

FUNDAÇÃO SANTO ANDRÉ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DE ENTIDADES
DA SOCIEDADE CIVIL

ROSA MARIA DE PAIVA LEAL
ROSA MARIA VANELI MOREIRA COIMBRA MASSEI

Márcio Coimbra Massei

A PRECARIEDADE DO ATENDIMENTO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO
NO MUNICÍPIO DE SOCORRO/SP

ATOR QUE DECLARA O PROBLEMA:

PREFEITO MUNICIPAL DE SOCORRO/SP

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Comissão Avaliadora
como exigência parcial para obtenção
do certificado de conclusão do curso
de Especialização Estado, Políticas
Públicas e Gestão de Entidades da
Sociedade Civil, pela Fundação Santo
André.

Monitora: Natália Fingermann

Santo André
2016

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar as diversas etapas do Planejamento Estratégico Situacional (PES) – técnica desenvolvida por Carlos Matus – na solução das dificuldades de atendimento à saúde nos pequenos municípios, a partir da observação detalhada de um caso concreto, ocorrido no Município de Socorro, Estado de São Paulo. Trata-se, assim, simultaneamente, de um exercício de planejamento e de um estudo de caso, uma vez que visa aplicar a técnica do PES às especificidades do Município escolhido. A análise recua ao ano de 2012, início da gestão municipal que se propôs a resolver o problema, e busca demonstrar como deveria ter sido realizado o planejamento para sua solução, seguindo a estrutura do PES preconizada por Matus, que prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas: os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional, com a observação detalhada dos pontos fundamentais a serem atacados – nós críticos – e abrangendo ao final, a análise dos atores e dos riscos e fragilidades a serem superados.

Palavras-chave: “Planejamento Estratégico Situacional”, “PES”, “Matus”, “Gestão Municipal”, “nó crítico”.

Sumário

1. Indicação da situação-problema e Fluxograma explicativo.....	4/1
Situação Problema	4 /1
Fluxograma Explicativo.....	9/1
2. Comentários analítico-conceituais sobre nós explicativos	1/2
3. Árvore do problema	1 /3
4. Plano de Ação	1 /4
5. Análise de Atores.....	1 /5
6. Análise de Riscos e Fragilidades	1 /6
7. Considerações Finais	1 /7
8. Referências bibliográficas.....	1 /8
Apêndices	IX
Anexos.....	X

1. INDICAÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA E FLUXOGRAMA EXPLICATIVO

SITUAÇÃO PROBLEMA

O presente estudo busca apresentar a técnica do Planejamento Estratégico Situacional desenvolvida por Carlos Matus¹ aplicada a um caso concreto: a situação em que se encontrava o atendimento da saúde pública no Município de Socorro/SP, ao final do período 2001/2012, época que se refere às sucessivas gestões do PSDB na cidade, com uma evidente visão neoliberal².

Trata-se, assim, simultaneamente, de um exercício de planejamento e de um estudo de caso, com a aplicação da técnica do PES às especificidades do Município escolhido.

A análise recua ao ano de 2012, início da gestão municipal que se propôs a resolver o problema, e busca demonstrar como deveria ter sido realizado o planejamento para sua solução, seguindo a estrutura do PES preconizada por Matus, que prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas: os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional, com a observação detalhada dos pontos fundamentais a serem atacados – nós críticos – e abrangendo ao final, a análise dos atores e dos riscos e fragilidades a serem superados.

O tema foi escolhido pelo grupo, em função de termos acompanhado todo o processo de sucateamento da saúde pública do município e de não se tratar de um caso isolado: idênticas dificuldades são encontradas em inúmeros pequenos

¹ Matus, C., 1993. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: IPEA.

² Para uma melhor compreensão das características desta visão recordemos Marilena Chauí: "Além disso, também é inegável, em toda parte, a fragilidade dos direitos políticos e sociais sob a ação do neoliberalismo, que opera pelo encolhimento do espaço público e alargamento do espaço privado ou do mercado, sob a forma da privatização e da chamada "desregulação econômica". A privatização não se refere apenas às empresas estatais e ao afastamento do Estado nas decisões econômicas, mas se refere sobretudo ao abandono dos investimentos dos fundos públicos nos serviços e direitos sociais, que passam a depender das leis do mercado (privatização da educação, da saúde, dos transportes, da habitação, da cultura, etc). Ao destinar os fundos públicos ao aumento da liquidez do capital para o desenvolvimento das novas tecnologias, o Estado neoliberal pôs em risco todos os direitos econômicos e sociais conquistados pelas lutas populares e socialistas. Além disso, a forma assumida pela economia destruiu os pilares do trabalho produtivo e tornou o desemprego estrutural. Assim, tanto a ação do Estado como a da forma econômica fizeram com que o direito à igualdade fosse substituído por uma desigualdade jamais vista, todas as sociedades se dividindo entre bolsões de miséria e bolsões de opulência.". (Revista Comunicação & Informação, v. 15, n. 2, p. 149-161, jul./dez. 2012)

municípios, dentro e fora do Estado de São Paulo, especialmente naquelas localidades que tiveram – ou ainda têm – uma gestão neoliberal, resistente à adoção dos diversos instrumentos disponibilizados pelos governos Lula e Dilma para sua solução.

Cientes de que a proposta do trabalho a nós apresentada limitava-se ao estudo do problema e propostas de solução – não incluindo detalhes sobre a efetivação destas propostas – apresentaremos, em apêndice, um breve resumo das medidas efetivamente adotadas, pretendendo, com isto, demonstrar a real possibilidade de superação das dificuldades a partir dos programas federais, implementadas a partir de 2013.

O ator social escolhido para protagonizar a questão é o Prefeito Municipal da Cidade de Socorro vez que as medidas propostas são decisões político-administrativas de sua competência e impactam, diretamente, a qualidade de sua gestão e a avaliação popular que pode obter.

O confronto entre duas visões de gestão pública – a neoliberal e a socialista³ – é tema central de todo o curso e a insuficiência das políticas neoliberais para o atendimento das necessidades da população – em qualquer área – pode ser observada no exemplo escolhido.

³ A possibilidade de uma visão socialista dentro do Estado Capitalista é analisada, entre outros, por Paul Singer, que assinala: "A discussão sobre o que entendemos por socialismo não se encerrou com o colapso da URSS nem com a capitulação de governos social-democratas ante o neoliberalismo. No PT, o tema vem sendo abordado em seminários que entram agora em sua terceira série. Ainda não há unanimidade, mas, das análises da experiência histórica, emergem novos conceitos de socialismo, um dos quais será exposto a seguir. A concepção de socialismo que está emergindo se funda na idéia de que ele será construído por iniciativa de comunidades e movimentos sociais, no seio da sociedade civil, e não a partir de um Estado governado por socialistas. O socialismo, para ser autêntico, não pode ser imposto. Ele tem de ser um opção livre dos que rejeitam a dominação e a exploração do trabalho pelo capital. O que significa que a célula da sociedade socialista é a empresa autogestionária, em que todos os que trabalham nela são possuidores do capital e têm os mesmos direitos de participar nas decisões. E a comunidade autogovernada, em que todos os membros são cidadãos e praticam a democracia participativa. Logo, a construção do socialismo pode de ser iniciada no seio do próprio capitalismo, aproveitando suas contradições maiores, que são o desemprego e a exclusão social. Desempregados e pessoas pobres, que nunca tiveram emprego regular, podem se unir para gerar trabalho e renda para si, adotando os princípios da economia solidária, que coincidem com os do socialismo. A luta política pelo socialismo continua sendo importante, pois a conquista de posições de poder permite fazer políticas econômicas e sociais de apoio à economia solidária, como bancos do povo, fomento à formação de cooperativas, programas de renda mínima, bolsa-escola etc. E políticas de apoio à democracia participativa, das quais o exemplo brasileiro mais relevante é o Orçamento participativo. Nessa nova concepção de socialismo, as conquistas históricas dos movimentos operário, feminista, ambientalista etc., do sufrágio universal ao direito de greve, de acesso gratuito à educação, à saúde etc., criaram instituições que contradizem a lógica do capital e, portanto, são implantantes socialistas." (Singer, Paul – Um novo conceito de socialismo - Coluna Tendências/ Debates – Jornal Folha de São Paulo - 06/11/2011.)

As propostas de solução, por outro lado, pretendem demonstrar a viabilidade de uma postura que coloque em primeiro lugar o bem estar da população, não sujeitando a administração às regras de mercado.

A viabilidade destas soluções a partir de programas criados ou aprofundados pelo governo federal nas gestões Lula e Dilma (Saúde da Família, Samu, Mais Médicos, etc.), será estudada no apêndice, como o que pretendemos, a tese estará demonstrada.

A avaliação aqui apresentada é, em grande medida, a avaliação que foi feita, de maneira pragmática e informal, quando da elaboração do programa de governo do candidato apoiado pelo PT nas eleições de 2012.

Naquela oportunidade a equipe encarregada da elaboração do plano de governo realizou algumas pesquisas qualitativas, para apurar qual, ou quais, eram os principais problemas da cidade identificados pela população.

O resultado indicou, com larga margem, o descontentamento com o atendimento da saúde pública.

O fato não surpreende, diante das características da cidade e das políticas adotadas pelas três gestões anteriores, conduzidas por prefeitos do PSDB, no período 2001-2012, com sua reconhecida visão de implantação do Estado Mínimo.

Socorro é um município com baixa renda per capita (PIB por habitante de aproximadamente R\$ 10.000,00/ano)

O município conta com cerca de 40.000 habitantes, e tem, como especificidade, o fato de que 1/3 desta população vive na zona rural, o que o torna o município com maior proporção de população rural no Estado de São Paulo, distribuídos em uma área total de 450 km².

Estes 1/3, aproximadamente 13.000 pessoas, vivem em bairros afastados (há cerca de 1.000 km de estradas rurais) e o transporte público é precário: apenas um ônibus circular conduz os cidadãos ao centro pela manhã e retorna no final da tarde.

Ao longo dos anos as sucessivas administrações foram construindo pequenos e precários Postos de Saúde, na zona rural, com atendimento às populações em um ou dois dias da semana. Era pouco, mas melhor que nada...

A partir de 2001 e até 2012, no entanto, Socorro foi administrada por prefeitos do PSDB, que, em seu melhor estilo neoliberal, entenderam que a saúde – bem como a educação – não deve ser prioridade da gestão municipal, podendo ser deixada para a iniciativa privada.

Foram desativados os Postos de Saúde da zona rural e, mesmo os programas federais voltados à saúde foram praticamente ignorados. Sequer o SAMU foi requerido, talvez para não permitir qualquer evidência da presença do governo federal na região, o que fortaleceria o PT e seus aliados.

Esta postura é mais um exemplo da aplicação do Consenso de Washington⁴, que preconiza a redução dos gastos públicos, reservando ao Estado um papel menor de mero garantidor do jogo do mercado.

As propostas inseridas no Plano de Governo, em relação à área de saúde, pretendiam reverter esta situação caótica, buscando, especialmente, a montagem de mais equipes de Saúde da Família e a inscrição no Programa Mais Médicos, ainda em fase embrionária.

⁴ Ficou conhecido como "Consenso de Washington" o documento final produzido naquela cidade, em novembro de 1989, como resultado de um encontro de diversos economistas latino-americanos liberais e membros do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Banco Mundial, do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Tesouro Americano. Na defesa dos interesses dos países credores, os organismos internacionais decidiram estabelecer as regras mínimas que deveriam ser cumpridas pelos países endividados para que tivessem acesso ao refinanciamento de suas dívidas pelos organismos internacionais. Estas regras mínimas foram consolidadas em dez tópicos: 1 - Disciplina fiscal; 2 - Redução dos gastos públicos; 3 - Reforma fiscal e tributária; 4 - Abertura comercial e econômica dos países, a fim de reduzir o protecionismo e proporcionar um maior investimento estrangeiro; 5 - Taxa de câmbio de mercado competitivo; 6 - Liberalização do comércio exterior; 7 - Investimento estrangeiro direto, eliminando as restrições; 8 - Privatização, com a venda das estatais; 9 - Desregulamentação, com o afrouxamento das leis de controle do processo econômico e das relações trabalhistas; 10 - Direito à propriedade intelectual.

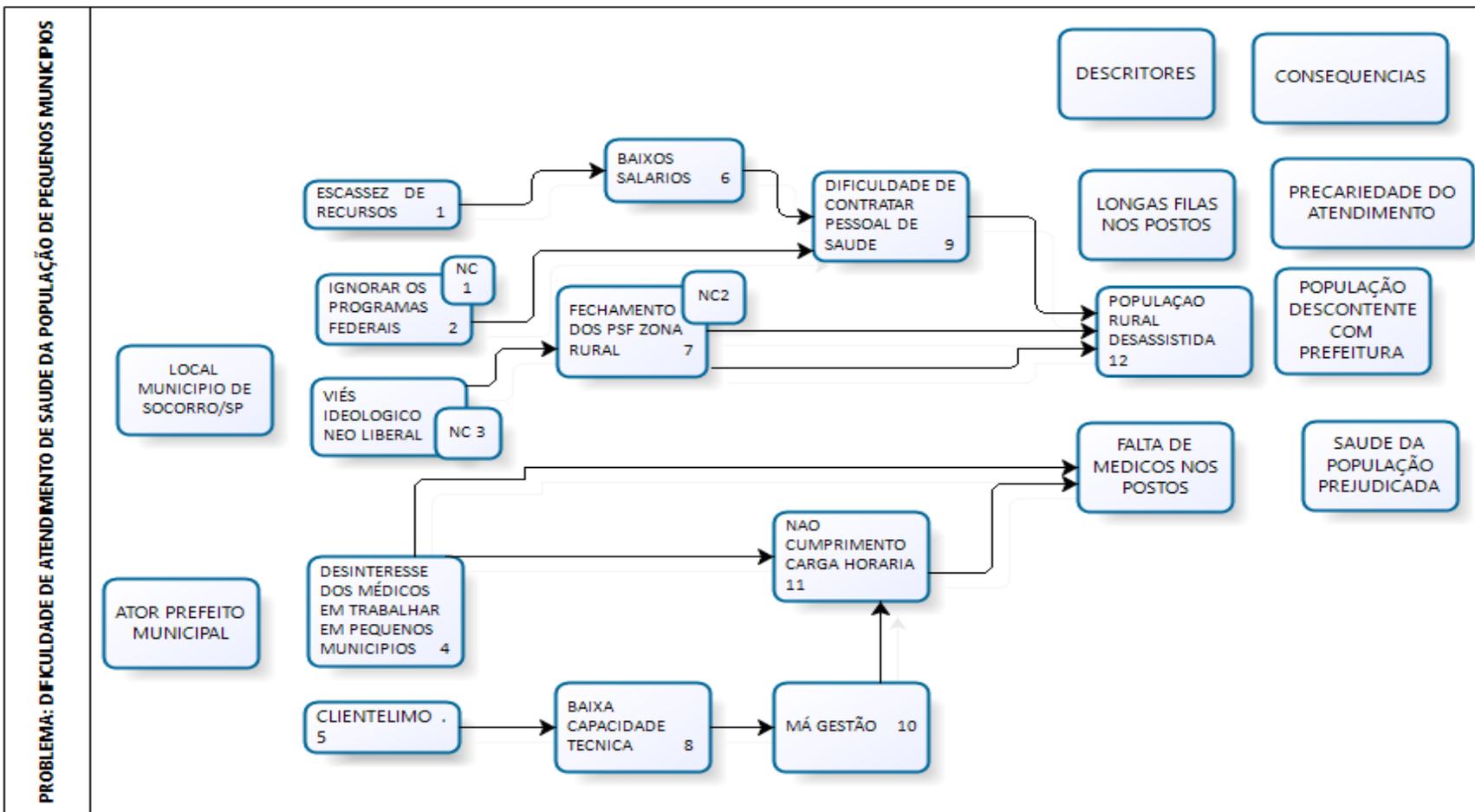
Parte destas propostas, em especial a idéia de aumentar o número de equipes de Saúde da Família, já havia sido defendida no Programa de Governo do candidato do PT à Prefeitura local, que foi derrotado ainda em 2004.

Todos estes programas, em verdade, – na medida em que contradizem a lógica do capital – representa um verdadeiro "implante socialista", no dizer de Paul Singer⁵, como vimos na primeira unidade do curso, e, por isto, entendemos relevante a análise que nos propusemos a fazer neste trabalho.

A continuidade da adoção de uma postura neoliberal na gestão da saúde de Socorro – caracterizada pela redução dos gastos públicos com a saúde – iria eternizar a precariedade do atendimento da população, especialmente nas áreas rurais. Este é o problema social mais evidente.

Em termos políticos, a opção do PSDB em adotar esta postura acabou sendo um fator muito relevante para a eleição de um candidato da oposição, que fez do tema sua principal bandeira de campanha e sua principal política de governo.

⁵ Singer, Paul – Um novo conceito de socialismo - Coluna Tendências/ Debates – Jornal Folha de São Paulo - 06/11/2011.



2. COMENTÁRIOS ANALÍTICO-CONCEITUAIS SOBRE NÓS EXPLICATIVOS

A análise do problema comporta diversas variáveis, que estão expostas no fluxograma acima.

Para melhor compreensão das questões levantadas passamos à sua análise individual, acompanhando a numeração do fluxograma:

1 – ESCASSEZ DE RECURSOS PRÓPRIOS:

Trata-se de uma questão recorrente nos pequenos municípios que, como Socorro, não dispõe de um parque industrial instalado. A vocação do município, avaliamos, é o desenvolvimento do turismo de aventura, especialmente em função do Rio do Peixe e das inúmeras cachoeiras.

A escolha do turismo como principal atividade não é facilmente compatível com a industrialização, o que dificulta uma solução para a arrecadação.

Os serviços de turismo – hotéis, pousadas, agências de programação – por outro lado, são tributados pelo ISSQN, de competência municipal, mas sua alíquota é relativamente reduzida, e sua fiscalização muito difícil.

Não escolhemos este nó explicativo como nó crítico porque não há, diretamente, poder de solução por parte do Prefeito, pelo menos em um curto prazo.

2 – IGNORAR OS PROGRAMAS FEDERAIS = NÓ CRÍTICO 1.

Intimamente relacionado ao nó explicativo anterior, este é o primeiro nó crítico que selecionamos.

Em verdade, não havendo suficiente arrecadação própria, a solução para a obtenção dos recursos para a saúde parece estar disponível por meio de programas federais de repasse específico para a área.

A utilização destes programas se caracteriza como nó crítico pelo alto impacto sobre o problema e, ainda, porque o Prefeito Municipal pode atuar diretamente sobre a questão, que não tem causas externas senão a própria decisão de governo.

Além disto, o ataque a esta questão é politicamente viável, com baixo custo e elevados benefícios.

Tratando-se de um nó crítico essencial cabe, aqui, uma explicação mais detalhada quanto ao conteúdo dos programas indicados.

2.a) Programa Saúde da Família.

Um dos mais importantes programas de saúde básica do mundo, o Programa Saúde da Família “nasceu da indignação pelo fato de que, no Brasil, o acesso aos serviços de saúde continuava precário ainda em 1993 e cerca de 1.000 municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico nessa época⁶”. (GIRADE, 2010, pg. 21).

As primeiras experiências a inspirarem o Programa foram registradas em Porto Alegre, São Paulo, Niterói, Recife, Cotia/SP, Planaltina/GO e Mambáí/GO. Destacamos aqui, em particular, duas experiências: a de São Paulo e a de Niterói, no Rio de Janeiro.

No final dos anos 1970, nas áreas mais carentes da periferia de São Paulo, havia um "forte movimento popular", coordenado pelas comunidades eclesiais de base, cujo objetivo era conseguir atendimento às reivindicações da população no tocante aos problemas de saúde mais elementares, como a existência de centros de saúde que garantissem a vacinação das crianças da área. A zona leste da cidade era a que exibia maior organização, com o chamado “Movimento de saúde da zona leste” (JATENE, 2010, pg. 11).

Em 1979, Jatene assume a Secretaria Estadual de Saúde e institui o Plano Metropolitano de Saúde, parcialmente financiado pelo Banco Mundial, que, “pela primeira vez em sua história, apoiava um projeto de saúde em região metropolitana” (*ibidem*). Em 38 meses de gestão foram construídas cerca de 100 unidades básicas na cidade de São Paulo. Nenhuma delas, contudo, tinha visitadoras. Só no Vale do Ribeira foi possível, com sucesso, implantar um programa de agentes de saúde.

⁶ Dados extraídos de:- Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Já o médico Flávio A. de Andrade Goulart destaca a segunda metade dos anos 1980, no governo Quéricia, como marco das experiências que abriram as portas para a ampliação da discussão sobre Medicina de Família e Atenção Primária à Saúde no Brasil. O então secretário estadual de Saúde, Dr. José Aristodemo Pinotti, iniciou contatos com consultores cubanos para trazer ao Brasil uma experiência que começava a despontar em Cuba – o médico de família.

A condução do projeto Médico de Família foi entregue à médica Eliane Dourado, que tinha experiência em projetos inovadores de natureza semelhante em município da Região Metropolitana da capital paulista e que também contribuiria, alguns anos depois, para a implantação do PSF nacional. A concepção era eminentemente cubana, ou seja, centrada em médicos generalistas residindo na própria comunidade, em prédios especialmente projetados, englobando moradia e consultório. Pouco mais de uma dezena dessas unidades foi construída, por volta de 1988, todas na periferia do município de São Paulo. (GOULART, 2010, pg.88)

A experiência de Niterói, no Rio de Janeiro, surge nos anos 70, com o Projeto Niterói, um espaço autônomo formado por técnicos de várias instituições e que haviam rompido com a Secretaria Municipal de Saúde. Nos anos 1980 esse projeto se aproxima novamente da SMS, com a presença da OPAS (Organização Panamericana de Saúde), iniciando aí um intercâmbio com Cuba.

Narra Flávio Goulart: (2010, pg.89)

Na seqüência, já com a SMS dirigida por um grupo de técnicos ligados ao Projeto Niterói, foram desencadeadas mudanças na política de saúde local, entre elas a municipalização geral dos serviços de saúde; a distritalização sanitária; a constituição de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços e a implantação do Programa Médico de Família (PMF), em 1991, o qual, como se verá, influenciará de forma marcante a criação do PSF nacional, três anos depois (TOMASINI, 1996; GOULART, 2007).

Um dos pilares fundamentais do PSF é a ação de agentes comunitários de saúde. E foi na gestão de Alcení Guerra no Ministério da Saúde (Governo Collor) que começou a ser estruturado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Quem conta é o dr. Adib Jatene (JATENE, 2010, pg. 12), ao falar sobre sua experiência de oito meses no MS, substituindo Guerra.

Nesse curto período, foi possível realizar a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que consagrou a descentralização que foi deflagrada na gestão de Jamil Haddad por Gilson Carvalho, que ocupava a Secretaria de Assistência à Saúde, que começou a implantar tipos de gestão municipal, desde a incipiente, o parcial, até a semiplena. O ministro Haddad foi substituído pelo Ministro Henrique Santillo, iniciando a implantação do médico de Família.

O Programa Saúde da Família nasce, assim, em dezembro de 1993, “como uma proposta ousada para a reestruturação do sistema de saúde, organizando a atenção primária e substituindo os modelos tradicionais existentes” (Ministério da Saúde, 2010, pg.8).

Em 2010, quando o Governo Dilma substituiu o Governo Lula, o Ministério da Saúde faz um balanço dos então 17 anos de história do Programa e afirma:

A história nos mostra que a decisão do Ministério da Saúde de investir nesse caminho foi acertada. Inicialmente um programa financiado por transferências convencionais de recursos, temos hoje uma estratégia de abrangência nacional em todos os Estados da federação e quase 100% dos municípios. A Saúde da Família tornou-se uma política de Estado e um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde.

O caminho até aqui não foi fácil e os desafios ainda são muitos, mas o trabalho desenvolvido por 238 mil agentes comunitários de saúde, 31 mil equipes de Saúde da Família e 19 mil equipes de Saúde Bucal, atuantes em todo o território nacional, com o apoio dos gestores locais, estaduais e federal, alcançou conquistas como a ampliação do acesso da população brasileira aos serviços de saúde, promoção da equidade e melhoria de indicadores de saúde. (Ministério da Saúde, 2010, Pg.8).

Naquele ano, 50% da população brasileira estavam incluídos na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Isso representava mais de 90 milhões de pessoas, sendo que 70 milhões destas também recebiam atendimento odontológico por meio do Programa Brasil Sorridente.

Ao fazer um balanço dessas duas décadas, o médico Flávio A. de Andrade Goulart, destaca:

O Programa Saúde da Família no Brasil (PSF), como toda política social, situa-se em um movimentado cruzamento de princípios e estratégias operacionais, em que são frequentes as contradições, de natureza político-ideológica ou conceitual. Sua implementação no País revela relações complexas entre os aspectos normativos, explicitados no processo de formulação pelo Ministério da Saúde, de um lado e, de outro, as inovações locais decorrentes de sua (re)formulação e implementação descentralizada. Pode-se dizer que o PSF surge no âmbito de um conflito entre a normatização dura, realizada pelo governo federal, e as iniciativas dos governos municipais, nas quais prevalecem a flexibilidade e as inovações de caráter local. (GOULART, 2010, pg. 102).

Como funciona o PSF

As equipes do PSF são multiprofissionais, compostas por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) também prevê a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde.

Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição.

Existem, ainda, Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais e as Unidades Básicas de Saúde Fluviais, direcionadas para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul-Mato-Grossense. (Site do Ministério da Saúde)

Diz a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):

“[...] III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

Do Financiamento da Atenção Básica

O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite. No âmbito federal o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o Bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do Bloco de financiamento de investimento. Seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas na RENASES e nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

[...]

1. Equipes de Saúde da Família (SF): os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrado no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

1.1. - Equipes de Saúde da família Modalidade 1: são as ESF que atendem aos seguintes critérios:

I - estiverem implantadas em municípios com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; e

II - estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido na alínea I e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

As equipes que na data de publicação desta Portaria recebem como modalidade 1 de financiamento, por qualquer um dos motivos listados abaixo não terão decréscimo do recurso repassado atualmente, ainda que não enquadradas nos critérios acima descritos:

I - pertencerem a municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS);

II - pertencerem a municípios que têm índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7; e

III - estiverem nas áreas do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - Pronasci.

1.2. Equipes de Saúde da família Modalidade 2: são as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Quando um município, por aumento da população, deixar de ter direito ao valor da modalidade 1, deverá ser realizada etapa de transição durante o ano da mudança que busque evitar a perda nominal acentuada de recursos do Bloco de Atenção Básica.

1.3. As equipes de Saúde da Família com diferentes inserções do profissional médico receberão recursos de acordo com sua modalidade e segundo a descrição abaixo:

1.3.1 2 (dois) médicos integrados a uma única equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do financiamento para uma equipe de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.2. 3 (três) médicos cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do financiamento para duas equipes de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.3. 4 (quatro) médicos com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais, de 03 equipes), com repasse integral do financiamento para três equipes de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.4. 2 (dois) médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse de 85% do financiamento para uma equipe de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.5. As equipes de Saúde da família na modalidade transitória: 01 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, o município receberá repasse mensal equivalente a 60% do valor do incentivo financeiro para uma equipe, sendo vedada sua participação no Programa de melhoria de acesso e da qualidade.

Quando as Equipes de Saúde da Família forem compostas também por profissionais de Saúde Bucal, o incentivo financeiro será transferido a cada mês, tendo como base:

I - a modalidade específica dos profissionais de Saúde Bucal (ESB) que compõem a equipe de saúde da família e estão registrados no cadastro do SCNES no mês anterior ao da respectiva competência financeira; e

II - a modalidade de toda a equipe de saúde da família, conforme descrito acima e relacionado às características dos municípios e da população atendida. Assim, se ela faz parte de uma equipe de saúde da família modalidade I tem 50% de acréscimo no incentivo financeiro específico.

[...]

2. Cálculo do Teto das equipes de atenção básica

Para o cálculo do teto máximo de equipes de saúde da família, de agentes comunitários de saúde, de equipes de saúde bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família a fonte de dados populacionais utilizada será a mesma vigente para cálculo do recurso per capita definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

A) Saúde da Família com ou sem os profissionais de saúde bucal: o número máximo de ESF com ou sem os profissionais de saúde bucal pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população/2400”.

2.b) Programa Mais Médicos.

Criado por meio da Medida Provisória nº 621, regulamentada pela Lei nº 12.871/2013, o Programa Mais Médicos⁷ nasceu sob forte polêmica, alimentada, sobretudo, pelas entidades de representação da categoria médica. Estas, ignorando a extrema necessidade da população mais vulnerável, moradora dos locais mais distantes e historicamente abandonadas à própria sorte, lançaram-se em campanhas midiáticas e performáticas que incluiu até ataques aos médicos cubanos em sua chegada ao Brasil.

Apesar dessa intensa oposição das entidades médicas, a Medida Provisória foi debatida na Câmara dos Deputados, submetida ao debate público em diversas audiências com todos os setores envolvidos e contou com massiva aprovação popular.

Com a Medida Provisória regulamentada, o Programa Mais Médicos passou a ser executado, transformando-se numa das mais importantes políticas de Estado implantadas no Brasil.

Antecedentes do Programa

Em toda a sua história, o Brasil viveu vários e graves problemas na área de saúde. Um deles era a falta de médicos e a má distribuição destes no país. Além disso, a formação acadêmica se limitava aos grandes centros e ainda sofria de um

⁷ Dados extraídos de: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros - Brasília, 2015.

viés elitista, sem enxergar as reais necessidades da maioria da população. Uma política de saúde voltada para a cura e não para a prevenção de doenças.

Com a expansão do SUS esses problemas foram agravados, levando a demanda a aumentar sem uma contrapartida efetiva da oferta. Em 2011, o governo Dilma decidiu enfrentar o problema da falta de profissionais de saúde como prioridade. Já no primeiro semestre daquele ano o Ministério da Saúde promoveu uma série de debates e eventos sobre o tema.

Foi criado o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab) com o objetivo de qualificar a formação dos médicos recém formados na Atenção Básica e, ao mesmo tempo, motivar e atrair médicos para esta atuação.

No final de 2011, o governo regulamentou a Lei nº 12.202/2010, que trata da possibilidade de um médico que se formou com o apoio do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), financiando parcial ou integralmente a mensalidade de estudantes que cursam graduação em escolas pagas, poderem abatê-la em função do tempo de atuação nas equipes da Estratégia de Saúde da Família nas áreas com maior necessidade de médicos apontadas pelo Ministério da Saúde. Assim, se este médico atuasse, por exemplo, dois anos numa equipe em área com necessidade, ele poderia abater em 24% a sua dívida total (1% ao mês).

A criação do Programa Mais Médicos foi acelerada em função de dois importantes acontecimentos: a manifestação de prefeitos de todo o país sob o lema “Cadê médicos?” e as gigantescas manifestações populares de julho de 2013. Essa política pública, que já estava sendo gestada, começou a ser efetivamente implantada.

O que é o Programa

O Programa fundamenta-se em três Eixos, conforme detalhado no livro “2 anos – Programa Mais Médicos Para os Brasileiros”, do Ministério da Saúde:

“O primeiro seria o Provimento Emergencial, chamado na Lei de “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, que tem o objetivo de promover na Atenção Básica em regiões prioritárias dos SUS, o aperfeiçoamento de médicos por meio de integração ensino-serviço, no qual durante um período determinado o profissional integra e atua

numa Equipe de Saúde da Família (ESF). É uma estratégia que, ao mesmo tempo em que garante atenção à saúde das populações destas áreas com maior necessidade e vulnerabilidade, investe na formação e na qualificação do conjunto dos profissionais envolvidos.

Outro Eixo é o Investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos de Saúde que está associada a uma série de iniciativas. Uma delas é o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde cujo objetivo é construir mais UBS e num novo padrão de qualidade e reformar e ampliar as já existentes.

Além disso, nesse investimento estão associadas iniciativas como a informatização das UBS com o Plano Nacional de Banda Larga e a implantação do novo sistema de informação da Atenção Básica, o SISAB, e a estratégia eSUS que inclui até mesmo prontuário eletrônico para o conjunto dos profissionais de saúde.

Por fim, o último Eixo é o relacionado à Formação Médica no Brasil. Nele temos um conjunto de medidas estruturantes em médio e longo prazos. De um lado propõe que a autorização para a criação de cursos de Medicina, públicos e privados, aconteça em função de critérios claros de necessidade social. No caso dos cursos privados, estabelece mudanças nas regras até então vigentes. O mesmo princípio de seguir as necessidades do sistema de saúde brasileiro é aplicado à residência médica e, para isso, foi criado o Cadastro Nacional de Especialistas para que se saiba “quem são”, “especialistas em que” e “como se formaram” e “onde estão e atuam” os especialistas do País. Além disso, neste Eixo estão medidas de qualificação da formação médica, tanto no âmbito da graduação quanto no das residências médicas”.

3 – VIÉS IDEOLÓGICO NEOLIBERAL = NÓ CRÍTICO 3

Este nó surge como uma das causas gerais do problema que – embora pré-existente, pelas demais razões aqui apontadas – muito se agravou nas gestões de Socorro no período 2000/2012.

De fato, a idéia de um Estado Mínimo, com a redução das despesas públicas e a correspondente redução dos serviços públicos, conduziu a um procedimento em que o "mínimo" era muito menos do que o suficiente. .

A idéia do Estado Mínimo está fundamentada no pensamento liberal clássico, formulado por Rousseau, Hobbes e Locke, especialmente, daí ser um dos pilares do hoje chamado "neoliberalismo".

O Contrato Social, na formulação de Rousseau, consiste em um amplo acordo pelo qual as pessoas abrem mão de parte de sua liberdade para obter a garantia da sua propriedade.

A abordagem é semelhante, em vários aspectos, àquela proposta por Hobbes e Locke, e se funda, também, na premissa de que, no momento da celebração do contrato, as antigas posses ficam congeladas nas mãos de quem as obtivera – pela força ou pela esperteza – e passam a ser legitimadas como propriedades pelo ente estatal criado no Contrato.

O Estado, para além da concepção de Rousseau, é, assim, o garantidor do pacto firmado e, em princípio, representa essencialmente o papel de garantidor da propriedade privada, vale dizer, da divisão das classes sociais, separadas entre os que detêm a propriedade e quem não a detém.

Já no século XX, autores ultraliberais como Von Mises, Milton Friedman e, sobretudo Von Hayek promoveram profunda alteração no conceito, ao associar liberdade a privatismo e, neste privatismo, ressaltar o papel do mercado, pois são concebidos como expressões da liberdade individual.

No Brasil, o neoliberalismo – e, com ele – a noção de "Estado Mínimo" começou a ter voz ainda no período militar.

É o que aponta Cláudio Antonio de Mauro⁸:

Com a derrocada do chamado "*socialismo real*" da Europa Oriental, no primeiro momento, generalizou-se a visão triunfalista liberal, proclamando a ideologia da livre concorrência, propugnando a extinção de toda e qualquer intervenção do Estado na Economia. No Brasil da metade de século passado, essas idéias vinham sendo vigorosamente defendidas, sob a liderança do senador Roberto Campos, ex-ministro dos governos militares. Seguidor de VON HAYEK, F.A., pensador austríaco que em 1974 foi contemplado com o Prêmio Nobel de Economia, Roberto Campos considerava que o Estado deve ser reduzido ao mínimo. Em entrevista concedida ao Jornal Folha de São Paulo, em 11 de abril de 1993¹⁶, indagado a respeito da existência de verdadeiros liberais no Brasil, o conhecido como "*Bob Fields*" desfecha que "*...existiam os falsos liberais...*" e, justifica "*...eles são liberais em política. Mas quando passa para o lado econômico eles são intervencionistas. E seguem diferentes vertentes: a assistencialista, a protecionista, a corporativista – tanto sindical como patronal.*"

⁸ Mauro, C. – Poder local e Desenvolvimento Economico – Seminário Europa e América Latina: Estratégias para o desenvolvimento na globalização - Peruggia - 10 a 14 de julho de 2003.

Assim, a cada novo momento de dificuldade no mundo capitalista, aparecem os profetas do liberalismo, tentando ver, na intervenção estatal, a origem destas crises e postulando a abstenção do Estado de qualquer intervenção na atividade econômica.

Buscam, assim, o retorno a um Estado Mínimo – o Estado apenas garantidor da propriedade da origem do liberalismo.

Tentam reintroduzir a idéia de que o mercado e sua "mão invisível" teriam condições de manter a economia funcionando e levariam, naturalmente, ao pleno emprego.

A proposta, naturalmente, tem um viés político: o que se pretende é o abandono da defesa de qualquer benefício às classes trabalhadoras: "farinha pouca meu pirão primeiro".

Este pensamento, é evidente, conduziu a uma gradativa redução nos gastos com saúde, e, conseqüentemente, na redução da qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Também aqui temos um nó crítico na medida em que tal pensamento gera um alto impacto sobre o problema e, naturalmente, porque o Prefeito Municipal pode atuar diretamente sobre a questão, que, novamente, não tem causas externas senão a própria decisão de governo.

Completa a caracterização do nó crítico o fato de que a solução desta questão é politicamente viável, com baixo custo e elevados benefícios.

4 – DESINTERESSE DOS MÉDICOS EM TRABALHAR EM PEQUENOS MUNICÍPIOS

O enfrentamento dos nós críticos acima referidos – Ignorar os programas federais e adotar um viés neoliberal na gestão – reduzem significativamente o problema de atendimento à saúde da população.

No momento da análise, porém - final de 2012 e início de 2013 – apenas estava disponível o Programa da Saúde da Família, visto que o Programa Mais Médicos estava ainda em elaboração, tendo sido editada a Medida Provisória 621, que o criou, apenas em julho de 2013.

De fato, mesmo com a adoção do programa e com uma visão mais socialista do Estado havia, naquele momento, uma dificuldade de levar médicos aos pequenos municípios, simplesmente porque, nestas localidades, não há a mesma facilidade de manter o emprego público e, ao mesmo tempo, praticar a clínica privada, muito mais rentável.

Por isto incluímos a questão do Programa Mais Médicos que, como visto acima, respondeu ao desafio de selecionar e alocar os médicos nas localidades em que estes eram realmente necessários.

5 – CLIENTELISMO

O Clientelismo é uma das faces do Patrimonialismo, que se caracteriza pelo trato da coisa pública como se fosse propriedade do governante.

De acordo com Caio Prado Junior⁹, o patrimonialismo, no Brasil, já se apresentava no início da colonização, devido ao fato de que, nesse período, a presença da Coroa portuguesa no território brasileiro foi residual, cabendo aos proprietários de terras, por intermédio das Câmaras Municipais, o exercício do poder político de fato. Sendo os colonos e donatários os detentores da autoridade pública a eles atribuída pela metrópole, estes apresentavam uma tendência

⁹ PRADO JR., Caio. Sentidos da colonização". In: Formação do Brasil Contemporâneo Formação do Brasil contemporâneo. São Paulo: Brasiliense, 1957.

inevitável a considerar que, em sendo eles o "Estado", os assuntos relativos a este último seriam, na sua percepção, assuntos de natureza privada.

Quanto ao conteúdo patrimonialista do Estado colonial luso, Raymundo Faoro¹⁰ nos informa que, quando da transmigração da família real portuguesa para o Brasil, no início do século XIX, foi reproduzida a estrutura administrativa portuguesa. O eixo da política era o mesmo, preservado por séculos: o reino deveria servir à camada dominante, ao seu desfrute e gozo.

No caso em análise, o patrimonialismo se apresenta como clientelismo, com a contratação, pelos governantes anteriores, de pessoas sem qualificação para a gestão da área de saúde, e mesmo de médicos amigos, para atendimento em horário parcial, o que gerou, ou pelo menos foi uma das causas, a baixa qualidade técnica da equipe e a má gestão, com as conseqüências que veremos adiante.

A longa tradição clientelista é de difícil superação, com efeitos políticos imprevisíveis, o que nos fez descartar este nó explicativo como nó crítico: A governança sobre ele é limitada.

6 – BAIXOS SALÁRIOS

Diante da restrição orçamentária – não compensada por recursos federais – a remuneração que o município oferecia aos médicos era pouco satisfatória, o que, evidentemente, contribuiu para a dificuldade de contratação de profissionais.

Para se ter uma idéia aproximada, basta considerar que mesmo agora, em 2016, os salários mais altos da Prefeitura – nível de Secretário Municipal – não passam de R\$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais). Em níveis imediatamente abaixo – ainda de Chefias – não chegam a R\$ 4.000,00 (quatro mil reais).

Toda a estrutura da Administração Municipal tem remuneração reduzida e, conseqüentemente, é difícil atrair pessoas qualificadas, médicos especialmente, mas

¹⁰ FAORO, Raymundo: Os donos do poder – Formação do patronato político brasileiro. Vol. 2. 10ª edição. São Paulo: Globo/Publifolha, 2000.

também outros profissionais da área de saúde, com capacitação técnica adequada, o que desencadeia os nós respectivos adiante, como indicado no fluxograma.

7 – FECHAMENTOS DOS POSTOS DE SAÚDE DA ZONA RURAL

= NÓ CRÍTICO 3

Este problema é bastante específico do Município de Socorro que, como já dito anteriormente, tem cerca de um terço da população na zona rural, espalhada por um território relativamente extenso para a população existente: menos de 40.000 pessoas vivendo em uma área de 448 km².

Fácil imaginar, assim, a dispersão desta população, e as dificuldades para acessar os Postos de Saúde centrais, a partir das mais remotas concentrações rurais, muitas vezes há mais de 30 quilômetros de distância, especialmente porque o transporte coletivo é extremamente precário.

Como também já mencionado, havia, até o início dos anos 2000, uma série de postos de saúde nas comunidades rurais que, embora funcionassem precariamente, apenas alguns dias da semana, serviam de alguma forma à população rural.

Os dois nós críticos antes apontados, visão neoliberal da administração e desconsideração dos programas federais, contribuíram imensamente para que estes Postos fossem fechados entre os anos de 2000/2010.

A solução desta questão, porém, pode ser vista de forma autônoma: ainda que de forma precária, seria possível manter os Postos de Saúde da zona rural funcionando – como antes de 2000 - o que justifica a escolha deste nó explicativo como crítico, uma vez que a reabertura, inicialmente com poucos recursos e atendimento limitado, dependeria de uma decisão do Prefeito Municipal, atuando diretamente sobre a questão, o que seria politicamente não apenas viável, mas extremamente positivo, com baixo custo e elevados benefícios.

8 – BAIXA CAPACIDADE TÉCNICA.

Em decorrência do clientelismo temos a baixa capacidade técnica da Secretaria de Saúde, o que provoca a má gestão, (NE 10) e, diante dos privilégios concedidos aos profissionais, o descumprimento da carga horária (NE 11), visto que os profissionais contratados para uma jornada de 6 horas cumpriam, quando muito, quatro horas de expediente, ocasionando filas e atendimento apressado, culminando com a precariedade do atendimento (NE 12).

9 – DIFICULDADES DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL DE SAÚDE

Paralelamente, e em decorrência da falta de recursos, não suprida pelos ignorados programas federais, os baixos salários ocasionam o agravamento das dificuldades em contratar profissionais, o que, por sua vez, é causa determinante da precariedade no atendimento, (conseqüência final) que aqui é apontada como o problema síntese de todas estas causas.

10 – MÁ GESTÃO

Uma máquina administrativa mal remunerada, e escolhida por critérios clientelistas e com baixa capacidade técnica não irá, evidentemente, prestar um serviço adequado, o que impacta negativamente na qualidade do atendimento à saúde.

11 – NÃO CUMPRIMENTO DA CARGA HORÁRIA.

Os médicos que atuam junto aos Postos de Saúde mantêm, em geral, também consultórios particulares.

Diante da facilidade que encontram estes profissionais – decorrente da má gestão, que não os fiscaliza – o mais freqüente é que a carga horária contratada seja descumprida, sem qualquer conseqüência pra os infratores, que atendem, no horário que seria de expediente normal, também em seus consultórios.

Mais um fator de agravamento no atendimento da saúde.

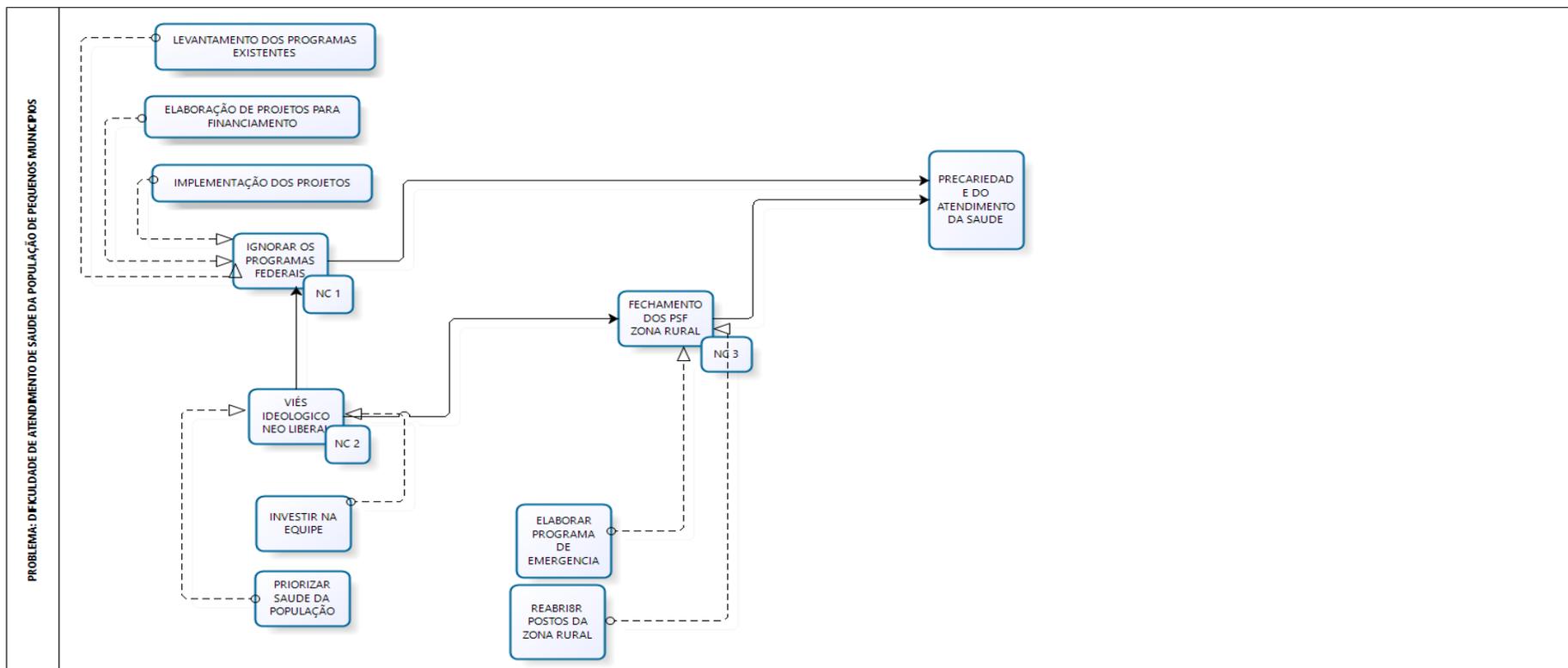
CONSEQUÊNCIA - PRECARIIDADE DO ATENDIMENTO À SAÚDE

Por todas estas razões, resultante de todas as causas apontadas chegamos ao nosso problema central, a precariedade do atendimento à saúde, que demanda solução pelo ataque, especialmente, aos nós críticos apontados.

Sua evidência poderia ser apontada nas enormes filas do Posto de Saúde Central, ou, se preferirmos um dado mais científico, pelo índice de cobertura básica à saúde, que era de apenas 37% (trinta e sete por cento) no início de 2013, de acordo com o Relatório apresentado à Conferência Municipal de Saúde ao final de 2015.

As ações que devem ser tomadas para a solução destas questões estão melhor evidenciadas na Árvore de Problemas a seguir, e no painel explicativo que a acompanha:

3. Árvore do problema



3.1. PAINEL 1 - Árvore de problemas

Nó Estratégico	Ações	Resultado das ações
NE 1 – Ignorar programas federais	1 – Levantamento dos Programas federais na área de saúde em andamento 2 – Elaboração de Projetos para angariar recursos federais para a saúde. 3 – Execução dos programas federais aprovados	Lista dos programas federais existentes Obtenção de Recursos financeiros para ampliar atendimento à saúde Construção/Equipamento de novas unidades de atendimento e Contratação de Médicos
NE 2 – Viés neoliberal	1 – Substituição e conscientização da equipe sobre o viés socialista. 2 – Discussão da proposta junto com a Comunidade 3 – Divulgação do andamento do projeto	Mudança de cultura da organização Formação de equipe comprometida com o projeto Obtenção de apoio da população e da classe médica
NE 3 – Fechamento de Postos de Saúde da Zona Rural	1 – Reabertura dos Postos de Saúde em zonas rurais 2 – Criação da Central de Agendamento. 3 – Contratação dos médicos por meio do Programa Mais Médicos.	Suprir atendimento emergencial na zona rural. Aprimorar a gestão da saúde rural do município Melhorar o atendimento à população rural

4. Plano de Ação

As ações previstas na árvore de problemas pretendem solucionar a questão de fundo, que é a precariedade do atendimento à saúde da população.

Os nós críticos selecionados presumem, naturalmente, um conhecimento prévio da situação.

Já se sabia, de antemão, da existência do Programa Saúde da Família e da promessa de uma solução para a falta de médicos interessados em trabalhar nas pequenas cidades, uma vez que o Programa Mais Médicos já se encontrava em gestação.

Sabia-se, também, que anos de gestão com foco neoliberal haviam criado uma mentalidade entre os funcionários da Prefeitura e mesmo em alguns setores da população no sentido de que a Prefeitura não teria como prioridade o atendimento às populações carentes, e, portanto, sabia-se que para o sucesso do novo programa seria necessária uma mudança de mentalidade, especialmente dentro da administração, mas, também, junto à população, em especial junto à classe médica que não via com bons olhos a ampliação da saúde pública em detrimento do atendimento privado.

A questão dos Postos de Saúde na zona rural foi selecionada como nó crítico tendo em vista dois objetivos: abrandar, desde logo, o problema nos locais em que suas conseqüências eram mais graves e, simultaneamente, conquistar a simpatia de parte considerável da população para a nova gestão, o que inibiria as reações adversas.

Cada Ação proposta, em cada nó crítico, implica em várias tarefas, como veremos nos quadros a seguir:

PAINEL 2 – DEFINIÇÃO DAS TAREFAS

NC 1 – IGNORAR PROGRAMAS FEDERAIS

O primeiro e mais vital nó crítico é o descabido procedimento das administrações anteriores que – por questões partidárias - decidiram não buscar recursos federais para a solução da questão de saúde.

Tomando posse, em janeiro de 2012, a nova Administração estava decidida a alterar esta situação e, então, delineou as ações gerais.

Inicialmente, seria necessário efetuar um levantamento do quadro geral dos programas federais existentes na área, e as condições para ter acesso a estes programas. Para realizar tal levantamento, porém, seria necessário escolher um Secretário de Saúde que "comprasse" a idéia, o que não era tão fácil considerando que grande parte da classe médica via com desconfiança os programas de ampliação do atendimento da saúde pública. Seria este Secretário que, devidamente orientado quanto às intenções da nova gestão, deveria fazer a pesquisa e o primeiro contato com Ministérios e Secretarias, colhendo as informações detalhadas.

Concluída esta primeira etapa, necessário seria discutir as alternativas com toda a equipe envolvida, trazendo o grupo para o apoio ao projeto, e, depois de selecionadas as opções, contratar empresa especializada para a elaboração do projeto de financiamento a ser enviado ao Ministério, já que, sabidamente, não teríamos pessoal capacitado para a tarefa nos quadros da Prefeitura.

Finalmente, necessário apresentar o projeto e acompanhar politicamente a liberação dos recursos e, quando liberados, providenciar as licitações necessárias e executar as obras.

Tudo isto, se possível, dentro do primeiro ano de mandato, aproveitando e mantendo o apoio popular depois das eleições, o que está demonstrado no quadro abaixo.

**PAINEL 2.1 – NC 1 – IGNORAR PROGRAMAS FEDERAIS
DEFINIÇÃO DAS TAREFAS**

Ação	Tarefas	Recursos Necessários	Prazos (meses)	Responsável
1 – Levantamento dos Programas Existentes	Nomear Secretário da Saúde com perfil adequado	Nenhum \$	15 dias até a posse	Prefeito Municipal
	Orientar Secretário sobre os objetivos almejados	Nenhum \$		Prefeito Municipal
	Pesquisa junto aos Ministérios e Secretarias Internet + Brasília	Passagem aérea, hospedagem = R\$ 10.000,00	1 mês	Secretario Municipal de Saúde
2 – Elaboração de Projetos para financiamento	Apresentação e discussão dos programas existentes	Nenhum \$ Espaço e material de apoio	10 dias	Secretario de Saude + Prefeito = discussão com a equipe
	Seleção de projetos e definição de prioridades	Nenhum	5 dias	Secretario de Saúde + Prefeito
	Contratar empresa especializada e indicar os programas	Verba contratação = 30.000,00	1 mês	Setor de licitações com supervisão do Secretario Municipal de Saúde
3 – Implementação dos Programas	Apresentar os projetos no Ministério – contato político	Passagem aérea, hospedagem = R\$ 10.000,00	15 dias	Prefeito Municipal
	Gestão para liberação dos recursos	Nenhum	1 mês	Prefeito + Deputados aliados
	Licitatar e realizar as obras necessárias e, ao final, receber os médicos e colocar tudo em funcionamento	Verba contratação = 30.000,00 = contrapartida. Restante = verba federal	6 meses	Secretaria de Administração (setor de licitações) + Secretaria de Obras (fiscalização)

NC 2 – VIÉS NEOLIBERAL

O segundo grande desafio a ser enfrentado pela Administração é um desafio essencialmente político: transformar os corações e mentes de toda a equipe da Prefeitura e da população da cidade.

O Brasil é um raro exemplo de responsabilidade pública pela saúde assumida constitucionalmente: o artigo 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, instituindo o princípio da universalidade no atendimento, ferozmente atacado pelos neoliberais, que acreditam, porque querem acreditar, que a saúde pode ser deixada a cargo das entidades privadas.

O objetivo aqui almejado é ambicioso e demanda Ações efetivas, desde a substituição de pessoas chave na Administração até a discussão da proposta com a comunidade e a divulgação permanente das etapas concluídas.

Para a seleção de pessoal com perfil adequado será necessária uma seleção rigorosa, com consulta às lideranças políticas locais afinadas com a linha de governo, submetendo os eventuais indicados a entrevistas que devem ser conduzidas pelo Secretário de Saúde, este já previamente escolhido pelo próprio Prefeito. Selecionadas as pessoas chave – chefias dos diversos serviços vinculados dentro da pasta da saúde – será necessário um treinamento específico, não apenas para capacitá-los, mas, principalmente, para conscientizá-los.

Para preparar a comunidade para as mudanças, bem como para o tempo que terá de esperar até que as melhorias sejam sentidas, necessária a ampla divulgação e discussão do programa em andamento, até mesmo para aperfeiçoar a proposta, o que demanda reuniões junto à sociedade civil e às comunidades de bairros.

Finalmente, é necessária a ampla divulgação do andamento das tratativas, contratações e obras, privilegiando sempre a transparência, de forma a adquirir a confiança da população.

Tudo isto está demonstrado no quadro abaixo.

**PAINEL 2.2 – NC 2 – VIÉS NEOLIBERAL
DEFINIÇÃO DAS TAREFAS**

Ação	Tarefas	Recursos Necessários	Prazos (meses)	Responsável
Substituição e conscientização da equipe	<p>Seleção de Pessoal com perfil adequado</p> <p>Capacitação e conscientização da equipe</p> <p>Elaboração de folders impressos sobre a importância da saúde</p>	<p>Recursos Humanos</p> <p>Cursos = 20.000,00</p> <p>5000 exemplares = R\$ 3.000,00</p>	1 mês	Secretário de Saúde
Discussão das propostas com a comunidade	<p>Organizar encontros nos Bairros</p> <p>Organizar encontros nas Organizações da Sociedade Civil</p>	<p>Transporte e material de apoio = 10.000,00</p>	1 mês	Toda a equipe comissionada da Secretaria de Saúde
Divulgação do andamento dos projetos	<p>Elaboração e distribuição de boletim mensal</p> <p>Inserção na mídia local impressa e on line</p>	<p>5000 exemplares = R\$ 3.000,00/mês</p> <p>R\$ 3.000,00/mês</p>	<p>Início ao fim do Projeto = 1 ano</p>	<p>Setor de Comunicações</p> <p>Chefe de Gabinete do Prefeito Municipal</p>

NC 3 – FECHAMENTO DOS POSTOS DE SAÚDE NA ZONA RURAL

O enunciado do problema – Fechamento dos Posto de Saúde na Zona Rural – é insuficiente para descrever adequadamente a questão.

Como já mencionado anteriormente, havia, no início da gestão, vários Postos de Saúde abandonados na zona rural, fechados que foram pelas seguidas gestões de viés neoliberal.

Antes deste fechamento, porém, os Postos funcionavam precariamente, com apenas um ou, às vezes, nenhum funcionário permanente, e com a presença de um médico apenas uma ou duas vezes por semana.

O resultado do fechamento destes precários Postos de Saúde, no entanto, foi avassalador: para agendar um atendimento médico era necessário que os pacientes se dirigissem à cidade na véspera do pretendido atendimento, dormindo nas imensas filas que se formavam na calçada do Posto de Saúde Central. Se assim não fizessem, não teriam como ser atendidos pois o único ônibus que faz a ligação zona rural- cidade somente chegaria pela manhã depois de esgotadas todas as senhas de atendimento daquele dia.

O espetáculo destas filas era dantesco e foi, possivelmente, um fator importante para a opção eleitoral da população, quebrando uma seqüência de governos neoliberais.

O novo governo decidiu adotar duas ações emergenciais: a reabertura, ainda que precária, dos Postos de Saúde da zona rural e a criação de uma central de agendamento antecipado, aberta o dia todo, com agendamento para vários dias consecutivos, a fim de evitar as filas e organizar atendimento.

O procedimento está descrito no quadro abaixo:

PAINEL 2.3

NC 3 – FECHAMENTO DOS POSTOS DE SAÚDE NA ZONA RURAL

Ação	Tarefas	Recursos Necessários	Prazos (meses)	Responsável
Reabertura dos Postos de Saúde	Recuperar Instalações	R\$ 50.000,00	2 meses	Secretaria de Obras
	Recuperar equipamentos	R\$ 30.000,00	2 meses	Secretaria de Saúde e de Administração – setor de Compras
	Fazer escala de médicos	Não envolve \$	2 meses	Secretário de Saúde
Criação da Central de Agendamento	Recuperar próprio municipal desocupado	R\$ 20.000,00	1 mês	Secretaria de Obras
	Mobiliário o espaço	R\$10.000,00		Secretaria de Saúde e de Administração – setor de Compras
	Designar funcionários	Recursos Humanos		Secretário de Saúde

5. Análise de Atores

Toda a estrutura da Prefeitura estará envolvida no Projeto, o que implica em uma gerência de recursos humanos cuidadosa, especialmente levando em consideração que a meta é ambiciosa, e a equipe toda é inexperiente, estando nos primeiros meses de governo.

Destacamos, para esta análise, os nós críticos 1 e 3, respectivamente "Ignorar os Programas Federais" e "Fechaamento de Postos de Saúde na Zona Rural" vez que o nó crítico 2 – Viés Neoliberal" é um trabalho de amplitude muito maior, com envolvimento de inúmeros atores, dentro e fora da Prefeitura e duração ilimitada, visto que permanente.

Além da estrutura interna – cujo envolvimento em cada uma das ações está detalhado nos quadros seguintes – há que considerar o contexto social e político em que se desenvolverá o projeto.

Devem ser considerados os meios de comunicação locais: a rádio e o jornal locais, que são atores importantes na formação da opinião pública.

Quanto à rádio, embora pertença a família que tem certa simpatia pelas gestões progressistas, tendo, inclusive, apoiado a candidatura do Prefeito eleito, tem o inconveniente de ter seu principal locutor – de programa que atinge a zona rural – com postura nitidamente conservadora. O Jornal, por outro lado, pertence à família da ex-Prefeita, do PSDB.

Para superar estes obstáculos será necessária comunicação própria da Prefeitura junto à comunidade, especialmente rural, e ajuda da Câmara de Vereadores, em que nosso governo tem maioria absoluta.

ATORES PARA O NÓ CRÍTICO 1 – IGNORAR PROGRAMAS FEDERAIS

PAINEL 3.1

Ação 1.1 – Levantamento dos Programas Existentes

Ator	Recursos que controla	Limitações/ Vulnerabilidades	Como pode contribuir?	Como pode prejudicar?	Como atuar em relação a este Ator?
Secretário de Saúde	Estrutura da Pasta	Inexperiência político/administrativa	Esforço pessoal para localizar os programas e efetuar os contatos preliminares em Brasília	Não compreender o procedimento e não conseguir visualizar as opções.	Orientar quanto aos tramites administrativos e aspectos políticos
Gabinete do Ministro da Saúde	Informações quanto aos programas e condições de acesso	Não tem estrutura preparada para informar com precisão	Designando funcionário qualificado para passar as informações	Postergando as informações ou dando informações incompletas	Tentar acesso político para melhor atendimento.
Deputados da base aliada	Contatos no Ministério da Saúde	Excesso de demanda de municípios	Facilitando o acesso aos dados	Ignorando a representação do município	Prefeito entrar em contato pessoalmente

PAINEL 3.2

Ação 1.2 – Elaboração de Projetos para financiamento

Ator	Recursos que controla	Limitações/ Vulnerabilidades	Como pode contribuir?	Como pode prejudicar?	Como atuar em relação a este Ator?
Prefeito Municipal	Comando da Maquina Pública Municipal	Sem experiência anterior na gestão municipal	Traçar objetivos e direcionar a equipe	Não capacitar a equipe e não alocar os recursos necessários	Pressão da sociedade civil
Secretario de Saúde	Liderança na equipe e recursos financeiros da Secretaria	Equipe com alguns membros antigos não alinhados com a proposta	Conquistar a colaboração da equipe	Deixar de passar todas as informações à equipe	Prefeito deve orientar sua atuação, traçando as metas
Equipe da Secretaria de Saúde	Conhecimento técnico das dificuldades	Desconhecimento dos Projetos Federais	Indicará as melhores opções entre os programas disponíveis	Não apresentando opiniões refletidas	Envolver no projeto fornecendo informações
Secretaria de Finanças	Processamento da liberação de verbas para contratação de empresa que fará o projeto	Orçamento anterior já existente	Remanejamento de verbas	Demorar com os procedimentos necessários	Determinar que projeto tenha tratamento prioritário
Secretaria de Administração (setor de licitações)	Processamento das Licitações	Inexperiência em licitações	Agilizando as licitações	Montar editais inadequados	Revisar os Editais antes da publicação

PAINEL 3.3 - Ação 1.3 – Implementação dos Programas

Ator	Recursos que controla	Limitações/ Vulnerabilidades	Como pode contribuir?	Como pode prejudicar?	Como atuar em relação a este Ator?
Prefeito Municipal	Contato no Ministério da Saúde	Recém empossado	Levar projeto para aprovação no Ministério	Não convencer Ministério da urgência	Prefeito deve dispor de todas as informações e argumento
Deputados da base aliada	Acesso ao Ministério	Excesso de demanda de municípios	Conduzir Prefeito pelo Ministério e pedir prioridade	Não dar prioridade ao Município	Deixar claro o que se espera dele
Secretaria de Finanças	Processamento da liberação de verbas para contrapartida	Orçamento anterior já existente	Remanejamento de verbas	Demorar com os procedimentos necessários	Determinar que projeto tenha tratamento prioritário
Secretaria de Administração (setor de licitações)	Processamento das Licitações	Inexperiência em licitações	Agilizando as licitações	Montar editais inadequados	Revisar os Editais antes da publicação
Secretaria de Obras	Fiscalização dos Serviços	Pessoal pouco capacitado	Fiscalizando adequandamento	Não fiscalizando	Determinar atenção máxima do Secretário
Departamento de Pessoal	Contratação das equipes de Saúde da Família	Inexperiência	Divulgando concurso público e efetivando contratação	Atrasando o procedimento	Determinar atenção máxima do Secretário
Secretaria de Saúde	Equipe de Saúde	Equipe nova	Colocando pessoal para trabalhar	Deixar pessoal sem orientação	Determinar atenção máxima do Secretário
Médicos da cidade	Pessoas influentes na Comunidade	Maioria nunca atendeu a contento	Aceitando o Programa	Falando mal do programa	Cooptar os mais preocupados com a população
Jornal da Cidade	Influencia Opinião Pública	Pertence à oposição	Não se envolvendo	Criticando o Programa	Divulgação própria da Prefeitura

ATORES PARA O NÓ CRÍTICO 3 – FECHAMENTO DOS POSTOS DE SAÚDE**PAINEL 3.4****Ação 2.1 – Reabertura dos Postos de Saúde**

Ator	Recursos que controla	Limitações/ Vulnerabilidades	Como pode contribuir?	Como pode prejudicar?	Como atuar em relação a este Ator?
Secretário de Obras	Fiscalização dos Serviços	Pessoal pouco capacitado	Fiscalizando adequamento	Não fiscalizando	Determinar atenção máxima do Secretário
Secretário de Administração	Processamento das Licitações	Inexperiência em licitações	Agilizando as licitações	Montar editais inadequados	Revisar os Editais antes da publicação
Secretário de Saúde	Equipe de Saúde	Equipe nova	Elaborar escala de médicos para zona rural	Não convencer os médicos da necessidade	Apoiar
Radio Local	Influência na Zona Rural	Programa mais popular = apresentador de Direita	Informando do andamento dos projetos	Criticando o projeto	Pedir espaço ao dono da radio que é simpatizante
Jornal local	Influência na Zona Urbana	Pertence à oposição	Informando do andamento dos projetos	Criticando o projeto	Divulgação própria da Prefeitura
Comunidades dos Bairros Rurais	É o público alvo	Pouco acesso à informação	Apoiando o projeto	Criticando o projeto	Informar pela rádio e comunicação própria da Prefeitura
Câmara de Vereadores	Influência entre cidadãos	Prefeito tem maioria	Apoiando o projeto	Criticando o projeto	Manter sempre vereadores informados.

PAINEL 3.5

Ação 2.2 - Criação da Central de Agendamento

Ator	Recursos que controla	Limitações/ Vulnerabilidades	Como pode contribuir?	Como pode prejudicar?	Como atuar em relação a este Ator?
Secretário de Obras	Fiscalização dos Serviços	Pessoal pouco capacitado	Fiscalizando adequamento	Não fiscalizando	Determinar atenção máxima do Secretário
Secretário de Administração	Processamento das Licitações	Inexperiência em licitações	Agilizando as licitações	Montar editais inadequados	Revisar os Editais antes da publicação
Secretário de Saúde	Equipe de Saúde	Equipe nova	Selecionar pessoal com perfil para a Central de Agendamento	Selecionando pessoal inadequado	Explicar o tipo de atendimento e características desejadas do pessoal
Radio Local	Influência na Zona Rural	Programa mais popular = apresentador de Direita	Informando como funciona o agendamento	Ignorar o serviço	Pedir espaço ao dono da radio que é simpatizante
Jornal local	Influência na Zona Urbana	Pertence à oposição	Informando como funciona o agendamento	Ignorar o serviço	Tratar como divulgação de utilidade pública
Câmara de Vereadores	Influência entre cidadãos	Prefeito tem maioria	Apoiando o projeto	Criticando o projeto	Manter sempre vereadores informados.

6. Análise de Riscos e Fragilidades

Os maiores riscos na condução do processo já foram comentados em alguns pontos deste trabalho.

Em primeiro lugar a própria inexperiência da equipe de governo, ainda em início de mandato e sem envolvimento direto em administrações anteriores nos últimos 12 anos. Isto terá de ser superado com o tempo, aprendendo com os próprios erros.

Outro aspecto evidente a considerar é a dependência quase total dos recursos do governo federal para as tarefas propostas. É uma aposta que vale a pena, uma vez que, ao menos em princípio, todo o programa deve estar implantado ainda na gestão presidencial 2012/14, que ampliou o âmbito dos programas que serão utilizados.

Em termos políticos, a pressão que se pode esperar é a da classe médica, desconfiada da conquista de espaço pela saúde pública e acostumada com privilégios quando dela participa (muitos médicos atuam na saúde pública sem cumprir horários regulares, ficando parte do tempo em seus consultórios particulares).

As dificuldades de comunicação, enfim, são outro risco a ser considerado, uma vez que o Jornal local é da oposição, e o programa de rádio mais popular é conduzido por um locutor que desconfia de tudo que venha do governo federal.

Na Câmara Municipal, embora tudo esteja favorável no início da gestão, será necessário administrar conflitos entre vereadores da própria base, que inclui 11 partidos muito diferentes entre si, em um espectro que vai do PT ao DEM.

PAINEL 4 – ANÁLISE DE RISCOS

Perguntas orientadoras:	Análise da equipe
Ações propostas podem gerar efeitos indesejáveis?	Não há efeitos ambientais ou físicos na reabertura dos Postos da Zona Rural, ou na abertura de novas equipes de Saúde da Família. O único pequeno problema pode ocorrer nas vizinhanças do novo Centro de Agendamento, que deverá ser instalado em região central e pode, inicialmente, incomodar os vizinhos.
Existem aspectos técnicos, jurídicos ou políticos nas ações propostas que podem gerar efeitos negativos?	O aspecto negativo mais relevante é político, uma vez que a oposição de direita não aceita a melhoria do atendimento público à saúde. É um conflito velado, que deve ser tornado explícito por todos os meios para buscar o apoio da população. Na segunda etapa, com a vinda de médicos estrangeiros, o mesmo ocorre: a classe médica será contrária, por corporativismo, e isto deve ser claramente exposto à população.
Qual o principal ponto fraco do projeto e como solucionar?	A prioridade à saúde, mesmo com forte apoio do governo federal, implica em direcionamento de recursos em detrimento de outras áreas. Podem faltar recursos para reurbanização, cuidado com as estradas rurais, etc. A solução é, novamente, tentar apoio na esfera federal, por meio de programas específicos para estas atividades, no Ministério das Cidades e no Ministério do Desenvolvimento Agrário.
Como garantir a implementação das ações?	Aparentemente é uma questão de persistência e de correto procedimento. Logicamente um apoio de parlamentares da base governista pode ajudar a acelerar o processo.
Os recursos disponíveis são suficientes?	São suficientes para a realização das metas estabelecidas, desde que seja obtido o financiamento do governo federal para a instalação e manutenção dos Postos da Saúde da Família, com o pagamento, inclusive, da maior parte do custeio, e, com a implantação do Programa Mais Médicos, ainda ficará melhor. De todo modo, a adoção destas prioridades implica em realocação de recursos de outras áreas, que terão de ser contemplados por outros meios

7. Considerações Finais

A reflexão aqui estudada reflete o que deveria ter sido feito em 2012, na posse do Prefeito Municipal de Socorro, disposto que estava a resolver a questão da saúde no município, e contando com o apoio do PT em sua base.

Importante destacar que os problemas apresentados ocorreram, de fato, no Município de Socorro entre os anos 2001/2012, e que o encaminhamento de sua solução correu a partir da posse da nova gestão, em janeiro de 2013.

Houve atraso na implantação do projeto, seja por inexperiência da equipe, seja por dificuldades de acesso ao Ministério da Saúde.

O projeto, no entanto, com todas as dificuldades, decolou de vez com a edição do Programa Mais Médicos, que levou à cidade cinco médicos cubanos excepcionais, que foram alocados nos Postos de Saúde da Família que já estavam em construção pelo PSF.

As equipes foram montadas e os resultados foram expressivos.

Houve – e há, anda – forte resistência da classe médica, mas o sucesso entre a população impede que estes se manifestem com mais ênfase.

Os contratos dos Médicos Cubanos foram iniciados em março de 2014 e vão se extinguir em março de 2017.

No período mais recente tivemos a grave crise política que culminou, no momento em que redigimos este trabalho, com o afastamento de Presidente Dilma e de todo um projeto de país.

A incerteza é imensa.

Não sabemos se A Presidente poderá voltar - dadas as barbaridades que vem sendo cometidas pelo interino – e não sabemos, mesmo, se, voltando, conseguirá governar com um Congresso ostensivamente hostil.

Como serão as verbas dos Programas Federais nos próximos anos? Os programas serão mantidos?

A última notícia que temos da Prefeitura de Socorro é que mesmo a verba do SAMU – mantido, em boa parte pelo Governo Federal – está suspensa.

A frente de batalha, agora, é outra: recuperar a Presidência e conduzir o Brasil à conquista de uma sociedade justa e solidária, sem o que nada do que aqui foi estudado terá sentido no futuro.

A luta continua.

8. Referências bibliográficas

CHAUÍ, Marilena - Democracia e sociedade autoritária¹ Revista Comunicação & Informação, v. 15, n. 2, p. 149-161, jul./dez. 2012).

FAORO, Raymundo: Os donos do poder – Formação do patronato político brasileiro. Vol. 2. 10ª edição. São Paulo: Globo/Publifolha, 2000.

GOULART, F. A. A. Saúde da Família no Brasil: boas práticas e ciclos virtuosos. Uberlândia: Ed. EDUFU, 2007.

MATUS, C., 1993. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: IPEA.

MAURO, C. – Poder local e Desenvolvimento Econômico – Seminário Europa e América Latina: Estratégias para o desenvolvimento na globalização - Peruggia - 10 a 14 de julho de 2003.

Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros - Brasília, 2015.

PINTO, H. Artigo Jornal Direito de Opinião. Rio de Janeiro. 2016

PRADO JR., Caio. "Sentidos da colonização". In: Formação do Brasil Contemporâneo Formação do Brasil contemporâneo. São Paulo: Brasiliense, 1957.

SINGER, Paul – Um novo conceito de socialismo - Coluna Tendências/ Debates – Jornal Folha de São Paulo - 06/11/2011.

TOMASINI, H. Entrevista concedida a F. A. A. Goulart em 12 de fevereiro de 1996.