Parte 1: Introdução ao Sistema Único de Saúde (SUS) Organizando o SUS

Lana Bleicher
Taís Bleicher

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BLEICHER, L., and BLEICHER, T. Organizando o SUS. In: *Saúde para todos, já!* [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 55-68. ISBN 978-85-232-2005-1.
<https://doi.org/10.7476/9788523220051.0005>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

ORGANIZANDO O SUS

CAMPANHAS E PROGRAMAS

Uma das primeiras formas de intervenção na saúde da coletividade foi a campanha. Campanha lembra o quê? Lembra exército, guerra: campanha militar. Campanhas de saúde eram ações que em muito lembravam campanhas militares: centralizadas, direcionadas contra um inimigo bem definido – uma epidemia, em relação às quais não cabia nenhuma contestação. Vamos lembrar um pouco de dois famosos campanhistas: Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e Rodolfo Teófilo, no Ceará.

Através do esforço de sua brigada mata-mosquito (atente bem para o nome: brigada), Oswaldo Cruz conseguiu eliminar a febre amarela no Rio de Janeiro. Seus homens lutavam contra águas paradas, cortiços insalubres. Rodolfo Teófilo, por sua vez, erradicou a varíola no Ceará por meio de uma campanha com vacinas que ele próprio fabricava.

A História registra que, tanto num caso como noutro, os objetivos sanitários imediatos foram alcançados. Porém, não sem atribulações. No Rio de Janeiro, a resistência da população à forma autoritária com que as pessoas eram tratadas desagudou na Revolta da Vacina. Indignada com as brigadas que lhes invadiam as casas e derrubavam barracões, a população se insurgiu, tomou as ruas, quebrou bondes. No Ceará,

Rodolfo Teófilo também encontrou resistência da população, mas principalmente do presidente da província.

Em geral, algum tempo depois da campanha, as epidemias voltavam aos locais de onde tinham sido erradicadas. É por isso que se adotou outra forma, também bastante antiga, de intervir na saúde da população: os programas. Enquanto as campanhas têm um caráter mais pontual, os programas se propõem a ser mais sistematizados, constantes, permanentes.

Desse modo, foram surgindo o programa da tuberculose, o programa da hanseníase (lepra), o programa da doença de chagas, e assim por diante. Cada programa tinha seu dispensatório, que era o local aonde as pessoas deveriam ir para receber o tratamento da doença em questão. Mais tarde, surgiu o centro de saúde, que reunia sob o mesmo teto os diversos programas existentes. Delineado assim esse quadro de organização das práticas de saúde, como poderíamos pensar outra estruturação dos serviços, de modo a conseguir fazer valer os princípios do SUS?

DISTRITOS SANITÁRIOS

A própria Lei n.º 8.080 dá a dica em seu art. 10 parágrafo 2: “No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde”. (BRASIL, 1990a) É por isso que falamos em distritos sanitários. Mas o que vem a ser isto?

Se pensarmos que o sistema de saúde é composto por vários níveis de gestão, entenderemos, junto com Eugênio Vilaça Mendes (1995), que o distrito sanitário é a menor unidade operacional e administrativa, definida de acordo com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos. Pensemos numa grande cidade: será possível dividi-la em setores com certa autonomia administrativa e certo grau de autossuficiência de infraestrutura. Poderá ocorrer de termos um município de médio porte onde o distrito sanitário abarca todo o município. Haverá também o caso de termos municípios vizinhos

tão pequenos que eles, em conjunto, corresponderão a um único distrito sanitário. Colocado desta forma, fica mais fácil entender porque são também chamados Sistemas Locais de Saúde (Silos).

A organização do sistema de saúde em distritos sanitários permite uma hierarquia em atenção primária, secundária e terciária à saúde. Como foi dito no primeiro capítulo, a atenção primária deve estar sempre bem próxima à população. Um distrito sanitário deve ter um tamanho tal que seja possível manter uma boa gestão do sistema: nem tão grande, correndo o risco de perder contato com a realidade local; nem tão pequeno, que inviabilize a resolução de problemas mais complexos, merecedores de recursos mais especializados. Não há uma regra rígida para definir seu tamanho, mas Eugênio Vilaça Mendes (1995) cita a opinião de Tarino e Fowkes, para os quais a população de um distrito sanitário deve oscilar entre 100 mil e 300 mil habitantes.

No entanto, Eugênio Vilaça Mendes (1995) faz uma advertência que julgamos bastante oportuna: é preciso compreender o distrito sanitário como um processo social de transformação das práticas de saúde. Ou seja, não basta sair, burocraticamente, dividindo a cidade em setores, não se levando em consideração critérios demográficos, epidemiológicos, sociais, políticos e não se fazendo acompanhar de uma mudança no modelo de atenção à saúde.

Os profissionais de saúde precisarão, portanto, apropriar-se do território, isto é, conhecê-lo, saber como as pessoas vivem nele, que dificuldades encontram para ser saudáveis. Isto porque, como nos lembra Milton Santos (2000), entrevistado por Odette Seabra, o território é capaz de revelar as contradições que existem na sociedade, pois o uso que dele se faz depende do poder que se tem.

A esse processo chamamos territorialização. Cumprir descobrir: qual a acessibilidade dos serviços de saúde? Sim, pois o que determina o acesso das pessoas aos serviços é uma gama muito maior de fatores que a mera existência ou não de unidades de saúde.

Existem diversas barreiras que podem se interpor entre as pessoas e os serviços. Essas barreiras podem ser geográficas: distâncias a serem percorridas, obstáculos a serem transpostos, por exemplo, um rio, um barranco. As barreiras também podem ser funcionais, ou seja, relativas ao funcionamento do serviço, tais como tipo e qualidade dos serviços prestados, dinâmica de agendamento, horários. Podem ainda ser culturais, significando uma distância entre hábitos, costumes, valores e crenças da população e a forma como operam os profissionais de saúde. Há também as barreiras de ordem econômica, que fazem com que determinados serviços não sejam acessíveis a certas parcelas da população.

Esse conjunto de obstáculos, somado a um rol de facilidades, irá influenciar a forma como a população se move em busca de serviços de saúde. Faça a seguinte experiência: passe um dia na porta de entrada de uma unidade de saúde, perguntando aos usuários de onde eles vêm. A seguir, localize no mapa os locais enumerados: você será capaz de visualizar a área da qual provém as pessoas que procuram o serviço. A isso chamamos de área de influência. Perceba que este conceito se relaciona à lógica da livre demanda.

Por outro lado, vamos imaginar que o sistema de saúde tenha passado por um processo de distritalização. Isso significa que os serviços de saúde agora passam a operar segundo a lógica do território. Cada unidade de saúde circunscreverá uma área cuja população será de sua responsabilidade. Isso é o que chamamos de área de abrangência. O ordenamento, agora, é conferido pelo planejamento em saúde.

Até o momento, já fizemos dois recortes no território: o distrito sanitário (território-distrito) e a área de abrangência (território-área). Pois bem, dentro do território-área, costuma haver disparidades de condições de vida da população. Se formos dividi-la em áreas menores, mais ou menos homogêneas, encontraremos o território-microárea. São as microáreas que desvelam a desigualdade dos níveis de saúde, permitindo ao serviço planejar suas ações norteadas pela equidade.

Uma das formas de colocar em prática os conceitos dos distritos sanitários é através do Programa Saúde da Família (PSF). Queremos ressaltar que o PSF é apenas uma das formas, não a única, de se apropriar do território. Vamos explicar um pouco este programa tomando por base as portarias 1886 de 18 de dezembro de 1997, 1348 de 18/11/1999 e 157 de 19/12/1998 do Ministério da Saúde. Vale lembrar que portarias são mecanismos bem menos perenes que leis, de forma que costumam ser atualizadas frequentemente. Daí porque nos reportaremos somente aos aspectos mais gerais: aqueles que tiverem interesse deverão procurar as normalizações mais recentes.

Antes de apresentar o PSF, parece oportuno falar do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nesse, pessoas com formação básica recebem capacitação em questões de saúde, tais como o incentivo ao aleitamento materno e o combate à diarreia com o soro caseiro de reidratação oral. Esse trabalho simples, mas de extrema importância, contribuiu para reduzir a mortalidade infantil em vários municípios e inspirou a criação do PSF, por meio da incorporação de mais profissionais à equipe.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF acontece dentro do SUS, portanto todos os princípios explicados no primeiro capítulo devem ser observados no PSF. Mas, além destes princípios básicos, há características operacionais que o distinguem de outras formas de colocar o SUS em prática.

No Brasil, antes do Ministério da Saúde lançar o PSF, em 1994, já havia municípios e estados que trabalhavam na lógica da Saúde da Família. Atualmente, é possível encontrar experiências municipais ou estaduais que diferem do que é proposto pelo Ministério da Saúde. Contudo, vamos nos ater à discussão acerca da elaboração do ministério, ressaltando que não é a única sobre o assunto. Eis as características operacionais do programa:

CARACTERÍSTICAS OPERACIONAIS

Adscrição: o nome pode ser feio, mas o significado faz uma grande diferença nas práticas de saúde. A Portaria n.º 267/GM de 6 de março de 2001 do Ministério da Saúde fala em “adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde”. (BRASIL, 2001b) O que vem a ser isto?

No cenário anterior que descrevemos sobre práticas de saúde, uma característica marcante dos programas era uma indefinição de quem era a população alvo de cada serviço. Em geral, o que acontecia era a livre demanda.

Livre demanda é uma forma de organizar o serviço de saúde na qual é necessário que o paciente chegue à conclusão de que precisa desse e decida procurá-lo. Ora, nem todo problema de saúde é percebido pelo paciente, assim como vários são os obstáculos que podem desmotivá-lo a buscar o serviço.

Os serviços atendiam, na verdade, a “quem aparecesse”. Mas, e os que não apareciam? Será que não precisavam do serviço? Ou não o procuravam desmotivados pela dificuldade de acesso? Será que sequer sabiam se precisavam do serviço?

Adscriver uma população a um serviço significa dizer: “estas pessoas são responsabilidade deste serviço”. Seus problemas de saúde passam a ser problemas do serviço de saúde.

É o que acontece com o PSF. Cada agente comunitário de saúde é responsável por um máximo de 750 pessoas. Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas, sendo que a Portaria n.º 2.488/2011 do Ministério da Saúde recomenda a média de 3 mil pessoas. Dentre essas, há algumas saudáveis e outras doentes; umas nascendo e outras morrendo. O agente de saúde acompanha cotidianamente todas elas, conhece suas casas, seus problemas, sua maior ou menor chance de adoecer. Aquelas com maiores chances de adoecer, ou em situação especial, recebem atenção redobrada. Tão logo fica sabendo que uma mulher da população sob sua responsabilidade está

grávida, o agente de saúde passa a encorajá-la a manter o pré-natal em dia. É bastante diferente da situação anterior, em que a gestante seria obrigada a saber que deveria buscar o serviço e ir atrás de seu atendimento. A adscrição da clientela, ao lado do planejamento em saúde, vai permitir que um dos princípios do SUS seja respeitado: a equidade.

Quando um serviço se orienta pela livre demanda, os primeiros a serem atendidos são os que mais cedo chegarem ao local, para conseguir um lugar na fila. Quando há a delimitação da população que é de responsabilidade do serviço e um planejamento em saúde que tome como subsídio as condições de vida desta população, é possível direcionar maiores esforços aos grupos que mais precisam.

Mas, atenção: quando não há racionalidade, a adscrição pode virar uma “cerca”. Se o serviço define como sendo de sua responsabilidade tantas mil famílias, mas ao lado destas há outras tantas que não são de responsabilidade de ninguém, o que deveria funcionar como um organizador do sistema vira uma perversa forma de exclusão – e isso agride o princípio da universalidade.

A Portaria 1.348 de 18/11/99, em seu art. 2 inciso I, fala que o PSF deve ter “caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde”. (BRASIL, 1999) Isso significa que o PSF não é “mais um programa” ao lado de tantos outros. Ele deve substituir os outros programas. Vamos tomar o seguinte exemplo: numa unidade de saúde existe o programa da hipertensão, o programa da tuberculose, o programa da hanseníase, o programa de incentivo ao aleitamento materno, cada qual com sua lógica própria. Implantar o PSF numa unidade como essa não significa “acrescentar” uma equipe de PSF que iria trabalhar paralelamente a todos estes programas. Significa, isto sim, que todas essas atividades passam a ser executadas dentro da lógica da abordagem à família pela equipe de PSF.

Disso deriva outra característica operacional do PSF fortemente inspirada num princípio do SUS presente na Portaria 1348 de 18/11/99, art. 2 inciso III (BRASIL, 1999): “integralidade da assistência prestada à

população adscrita”. Ora, a equipe de saúde da família é uma equipe de profissionais generalistas direcionados para a atenção primária. Como então se pode querer que haja integralidade? Através da referência e contra referência. É nesse ponto que muitos municípios experimentam um estrangulamento: não conseguem garantir o acesso à atenção secundária e terciária a partir de suas unidades de saúde da família. Este é um erro grave. Ofertar somente a atenção primária sem garantir a secundária e a terciária pode levar ao descrédito do programa, fazendo com que a população prefira enfrentar as filas dos grandes hospitais a buscar uma unidade de saúde da família. Eugênio Vilaça Mendes costuma dizer que o PSF deve ser o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, salvo nas ocasiões de urgência e emergência. Assim, lê-se no inciso IV: “garantia da referência e contra referência aos serviços de maior complexidade do sistema de saúde”. (BRASIL, 1999)

No inciso V, afirma-se que o núcleo central de abordagem é a família. Tradicionalmente, as práticas de saúde olham para o “paciente” como se este não estivesse inserido numa sociedade, em grupos sociais. Enxergam somente o indivíduo ou, o que é mais grave e mais frequente, veem apenas pedaços deste indivíduo: o fígado, o rim, o dente. Ter uma abordagem centrada na família já é um avanço em relação a essa prática fragmentada, porque compreende que o indivíduo está inserido, originalmente, neste grupo social primário. Assim, torna-se possível perceber que aquela criança com desnutrição e que não recupera peso, na verdade, é parte de uma família que está submetida a uma estrutura causadora de doenças, embora cada membro manifeste de forma diferente.

Uma das formas de concretizar essa abordagem é a utilização do prontuário familiar. As informações sobre saúde dos membros de uma mesma família são guardadas em conjunto. Mas, mais importante do que uma estrutura física, como um arquivo de prontuários, é que os profissionais estejam aptos a pensar a partir desse referencial.

É por isso que, no inciso X, fala-se em educação permanente dos profissionais integrantes das equipes de saúde. Mudar um modelo de

atenção à saúde pode até requerer modificações na estrutura física, mas o eixo das transformações é o conjunto de pessoas que nele trabalham.

Sobre recursos humanos, é bom lembrar da abordagem multiprofissional. Existe uma equipe mínima prevista pelo Ministério da Saúde: agentes de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico e, mais recentemente, dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dental. Esta, no entanto, é uma equipe mínima; os municípios que decidirem incluir outros profissionais podem fazê-lo.

Algumas características operacionais apontadas pela portaria não são nada mais que reafirmações dos princípios do SUS (BRASIL, 1999), como o “estímulo à ação intersetorial”, inciso VIII, “estímulo à participação e ao controle sociais”, inciso IX, e “estímulo a ações de promoção da saúde”, inciso VII; ou apontam na perspectiva da maior racionalidade: “instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação das ações realizadas”, inciso XI. A respeito da expressão “promoção de saúde”, cabe abrir um parêntese para explicar melhor este termo, que tem sido bastante usado e, por vezes, abusado. Será dedicado um tópico à promoção da saúde neste capítulo, mas o assunto será mais detalhado no capítulo seguinte.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Existem muitas palavras que, dependendo da intenção de quem as utiliza, significam coisas diferentes. Como exemplo, temos a palavra “moderno”. Temos a arte moderna em contraposição à arte clássica. Podemos também, ao dizer que algo “é o que há de mais moderno”, estar fazendo referência a um avanço tecnológico. Da mesma forma, há quem diga que moderno é privatizar serviços públicos e cortar investimentos nos setores sociais. Como se vê, cada um usa a palavra de acordo com suas conveniências.

Do mesmo jeito acontece com a expressão “promoção de saúde”. Esse é um termo que muitas pessoas têm empregado com significados

bastante diferentes. Vamos agora trabalhar uma das concepções de promoção de saúde.

Em 1986, a Organização Mundial da Saúde fez um grande encontro na cidade de Ottawa, no Canadá: a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. Já havia um tempo em que pessoas de toda parte do mundo vinham achando que os problemas de saúde não se resolveriam apenas com mais assistência médica: mais hospitais, mais leitos, mais remédios, mais internações. Tudo isso é muito importante, mas não é suficiente para fazer com que as pessoas sejam saudáveis. Porque todas essas coisas só atuam no lado da doença. É como estar a vida toda enxugando o chão embaixo de uma torneira que pinga, sem nem sequer pensar em consertá-la – ainda que enxugar o chão seja algo também importante, mas não suficiente.

Então nessa conferência foi elaborado um documento que ficou conhecido como Carta de Ottawa. Nela se diz que: “Promoção de saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”. (PROMOÇÃO, 1996, p. 11)

Observem que se fala de capacitação da comunidade, isto é, tornar capaz. A comunidade capacitada é a comunidade que se faz sujeito, que não fica na situação de objeto. Quando somos objeto? Quando deixamos que decidam por nós o que devemos fazer ou o que é melhor para nós. Então, percebam como é complexa a promoção de saúde, pois essa exige uma mudança muito profunda de posicionamento perante a vida, ou seja, passar da condição de espectador para a de protagonista, de ator.

O papel dos trabalhadores de saúde é facilitar esse processo. Eles não seriam os “donos” de um conhecimento infalível que seria “dado” – ou algumas vezes imposto – para pessoas-objeto, pessoas sem história, sem saberes, sem vontade própria. Sua tarefa é tornar possível às pessoas fazer uso de tudo que for necessário para melhorar sua qualidade de vida. Esse “tudo que for necessário” poderá ser seus estudos de profissionais de saúde, mas não será só isso; será também a cultura,

a história da comunidade. Quando se fala que as pessoas farão uso do saber dos profissionais, esse saber deixa de ser só deles. Afinal, o conhecimento do profissional de saúde é o conhecimento que a humanidade construiu ao longo das gerações, sempre que procurou resolver seus problemas de saúde. Não faz o menor sentido achar que esse conhecimento, só porque tiveram a oportunidade de ter acesso a ele, é propriedade deles. Ele é tão deles quanto de qualquer ser humano, porque é um legado, uma herança deixada por aqueles que viveram antes de nós. Quanto ao saber próprio da comunidade, o que é? É também uma herança, só que produzida e transmitida de um jeito diferente: enquanto o saber do profissional de saúde é produzido através do método científico e transmitido nos cursos e universidades; o saber da população é construído pela experiência e transmitido pela tradição oral. Às vezes, o próprio saber científico “descobre” algo que o saber popular já conhecia há muito tempo – como é o caso de muitas plantas medicinais que a população usa e a ciência comprova o efeito.

Os profissionais de saúde sabem muito sobre como acontecem as doenças na boca. Sabem como se forma a placa bacteriana e os prejuízos que ela causa ao dente – a cárie – e à gengiva – as doenças periodontais. Sabem que as bactérias presentes na placa bacteriana utilizam o açúcar dos alimentos para produzir ácidos que atacam o esmalte. Que as toxinas produzidas pelas bactérias danificam o tecido gengival fazendo com que o dente perca sustentação. Mas a população também sabe algo sobre dentes e gengivas. Afinal ela vê essas coisas acontecendo. Muitos profissionais de saúde nunca se preocuparam em saber como a população explica essas coisas, como ela entende. Afinal, é muito mais fácil dizer que a população é ignorante. É fácil, mas não resolve. Enquanto persistir nessa postura de desconsiderar o saber popular, o profissional não estará conseguindo contribuir para o processo de capacitação da comunidade, portanto estará bem longe da promoção da saúde.

É bastante comum utilizar o termo “promoção da saúde” como sinônimo de prevenção. Prevenir a ocorrência das doenças é muito

importante, é uma das tarefas mais nobres dentre as que os profissionais de saúde podem se ocupar, mas promoção de saúde é mais que isso, porque vai além da assistência médica. Isso, contudo, não quer dizer que os profissionais de saúde não possam fazer promoção de saúde. Podem sim, articulando-se com profissionais dos outros setores, atuando junto à população para que ela seja mais dona de sua história, trabalhando, enfim, para a gente ser feliz.

É, parece que o desafio colocado não é pequeno.

Voltemos a tratar do município de Panaceia. Nota-se que sua população encontra várias dificuldades para acessar os serviços de saúde. Que barreiras você identifica e de que tipo? Quais as áreas de influência de suas unidades de saúde? O que seria necessário fazer para começar a organizar o município na lógica dos distritos sanitários?

HISTÓRIA – PARA FAZER PENSAR

CARNAUBEIRA DO NORTE

O município de Carnaubeira do Norte é um desenvolvido polo industrial, distando 500 quilômetros da capital do estado. A cidade nasceu há 145 anos com marcada vocação para o comércio, sendo facilitador o fato de estar no centro da rota de transporte da cera de carnaúba, um produto que já foi a grande riqueza da região. Aos poucos, pequenas manufaturas foram se aglomerando e mais tarde a indústria local contou com fartos incentivos fiscais e pesados investimentos em infraestrutura, bancados por uma agência de desenvolvimento regional.

O município conta hoje com 1,5 milhão de habitantes, encontrando-se 80% desses na zona urbana. Na zona rural, predomina a pecuária bovina para abate. Seu maior problema atual reside no crescimento desordenado, agravado pela forte imigração de pessoas da região circunvizinha, tangidas pela derrocada do ciclo da carnaúba e atraídas pela promessa de emprego nas indústrias.

Carnaubeira do Norte tem 50 mil famílias vivendo próximo a encostas ou nas margens do Rio Barreão, isto é, em situação de risco. Na época das chuvas, em virtude de cheias e alagamentos, ocorrem muitas mortes.

Outro grave problema de Carnaubeira do Norte é a violência urbana. Com vistas a reprimi-la, o prefeito decidiu ampliar a guarda municipal e dotá-la de armamentos. Foi realizado um concurso público para admitir 5 mil novos guardas que, após treinamento, foram encarregados de fazer rondas pelos bairros da cidade. A criminalidade diminuiu em 17%.

Face à admissão dos novos guardas, o prefeito viu-se com problemas relacionados à Lei de Responsabilidade Fiscal. Como a referida Lei estabelece um teto máximo de recursos a serem gastos com o funcionalismo público, tornou-se necessário realizar demissões em outros setores considerados menos importantes. A solução encontrada foi

demitir todos os médicos, enfermeiros, dentistas e agentes de saúde do município. Com isso, a rede de serviços de saúde ficou ociosa, ao passo que as necessidades da população restaram sem ser atendidas.

Em consequência, houve uma grande procura por planos privados de saúde e um decorrente aumento na arrecadação de impostos sobre o faturamento destas empresas. A administração municipal considerou isto um fato extremamente positivo; pois o que antes era uma fonte de despesas, tornou-se uma importante fonte de receitas. Isto era excelente para alcançar o superávit financeiro do município, tarefa número um do secretário de finanças.

Infelizmente, restava uma substantiva parcela da população que ainda não aderira aos planos de saúde. O governo municipal tentou de todas as formas incentivar o consumo desses serviços, mas todas as campanhas educativas redundavam em fracasso. Por fim, decidiu-se contratar um grupo de consultores estrangeiros para solucionar o problema. Após diversas pesquisas, os consultores descobriram que o fenômeno ocorria porque 40% da população estava situada abaixo da linha de pobreza, não tendo, portanto, poder aquisitivo para comprar esses serviços.

A proposta elaborada pelos consultores foi a criação do Programa Amigos do Hospital. Nesse programa, voluntários eram arregimentados para trabalhar gratuitamente nos serviços de saúde. Para ter acesso aos serviços, a população deveria passar por uma triagem socioeconômica, a fim de evitar que pessoas que pudessem pagar planos de saúde usassem o serviço. Uma grande rede de TV deu maciço apoio ao projeto, inserindo chamadas em sua programação.