instrumento de análise das políticas sociais. IN NOGUEIRA, F. e RIZZOTTI, M.L. (orgs) Estado e Políticas Sociais. Paraná: Edunioeste, 2006.

NETTO, José Paulo e BRAZ, Marcelo. Economia Política: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, Neuma. Mestrado em Gerontologia. Benefícios Previdenciários e Assistenciais: o idoso e a família. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro e MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

NUNES, Everardo Duarte. A doença como processo social. In. CANESQUI, Ana Maria [org.]. São Paulo: Hucitec, 2000.

NUNES, Everardo Duarte. Sociologia da Saúde: história e temas. In. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza [et al.]. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO. Condições de Vida e Saúde na Região Metropolitana de São Paulo. São Paulo: FUNDAP, 2010.

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO. Oferta e Produção de Serviços de Saúde na região metropolitana de São Paulo: indicadores e análises. São Paulo: FUNDAP, 2010.

OLIVEIRA, Gabriella Novelli et al., Perfil da população atendida em uma unidade

de emergência referenciada. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [online]. 2011, 19(3):[09 telas].

OLIVEIRA, Ilka Custódio de. Mestrado em Serviço Social. Ciclo de Orientação a familiares de idosos dependentes – uma experiência da prática profissional do assistente social na educação para os cuidados de idosos. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2008.

OLIVEIRA, José Macedo de. Barueri – 60 anos de emancipação política. São Paulo: Strong Consultoria Educacional, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care, 1981: V.19: 127-140.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Necessidade humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2002.

PESSOA, Fernando. Poemas Completos de Alberto Caeiro. Ed. Martin Claret, 2007.

POCHMANN, Márcio. Assegurar o bem-estar coletivo. In: Le Monde Diplomatique Brasil. Ano 3. Ed. 28. Novembro de 2009.

REVISTA LE MONDE DIPLOMATIQUE BRASIL. Onde fica a linha da pobreza? Ano 4. N. 43, fevereiro, 2011.

REVISTA SAÚDE EM DEBATE. Determinação Social da Saúde. N. 83, V. 33, Set./Dez., 2009

REVISTA SAÚDE EM DEBATE. Ética e desigualdade: saúde para todos? N. 42, março, 1994.

ROCHA, Andréa Fonseca Silva. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2005.

SABROZA, Paulo Chagastelles. Concepções de Saúde e Doença. Textos. Qualificação de gestores do SUS. / organizado por Roberta Gondim, Victor Grabois e Walter Mendes – 2. ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2011.

SALVADOR, Evilásio. A elite deve pagar a conta. In: Le Monde Diplomatique Brasil.

Disponível em: <http://diplomatique.uol.com.br>. Acesso em: 01/08/2011.

SCHIAVON, Isabela Cristina Adão. A triagem em serviços de emergência: pesquisa bibliográfica. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas. Campinas: São Paulo, 2006.

SILVA e SILVA, Maria Ozanira da. O debate sobre a pobreza: questões teórico-conceituais. Revista Políticas Públicas. V. 6, Nº 2. São Luís, 2002.

SILVA e SILVA, Maria Ozanira. (org). Avaliação de Políticas e Programas Sociais: teoria e Prática. São Paulo, Editora Veras, 2001.

SILVA, Elias. Barueri: história revista e documentada (1560 – 1994). São Paulo: Agência Barueri de Comunicação, 1995.

SIMONS, Dione Alencar. Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2008.

SOUSA, Maria Fátima de. MENDES, Áquilas. (orgs.) Tempos Radicais da Saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec, 2003.

TEIXEIRA, Carmen Fontes e SOLLA, Jorge Pereira. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectiva. In: Teixeira e SOLLA, Jorge Pereira. Modelo de atenção à Saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira e SOLLA, Jorge Pereira. Modelo de atenção à Saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família. Salvador: EDUFBA, 2006.

TELLES, Vera da Silva. Pobreza e cidadania: figurações da questão social no Brasil moderno. In. Pobreza e Cidadania. São Paulo: USP, Curso de Pós-Graduação em Sociologia: Ed. 34, 2001.

TRAVASSOS, Cláudia [et al.],. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 133-149.

VAITSMAN, Jeni. MOREIRA, Marcelo Rasga e COSTA, Nilson do Rosário. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: "Um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)", por Ciênc. saúde coletiva vol.14 n.3 Rio de Janeiro, 2011.

VASCONCELOS, Ana Maria de Vasconcelos. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VIACAVA, [et al.],. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Revista Ciência & Saúde Coletiva, [online]. 2004, 9(3):711-724.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. [et al.]. Financiamento e desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. In: COHN, Amélia (org.). Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue: São Paulo: CEDEC, 2009.

VIEIRA, Evaldo. Os direitos e a política social. São Paulo: Cortez, 2000.

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. Unidade II: O serviço social no contexto das transformações societárias. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Brasília: CFESS / ABEPSS /CEAD-UnB, 2009.

Sítios consultados

<http://www.seade.gov.br>
<http://www.stm.sp.gov.br>
<http://www.pnud.org.br>
<http://www.recantodasletras.com.br>
<http://www.mds.gov.br>
<http://observasaude.fundap.sp.gov.br>
<http://portal.fiocruz.br/>
<http://dab.saude.gov.br/>
<http://portalsaude.saude.gov.br>
<http://www.conasems.org.br/>
<http://bvsms.saude.gov.br/php/index.php>
<http://www.capital.sp.gov.br>
<http://www.barueri.sp.gov.br/>
<http://www.abrasco.org.br/>
<http://www.pucsp.br/>
<http://www.ibge.gov.br/home/>
<http://www.ipea.gov.br/portal/>
<http://www.cfess.org.br>
<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/>
<http://blogsaudefrasil.com.br/>

ANEXOS

Anexo 1: Símbolos Municipais de Barueri



BRASÃO

O Brasão de Armas da Cidade e Município de Barueri foi idealizado pelo Dr. Lauro Ribeiro Escobar, do Conselho Estadual de Honrarias e Mérito, oficializado pela Lei n.º 112/73, e assim se descreve: Escudo redondo, de blau, com uma faixa onçada de prata, encimada por uma roda dentada, acompanhada de duas flores de liz, tudo do mesmo; Em ponta, dois canhões do Século XVII, desmontados, do segundo, postos em aspas; Chefe de ouro, com a Cruz da Ordem de Cristo acompanhada de dois quinqüefólios de goles.



BANDEIRA

A Bandeira de Barueri, oficializada pela Lei n.º 112/73, assim se descreve: De formato retangular, esquartelada em sautor. O primeiro, de azul, com uma flor de liz de branco. O segundo, de amarelo, com a Cruz da Ordem de Cristo. O terceiro, de amarelo, com um quinqüefólio de vermelho. O quarto, de azul, com uma roda dentada de branco. É carregada ao centro de um círculo de branco e este do Brasão de Armas. O simbolismo dos elementos heráldicos da bandeira é o mesmo do Brasão de Armas

Fonte: <http://www.barueri.sp.gov.br>

Anexo 2: Letra do Hino de Barueri

Gloriosa, nasceu no passado
A história de Barueri Majestosa em civilidade
Coroadada de belezas mil

A memória traz ao presente
A aldeia que um dia surgiu
Entre grandes acontecimentos
Que o curso do tempo urdiu

*Barueri, uma paixão que se agiganta
Flor vermelha que encanta
O coração do meu Brasil*

Dos pioneiros aos que hoje vivem
Neste berço tão acolhedor
A nobreza é a prosperidade

Nos abrigam com o manto do amor
E as cores que o brasão retrata
Ouro, prata, vermelho e anil
Representam suas riquezas,
E as virtudes de um povo gentil

*Barueri, uma paixão que se agiganta
Flor vermelha que encanta
O coração do meu Brasil*

Da cultura, és grande expoente
Do seu povo, és mãe, proteção
Aguerrida, bonita, pra frente
Bom exemplo pra toda nação

Vão erguendo troféus pelo mundo
Os seus filhos, seus bravos heróis
És a terra da felicidade
Que cantamos a uma só voz

*Barueri, uma paixão que se agiganta
Flor vermelha que encanta
O coração do meu Brasil*

Anexo 3: Resoluções do Legislativo sobre a Saúde no Município de Barueri.

Lei nº 49/1971	AUTORIZA O EXECUTIVO A ALINEAR POR DOAÇÃO, AO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, PARA COMPLEMENTAR A ÁREA NECESSÁRIA A CONSTRUÇÃO DE CENTRO DE SAÚDE.
Lei nº 312/1978	AUTORIZA O EXECUTIVO MUNICIPAL A CELEBRAR CONVÊNIO COM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. .
Lei nº 422/1982	A ABERTURA DE CRÉDITO ADICIONAL ESPECIAL NO VIGENTE ORÇAMENTO, NECESSÁRIO AO DEPÓSITO INICIAL DE DESAPROPRIAÇÃO DE ÁREA PARA INSTALAÇÃO DE UM CENTRO DE SAÚDE, NO BAIRRO DA CRUZ PRETA.
Lei nº 447/1983	AUTORIZA O EXECUTIVO MUNICIPAL A DOAR AO GOVERNO DO ESTADO A ÁREA DE TERRENO QUE ESPECIFICA, PARA A CONSTRUÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DO ENGENHO NOVO.
Lei nº 464/1984	AUTORIZAÇÃO PARA A PREFEITURA DE BARUERI A ADERIR CONVÊNIO QUE TEM COMO PARTICIPES, DE UM LADO, OS MINISTÉRIOS DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL E DA SAÚDE E O INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E O GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, PARA A IMPLANTAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROGRAMA DE AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE.
Lei nº 477/1984	AUTORIZA O EXECUTIVO A FIRMAR CONVÊNIO COM A SECRETARIA DA SAÚDE, VISANDO AO ESTABELECIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE E SANEAMENTO.
Lei nº 625/1987	A CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIO COM O GOVERNO DO ESTADO, PARA A MUNICIPALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA.
Lei nº 778/1991	"INSTITUI O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS"
Lei nº 779/1991	A COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E COMPETÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Lei nº 794/1991	DÁ NOVA REDAÇÃO AO "CAPUT" DO ARTIGO 2º, DA LEI Nº 779, DE 28 DE JUNHO DE 1991. (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE).
Lei nº 1149/1999	A COMPOSIÇÃO ORGANIZAÇÃO E COMPETÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS CORRELATAS. REVOGADA 2004.
Lei nº 1440/2004	A COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E COMPETÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS CORRELATAS. ALTERADA PELA LEI Nº 1650/2007.
Lei nº 1650/2007	DÁ NOVA REDAÇÃO AO INCISO VIII DO ARTIGO 2º DA LEI Nº 1440, DE 31 DE MAIO DE 2004. (COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E COMPETÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE)
Lei Complementar 180/2007	CRIAÇÃO DA SECRETARIA DA SAÚDE

Lei nº 1742/2008	INSTITUI OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BARUERI E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Lei nº 1743/2008	REESTRUTURA O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, CRIADO PELA LEI Nº 1.440, DE 31 DE MAIO DE 2004.
Lei nº 1710/2008	AUTORIZA O PODER EXECUTIVO MUNICIPAL A CELEBRAR CONVÊNIO COM O GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE.
Lei nº 1975/2010	AUTORIZA O PODER EXECUTIVO MUNICIPAL A CELEBRAR CONVÊNIO COM O GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.

Fonte: <http://www.camarabarueri.sp.gov.br/pesqlegis.asp>

Anexo 4: Comentários sobre Vetos da Emenda Constitucional 29.

Texto Vetado	Comentários
<p>§ 1º Na hipótese de revisão do valor nominal do PIB que implique alteração do montante a que se refere o caput, créditos adicionais deverão promover os ajustes correspondentes, nos termos do § 8º do art. 165 da Constituição Federal.</p>	<p>PERDA!!! COMENTÁRIO – GC:. Clareou ainda que não tenha se fixado as alterações conhecidas até que época. O entendimento hoje seria da correção das alterações conhecidas até o final do exercício em execução.</p> <p><u>Razões do vetos:</u> “O Produto Interno Bruto apurado a cada ano passa por revisões periódicas nos anos seguintes, conforme metodologia específica, de modo que a necessidade de constante alteração nos valores a serem destinados à saúde pela União pode gerar instabilidade na gestão fiscal e orçamentária.”</p>
<p>Art. 13. Os recursos de que trata esta Lei Complementar, enquanto não empregados na sua finalidade, deverão ser aplicados em conta vinculada mantida em instituição financeira oficial, nos termos do § 3º do art. 164 da Constituição Federal, sob a responsabilidade do gestor de saúde e de acordo com a legislação específica em vigor.</p>	<p>PERDA!!! Mais uma vez: os rigores para estados e municípios e as facilidades para a união. COMENTÁRIO – GC:. Assim tem sido cobrado de estados e municípios, mas nunca aplicado ao ministério da saúde. Agora será?</p> <p><u>Razão do veto:</u> “As propostas contrariam o princípio da unidade de tesouraria que orienta a contabilidade da União, nos termos do art. 164, § 3º da Constituição e da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.”</p>
<p>§ 1º As receitas financeiras decorrentes das aplicações referidas no caput deverão ser utilizadas em ações e serviços públicos de saúde, não sendo consideradas, no entanto, para fins de apuração dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar.</p>	<p>PERDA!!! Mais uma vez: os rigores para estados e municípios e as facilidades para a união. COMENTÁRIO – GC:. Clareou que não serão computados dentro dos mínimos as receitas de aplicação financeira.</p> <p><u>Razão do veto:</u> “As propostas contrariam o princípio da unidade de tesouraria que orienta a contabilidade da União, nos termos do art. 164, § 3o da Constituição e da Lei no 4.320, de 17 de março de 1964.”</p>
<p>§ 3º Para fim do previsto no caput, serão mantidas, separadamente, contas bancárias para o gerenciamento dos seguintes recursos, provenientes:</p>	<p>PERDA!!! COMENTÁRIO – GC:.Mudança nas atuais caixinhas e blocos – UFA!!!</p> <p><u>Razão do veto:</u> “As propostas contrariam o princípio da unidade de tesouraria que orienta a contabilidade da União, nos termos do art. 164, § 3º da Constituição e da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.”</p>
<p>II — das transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde;</p>	<p>PERDA!!!COMENTÁRIO – GC:. Transferências federais numa única conta. Inacreditável!</p>
<p>Art. 15. Os recursos provenientes de taxas, tarifas ou multas arrecadados por entidades próprias da área da saúde que integram a administração direta ou indireta dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deverão ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde pelas respectivas entidades, não sendo considerados, no entanto, para fim de apuração dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar.</p>	<p>PERDA!!! PERDA!!! PERDA!!! PERDA!!!Abençoa-se a união e aperta o cerco sobre estados e municípios que têm que contribuir sobre percentual da receita... e as taxas já correm por fora. COMENTÁRIO – GC:. O que sempre entendi e que o ministério da saúde sempre negou. Vamos ter mais alguns recursos federais pois aqueles provenientes de taxas e outros não serão computados nas bases mínimas de gastos com saúde. Serão recursos a mais: receita de taxas e multas, de venda de medicamentos (fiocruz – farmácia popular etc). Cabe uma grande polêmica: o recurso do seguro obrigatório que é receita própria e sempre foi incluído</p>

Texto Vetado	Comentários
	<p>para completar os mínimos.</p> <p>Razão do veto: “O dispositivo trata de maneira idêntica institutos jurídicos tributários distintos, regrados por leis específicas.”</p>
<p>§ 1º O montante correspondente ao percentual incidente sobre o produto da arrecadação direta dos impostos pelos entes da Federação, inclusive os previstos no inciso I do art. 157 e no inciso I do art. 158 da Constituição Federal, será repassado ao respectivo Fundo de Saúde até o 10º (décimo) dia do mês subsequente.</p>	<p>PERDA!!! PERDA!!! PERDA!!! COMENTÁRIO – GC:.. Data de transferência; Lamentavelmente aquilo que estava direta e automaticamente agora terá o prazo dilatado até o 10º dia do mês seguinte.</p> <p>Razão do veto: “As propostas contrariam o princípio da unidade de tesouraria que orienta a contabilidade da União, nos termos do art. 164, § 3º da Constituição e da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.”</p>
<p>§ 2º Os recursos correspondentes ao montante e aos percentuais incidentes sobre as transferências intergovernamentais previstas nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal serão repassados ao Fundo de Saúde na mesma data em que forem realizadas as respectivas transferências, podendo os Estados, o Distrito Federal e os Municípios optar, de forma expressa, pela modalidade automática de repasse à conta do Fundo.</p>	<p>PERDA!!! PERDA!!! PERDA!!! PERDA!!! COMENTÁRIO – GC:.. Transferências constitucionais ao chegarem ao ente (estado e município) deverão ser repassadas ao fundo de saúde na mesma data. Pode-se optar pela modalidade automática de repasse à conta do fundo.</p> <p>Razão do veto: “As propostas contrariam o princípio da unidade de tesouraria que orienta a contabilidade da União, nos termos do art. 164, § 3º da Constituição e da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.”</p>
<p>§ 4º Os recursos de que trata esta Lei Complementar serão recolhidos e movimentados até sua destinação final com gastos em ações e serviços públicos de saúde em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial, na forma do § 3º do art. 164 da Constituição Federal.</p>	<p>PERDA!!! PERDA!!! PERDA!!! COMENTÁRIO – GC:.. Já claro como acima.</p> <p>Razão do veto: “As propostas contrariam o princípio da unidade de tesouraria que orienta a contabilidade da União, nos termos do art. 164, § 3º da Constituição e da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.”</p>

Fonte: Gilson Carvalho, 2012.⁷⁸

⁷⁸Fonte: <http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2012/01/17/gilson-carvalho-vetos-da-presidenta-dilma-enterram-a-lei-que-regulamenta-ec-29/>

Anexo 5: Propostas da III Conferência Municipal de Barueri, 2006.

Segmentos	EIXOS		
	I: Promoção da Saúde com Qualidade	II: Proteção da Saúde	III: Recuperar a Saúde com Qualidade
Criança e Adolescente	1- Integração das Secretarias da Saúde e da Educação através de ações da saúde nas escolas, garantidas pela grade curricular.	1- Ampliar a cobertura de atendimento odontológico, adequando as equipes multiprofissionais, visando a educação e a prevenção;	1- Ampliar o horário de atendimento nas UBS até as 21 horas com todo serviço de apoio.
	2- Participação de representantes de outras secretarias na Conferência Municipal de Saúde, como convidados.		2- Articular política com a DIR V com Hospitais de referências para internação, cirurgias, gestante de alto-risco, UTI Neonatal, necessidades não disponíveis no Município.
	3- Criação de um centro integral de referência à criança e ao adolescente.		3- Adequação e contratação de equipe de apoio nos 03 (três) Pronto-socorros, (Enfermagem, Serviço Social, etc.).
	4- Utilizar instrumentos mais eficazes para divulgação das ações de prevenção da gravidez indesejada na adolescência, que acontecem nas UBS's.	2- Fortalecer, unificar e otimizar a equipe de educação em saúde nas atividades em toda a secretaria, adequando o número de profissionais e criando um núcleo atuante de educação em saúde;	4- Capacitar os profissionais da Saúde de forma continuada, criando um centro de capacitação/aperfeiçoamento de pessoal.
	5- Parceria formalizada entre o SAMEB e a Pastoral da Criança para ações em conjunto.		
	6- Criação de um centro de apoio e orientação às vítimas de violência.	3- Criação de unidades móveis de atendimento composta por profissionais (1 médico, 1 enfermeiro e 1 auxiliar de enfermagem) da própria UBS para as regiões/locais de difícil acesso (Ex.: Bairro dos Altos, Morro do Chapéu, etc.);	5- Criação de núcleo de reabilitação multidisciplinar para crianças e adolescentes com necessidades especiais, 01 por região de saúde (leste, oeste e sul) adequadamente equipada.
	7- Capacitação para os agentes comunitários de saúde, orientada a medidas de prevenção à saúde da criança e adolescentes.		
	8- Aumentar o número de consultórios odontológicos e da equipe de saúde bucal dentro das escolas.	4- Estabelecer mecanismo de referência e contra-referência, que garanta à gestante e/ou recém nascido, de alto-risco, a internação em hospitais de atendimento de alta complexidade;	6- Contratação de Fisiatra.
	9- Utilizar os agentes comunitários de saúde como meio eficaz de comunicação para divulgação dos serviços de saúde.		
	10- Criação de equipe multidisciplinar, atuando nos três distritos, de orientação e apoio a doenças sexualmente transmissíveis, ao tabaco, álcool e outras drogas.	5- A contratação de 1 hebiatra para cada distrito.	7- Contratação de médicos especialistas em doenças respiratórias, com assistência especializada através de programa DRI (Doenças Respiratórias Infantis).
	11- Equipe multiprofissional, atuando nos três distritos, de acolhimento e apoio à mãe adolescente.		
	12- Aumentar o número de agentes comunitários de saúde por Distrito.		

Anexo 6: Propostas da III Conferência Municipal de Barueri, 2006 (Continuação).

Segmentos	EIXOS		
	I: Promoção da Saúde com Qualidade	II: Proteção da Saúde	III: Recuperar a Saúde com Qualidade
Adulto / Idoso	13- Implementar o programa da saúde bucal através da ampliação do horário de atendimento em algumas UBSs	6- Garantir atendimento preferencial ao idoso na UBS / criando equipe direcionada;	9- Aumentar o quantitativo de veículos para tarefas logísticas nas três regiões de saúde (leste, oeste e sul)
	14- Implemento no programa da saúde bucal através do aumento no quadro de funcionários para atender a nova demanda (Dentistas , THD s e Auxiliares).	7- Orientação, educação, conscientização e divulgação de programas de proteção à saúde voltado para idosos e adultos junto às comunidades, bairros, igrejas, sociedades de amigos, UBS, escolas etc.;	
	15- Formação de comissão de articulação intersetorial, envolvendo as secretarias e o terceiro setor , a fim de desenvolver a promoção da saúde.	8- Aumentar o número de equipes compostas por dentistas, ACD e THD para melhorar e aumentar o atendimento da população incluindo o 3º turno de atendimento nas UBS.	
	16- Ampliação no programa de educação nutricional para toda a rede básica do município.	9- Descentralizar os procedimentos pertinentes de fisioterapia para os Distritos;	
	17- Ampliação do quadro e capacitação continua dos agentes comunitários, incentivando o desenvolvimento de tarefas que visem a conscientização da população em relação às políticas de promoção da saúde.	10-Proteção (diagnóstico e tratamento) da raça e etnia negra com relação às políticas para doenças como: anemia falciforme e outras (hemoglobinopatia); 11- Capacitar e desenvolver a educação permanente para os profissionais das UBS visando melhorar o acolhimento e assim garantir acesso aos serviços de saúde;	
	18- Ampliação do programa de atendimento domiciliar, feitos pelos médicos das UBSs.	12- Formação de rede de proteção à saúde da comunidade, composta por diversas secretarias do município, ONG's, escolas, bibliotecas, conselhos e outros espaços comunitários para fortalecimento e criação de estratégias;	10- Atendimento multidisciplinar visando a educação do paciente crônico incentivando a não desistência do tratamento.
	19- Descentralização do atendimento das especialidades básicas para portadores de necessidades especiais.	13- Oficializar na estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Município de Barueri a vigilância em saúde considerando tratar-se da principal área que visa a proteção da saúde. 14- Criação de um espaço para reuniões dos conselheiros gestores e municipais de saúde;	
	20- Ampliação do quadro da equipe de saúde mental.	15- Garantir o melhor acesso às referências da saúde da mulher;	11- Criar núcleos de Laborterapia.
	21- Inclusão da saúde mental em todos os programas de promoção de saúde do município.	16- Não ocorrer discriminação aos pacientes de HIV ao chegar para o exame de endoscopia e acabar sendo atendido por último;	

Anexo 7: A história de Barueri através das lentes fotográficas.

Foto 01: Largo São João Batista



Óleo sobre tela Largo São João Batista – Alaíde Di Pietro (acervo Sr. Joel Allemay Mingatos). Fonte: ELIAS SILVA, 1995.

Foto 02: Linha de ônibus municipal.



Fonte: Elias Silva, 1995.

Foto 03: Carnaval em 1947.



Fonte: Elias Silva, 1995.

Foto 04: Prédio do Serviço Médico de Assistência Social de Barueri.



Fonte: Elias Silva, 1995

Foto 05: Recepção da Emergência do P.A.A. Central de Barueri.



Fonte: Autora, 2012

Foto 06: Recepção da Ortopedia do P.A.A. Central de Barueri.



Fonte: Autora, 2012

Foto 07: Recepção Central do P.A.A. Central de Barueri.



Fonte: Autora, 2012

Anexo 8: Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Perguntas norteadoras da entrevista semiestruturada com a Coordenadora do Pronto Atendimento Adulto Central de Barueri:

1. Qual o papel do Pronto Atendimento Adulto Central no sistema de saúde municipal e regional?
2. Na visão da entrevistada qual o papel do Pronto Atendimento Adulto Central para a população municipal e regional?
3. Como a entrevistada identifica os problemas, pontos de estrangulamentos e aspectos positivos relativos ao acesso no Pronto Atendimento Adulto Central?
4. Como a entrevistada avalia a grande procura por atendimento no Pronto Atendimento Adulto Central?
5. Quais são os desafios do Pronto Atendimento Adulto Central hoje?
6. Quais medidas têm tomado para as situações do Pronto Atendimento Adulto Central?

Anexo 9: Formulário

Formulário de Identificação dos Usuários do P.A.A. Central

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

Recepção:

Horário:

1.1 **Período**

Manhã
 Tarde
 Noite
 Madrugada

1.2 **Dia da Semana**

Segunda Sexta
 Terça Sábado
 Quarta Domingo
 Quinta

1.3 **Condições Climáticas**

Sol/Seco Nublado
 Chuva Frio

2. PERFIL DO USUÁRIO

2.1 **Sexo**

Feminino
 Masculino

2.3 **Município de origem**

Barueri
 Carapicuíba
 Itapevi
 Jandira
 Osasco
 St. Parnaíba
 Pirapora
 São Paulo
 Outros

2.4 **Está trabalhando?**

Sim Registrado? Sim
 Não Não
 Desempregado
 Aposentado
 Do Lar
 Estudante
 Outros

2.2 **Idade**

00- 13 anos
 14 - 18 anos
 19 - 30 anos
 31 - 59 anos
 60 - 75 anos
 Mais de 75 anos

3. SAÚDE e ACESSO

3.1 O que o Sr. (a) está sentindo? _____ 3.1.1 Há quantos dias? _____

3.1.2 É o primeiro serviço que procura com esta queixa? Sim Não Motivo? (Multipla escolha)

Foi atendido em outro local e não mudou o quadro. Gosta do atendimento.
 Não gosta dos serviços de saúde do município de origem. É o mais próximo da residência.
 Deseja ser encaminhado para outro serviço em Barueri. Sempre procura este serviço.
 É o mais fácil de chegar com transporte público. Outros _____

3.1.3 Entende que a queixa pode ser atendida neste serviço? Sim Não Outros _____

3.2 Faz acompanhamento de alguma doença? Não Sim Qual? _____

3.2.1 Em que tipo de Serviço?

UBS Clínica Ambulatório Hospital Consultório Particular
 Outros _____

3.3 Utiliza alguma UBS? Sim

3.3.1 Sim com frequência? Quinzenal Mensal Trimestral Quando precisa

Outros: _____

3.3.2 Não. Motivo? (Multipla escolha) Os horários são incompatíveis.

Não recebe o atendimento que precisa. É preciso agendar e demora.
 É distante da residência. Não precisa.
 Não gosta do atendimento. Outros: _____

Observações

Anexo 10: Relação de Queixas

Queixa	Classificação/ Local Correto de Atendimento		Recepção de Entrada			Total
	Classificação	Local para Atendimento	EM	OR	PA	
Acidente de Trabalho	Trauma	Emergência		1		1
Alergia	Inespecífico	Depende do Tipo			1	1
Ânsia de Vômito	Aparelho Gastro Intestinal	Pronto Atendimento			2	2
Caroço no seio	Inespecífico	UBS			1	1
Cólica	Aparelho Gastro Intestinal	Pronto Atendimento			1	1
Cólica renal	Sistema Urinário	Emergência			1	1
Crise de Sinusite	Aparelho Respiratório	Pronto Atendimento			1	1
Depressão	Sistema Nervoso Central	UBS			1	1
Desmaio	Sistema Nervoso Central	Emergência			1	1
Diabetes e pressão alta	Doença Crônica	Pronto Atendimento	1			1
Diarréia	Aparelho Gastro Intestinal	Pronto Atendimento			1	1
Dor de cabeça	Sistema Nervoso Central	Pronto Atendimento			5	5
Dor de estômago	Aparelho Gastro Intestinal	Pronto Atendimento	1		4	5
Dor de garganta	Aparelho Respiratório	Pronto Atendimento			3	3
Dor forte no peito	Cardio Vascular	Emergência	1			1
Dor muscular	Osteoarticular	Pronto Atendimento			1	1
Dor na coluna	Osteomuscular	Pronto Atendimento			3	3
Dor na costela	Osteomuscular	Pronto Atendimento		1		1
Dor na mão direita	Osteomuscular	Pronto Atendimento		1		1
Dor na nuca	Sistema Nervoso Central	Pronto Atendimento			1	1
Dor na região pélvica	Aparelho Gastro Intestinal	Pronto Atendimento			1	1
Dor na Vesícula	Aparelho Gastro Intestinal	Emergência			1	1
Dor nas costas	Osteoarticular	Pronto Atendimento			9	9
Dor nas pernas	Osteoarticular	Pronto Atendimento		1		1
Dor no Abdome	Aparelho Gastro Intestinal	Depende da Intensidade			1	1
Dor no dedo com infecção	Infecioso	Pronto Atendimento			1	1
Dor no ombro	Osteomuscular	Pronto Atendimento			1	1
Dor no peito ao respirar	Aparelho Respiratório	Pronto Atendimento			1	1
Dor no pescoço	Osteomuscular	Pronto Atendimento		1		1
Dor no pulso	Osteomuscular	Pronto Atendimento		1		1
Dores no corpo	Osteomuscular	Pronto Atendimento			2	2
Enfartou	Cardio Vascular	Emergência			1	1
Erupção labial	Inespecífico	Pronto Atendimento			1	1
Espinho no dedo	Trauma	Emergência	1			1
Falta de ar	Aparelho Respiratório	Emergência			1	1
Febre e pressão baixa	Infecioso	Pronto Atendimento			1	1
Furúnculo	Infecioso	Pronto Atendimento	1			1
Garganta inflamada	Aparelho Respiratório	Pronto Atendimento			2	2
Gastrite nervosa	Aparelho Gastro Intestinal	Pronto Atendimento			2	2
Gripe	Aparelho Respiratório	Pronto Atendimento			1	1
Inchaço nos dedos	Infecioso	Pronto Atendimento		1		1
Infecção de urina	Infecioso	Pronto Atendimento			3	3

Queixa	Classificação/ Local Correto de Atendimento		Recepção de Entrada			Total
	Classificação	Local para Atendimento	EM	OR	PA	
Irritação nos olhos	Infeccioso	Pronto Atendimento			4	4
Lesão no joelho	Osteoarticular	Depende		1		1
Machucado no braço	Osteoarticular	Emergência		1		1
Machucou a perna e inflamou	Infeccioso	Pronto Atendimento			1	1
Manchas na perna	Dermatológico	UBS			1	1
Micose no dedo	Dermatológico	UBS			1	1
Moleza no corpo	Inespecífico	Pronto Atendimento			1	1
Mudança na voz e ouvido tampado	Infeccioso	Pronto Atendimento			1	1
Muita dor	Osteoarticular	Emergência			1	1
Palpitação e pressão alta	Cardio Vascular	Emergência			1	1
Pé inchado	Inespecífico	Pronto Atendimento		1	1	2
Perdendo o movimento dos braços	Sistema Nervoso Central	Emergência			1	1
Pressão alta	Cardio Vascular	Pronto Atendimento			1	1
Pressão baixa	Cardio Vascular	Pronto Atendimento			1	1
Pressão no peito	Cardio Vascular	Emergência			1	1
Queda de cabelo	Sistema Nervoso Central	UBS			1	1
Queda de pressão	Cardio Vascular	Pronto Atendimento			1	1
Resfriado	Aparelho Respiratório	Pronto Atendimento			1	1
Sangramento \ Gestante	Ginecológico	Emergência			1	1
Sangramento\ Mioma	Ginecológico	Emergência			1	1
Sangue nas fezes	Aparelho Gastro Intestinal	Emergência			1	1
Surdez	Otológico	UBS			1	1
Tontura	Sistema Nervoso Central	Pronto Atendimento	1		1	2
Torceu o braço	Osteoarticular	Pronto Atendimento			1	1
Torceu o pé	Osteoarticular	Pronto Atendimento		1		1
Tosse sem parar	Aparelho Respiratório	Pronto Atendimento			1	1
Transfusão de sangue	Hematológico	Pronto Atendimento	1			1
Total			7	11	82	100