

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

SUB-ÁREA: Planejamento e Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde

**PLANEJAMENTO E GESTÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE COM BASE NO TERRITÓRIO: UMA REFLEXÃO SOBRE
O PAPEL ORDENADOR DAS POLICLÍNICAS COMUNITÁRIAS
NO SUS DO MUNICÍPIO DE NITERÓI / RJ**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências na Área de Saúde Pública.

Autora: Maria Luiza Silva Cunha

Orientadora: Marina Ferreira de Noronha

Rio de Janeiro, abril de 2005.

Dedico essa dissertação à memória do meu pai,
por ter me dado a dimensão da importância e o
gosto pelo estudo e por ter me fornecido os
meios para alcançá-lo.

AGRADECIMENTOS

Essa dissertação de mestrado é fruto de uma trajetória pessoal e profissional. A motivação para realizá-la envolveu muitas pessoas, às quais gostaria de agradecer.

À minha família, especialmente ao meu marido Luís Eduardo e filhos, Gustavo, Daniel e Maria Eduarda, pelos laços afetivos tão fortemente constituídos, base para a minha esperança e vontade de prosseguir. Ainda ao Luís, por me auxiliar nos cuidados com os nossos filhos nas horas de dedicação à tese. À minha mãe, pelo suporte em todos os momentos, e aos meus irmãos Levy e Marília pela confiança e carinho.

À Secretaria Municipal de Saúde, na pessoa do Dr. Francisco D'Ângelo, pela possibilidade de realização e colaboração com esse estudo. À Maria Célia Vasconcelos, chefe e amiga, pela sua dedicação a um projeto de saúde pautado na lógica do público. A todos os parceiros de longo tempo de trabalho, que estiveram na busca de um sistema mais justo e ético, entre eles, Angélica, Zezé, Rosali, Lúcia, Graça, Carlos Alberto, Malu, Pedro, Verônica e Hubner. Meus agradecimentos aos gerentes que prontamente aceitaram tomar parte na pesquisa. Aos amigos e funcionários com quem compartilhei o convívio na Policlínica Comunitária do Largo da Batalha, Beth, Jair, Adriana, Hilda, Vilma, Maria José, Sidney, Eliana e tantos outros, que tornaram a atividade da gerência mais produtiva e estimulante. Aos usuários, a quem se destina o nosso esforço.

Aos amigos do mestrado, Maria Angélica, Anderson, Mônica, Sandra, Felícia, Pedro, Bruno, Mamadu, Deison e Andrea, foi muito bom compartilhar com vocês cada momento do curso.

À minha orientadora, Prof. Dra. Marina Ferreira de Noronha, por me acompanhar nesse desafio, possibilitando a concretização desse trabalho.

Aos Prof. Drs. Virginia Hortale, Creuza Azevedo, Miguel Murat e Célia Leitão, pelas sugestões bibliográficas. Aos Prof. Drs. Maria Helena Mendonça e Antônio Ivo de Carvalho, pela valiosa contribuição no período de qualificação.

Ao Prof. Dr. Paulo Amarante, meus especiais agradecimentos pelo acompanhamento da dissertação através dos Seminários Avançados e das idas ao LAPS, no qual o compromisso e contribuição representaram um processo de enriquecimento e estímulo fundamental à elaboração da mesma.

Por último, mas não menos importante, a todos os funcionários da ENSP, que anonimamente participaram do nosso percurso pela Escola.

RESUMO

A organização da atenção à saúde através de sistemas integrados tem se colocado como um desafio no contexto de implementação do Sistema Único de Saúde em nosso país. Nesse sentido, diferentes estratégias têm sido buscadas na direção da conformação de sistemas que superem a fragmentação e desarticulação das ações e serviços de saúde. Uma dessas estratégias pode ser identificada na política de saúde presente no município de Niterói / RJ, referente à idéia de ordenamento da rede no território, onde uma unidade denominada de Policlínica Comunitária assume a coordenação da atenção à saúde de forma regionalizada. Partindo da questão do significado e necessidade de um elemento ordenador, o presente estudo buscou analisar o papel das Policlínicas Comunitárias no que se refere ao planejamento e gestão de ações integrais de saúde com base no território. Para tal foi realizada uma pesquisa qualitativa desenvolvida em uma regional de saúde do município segundo a metodologia do estudo de caso. A partir do referencial teórico, da análise documental e das entrevistas realizadas com os gestores envolvidos nos diferentes níveis da atenção, identificou-se que a concepção de um elemento ordenador apresenta possibilidades férteis na direção da organização da atenção que considere o princípio da integralidade e que atenda as necessidades sociais de saúde através de uma organização mais democrática, sendo percebido como necessário a um sistema integrado. Na prática concreta a operacionalização de tal concepção, no que se refere à integralidade, encontra avanços e obstáculos, constituindo-se em um processo em construção.

Descritores: sistema integrado de saúde, elemento ordenador, integralidade, rede, território, regionalização.

ABSTRACT

The health care organization through integrated systems has been presenting itself as a challenge to be implemented in the Unified Health System (SUS) in our country. To this matter, different strategies are being tested to formulate systems that are capable to overcome the fragmentation and disarticulation of the health services and care. One of these strategies can be verified through the current health system of Niterói/RJ, where the idea is to order the territory's network by designating that one of the unities, called "Communitarian Polyclinics", takes the coordination of the health care in the entire region. Addressing the matter of the meaning and the necessity of an element of order, the present research tried to analyze the "Communitarian Polyclinics" role in the planning and management of all the health actions based on the territory. For such, a qualitative survey was developed in a regional health sector of the city, according to the study case methodology. Through the theoretic referential, documentary analysis and interviews with the managers engaged on different levels of the health care system, it was identified that the concept of an element of order presents fertile opportunities to organize the health care, taking into consideration the principle of integrality and the social needs of health through a more democratic organization, being perceived as a necessity to an integrated system. In a practical way, the implementation of that concept, as it relates to the integrality, finds advances and obstacles, consisting in a process still under construction.

Keywords: integrated health system, element of order, integrality, network, territory.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS – Ações Integradas de Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CLIN – Companhia de Limpeza Urbana de Niterói
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS - Conferência Nacional de Saúde
COVIG – Coordenação de Vigilância em Saúde
CPN – Centro Previdenciário de Niterói
DST - Doenças Sexualmente Transmitidas
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
GERUS – Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde
HEAL – Hospital Estadual Azevedo Lima
HUAP – Hospital Universitário Antônio Pedro
IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MEC – Ministério de Educação e Cultura
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PC – Policlínica Comunitária
PDR – Plano Diretor de Regionalização

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste

PMFN – Programa Médico de Família de Niterói

PMN – Prefeitura Municipal de Niterói

PSF – Programa de Saúde da Família

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SILOS - Sistemas Locais de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFF – Universidade Federal Fluminense

UNICAMP - Universidade de Campinas

USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS.

QUADRO 1- Síntese comparativa entre o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema Único de Saúde (SUS).

QUADRO 2 - Distribuição da população, taxa de crescimento, população de menores de 1 ano e maiores de 65 anos, proporção: de domicílios próprios, população alfabetizada acima de 15 anos e de chefes de domicílio acima de 15 anos, por regiões do município de Niterói, 2000.

QUADRO 3 - Proporção de chefes de domicílio com e sem rendimento, proporção de abastecimento de água por rede geral, proporção de domicílios com: esgotamento sanitário, lixo coletado por serviço de limpeza e por caçamba por regiões do município de Niterói.

QUADRO 4 - Unidades de Referência segundo tipo e Distrito Sanitário.

QUADRO 5- Distribuição da oferta de serviços de saúde segundo regiões do município de Niterói.

QUADRO 6 - Distribuição da População e distribuição dos leitos por natureza jurídica da região metropolitana do Rio de Janeiro nos anos de 1991/1992 e 1999/2000.

TABELA 1 - Distribuição da população do município de Niterói, segundo faixas etárias, no ano de 2000.

TABELA 2 – Evolução da força de trabalho em saúde no período de 2001 a 2003.

TABELA 3 – Distribuição das Receitas por Fonte de Recursos do município de Niterói nos anos de 2001, 2002 e 2003.

FIGURA 1- Mapa do Município de Niterói / RJ.

FIGURA 2 - Crescimento populacional das regiões de planejamento de Niterói 1991 / 2000.

FIGURA 3 - Proporção da população do município de Niterói segundo faixas etárias, no ano de 2000.

FIGURA 4 - Distribuição da população segundo sexo e faixa etária, no ano de 2003.

FIGURA 5 – Evolução da implantação das equipes de médico de família em Niterói e população coberta no período de 1992 a 2003.

FIGURA 6 - Região Metropolitana II.

FIGURA 7 - Rede física do município de Niterói.

SUMÁRIO

Resumo.....	iv
Abstract	v
Lista de abreviaturas	vi
Lista de Quadros, Tabelas e Figuras	viii
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I: MATERIAIS E MÉTODOS	8
CAPÍTULO II: A SAÚDE COMO CONCEITO E PRÁTICA SOCIAL.....	14
CAPÍTULO III: POLÍTICA SETORIAL NO BRASIL. ASPECTOS HISTÓRICOS E CONFORMAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE	23
• O Sistema Nacional de Saúde	26
• A Reforma Sanitária.....	36
• O Sistema Único de Saúde	39
CAPÍTULO IV: MODELO DE ATENÇÃO DO SUS – CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS E ESTRATÉGIAS DE OPERACIONALIZAÇÃO.....	49
• Integralidade	49
• Território.....	57
• Rede.....	59
• Elemento Ordenador.....	65
CAPÍTULO V: A EXPERIÊNCIA LOCAL NO CONTEXTO DE NITERÓI	74
• A cidade e suas origens	74
• A cidade e suas características políticas, demográficas e sócio-econômicas..	75
• A cidade e seus índices de qualidade	84
• A saúde na cidade.....	86

CAPÍTULO VI: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	109
• Elemento Ordenador da Rede no Território: dos sentidos às práticas	110
• A experiência concreta e as dimensões da integralidade.....	133
CAPÍTULO VII: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	143
ANEXOS	
ANEXO 1: Roteiro de Entrevista com os gestores do sistema municipal	151
ANEXO 2: Roteiro de Entrevista com o gerente da Policlínica Comunitária..	152
ANEXO 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	154

INTRODUÇÃO

O processo de produção da saúde expressa a forma com que uma dada sociedade se organiza política, econômica, religiosa e culturalmente e dos meios que dispõe para a sua realização. Nesse processo incluem-se os sistemas de serviços saúde. Estes se materializam através da relação entre os diferentes serviços e uma população, onde tal relação é mediada pelo Estado (Mendes, 2002).

Ao longo da história instituíram-se sistemas de serviços de saúde em vários países segundo modelos distintos. Cumpre destacar como significativos pela marcada influência que obtiveram, e que se estende até os nossos dias, o modelo conceitual surgido em 1910 a partir do Relatório Flexner, que parte da separação entre o individual e o coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo, constituindo-se como base da medicina científica (Paim, 2000), bem como o modelo conceitual originário do Relatório Dawson, elaborado em 1920, que propôs a integração dos serviços preventivos e terapêuticos segundo a lógica de sistemas regionalizados voltados a uma determinada população (Mendes, 2002).

Tais sistemas se organizaram a partir do papel estatal assumido, podendo o mesmo estar mais voltado para uma política liberal, baseada na economia de mercado, ou à política de garantia dos direitos sociais, como Estado de Bem-Estar.

No Brasil, a política setorial apresentou diferentes expressões históricas tendo como pano de fundo a dimensão do país, a diversidade regional e dos grupos populacionais, o processo político, segundo um modelo de desenvolvimento que, ao longo do tempo, tem acentuado as desigualdades sociais. Nesse aspecto,

“o território nacional caracteriza-se, então, por uma fragmentação de diversidades, que são a expressão de recursos naturais e culturais particulares, mas também do acesso diferenciado aos produtos do desenvolvimento e investimentos sociais: o espaço desigual integrado”
(Sabroza et al, 1992:91)

A ação do Estado, ao organizar institucionalmente o setor saúde através do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em muitos sentidos reproduziu tais condições de desigualdade dos diferentes grupos sociais. Esta traduzida como desigualdade no acesso aos serviços, às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, na participação social, no exercício da cidadania. Esse sistema se caracterizou pela

fragmentação institucional. Tal arranjo institucional fragmentado teve conseqüências nos espaços de atenção, estes estruturados de forma dicotomizada. Enquanto as ações assistenciais se davam nos hospitais, tomados como centro da política, da produção de conhecimentos e formação de recursos humanos e alvo de maciços investimentos financeiros, as ações de saúde pública ocorriam a partir dos postos e centros de saúde, onde se desenvolviam ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e ações preventivas como imunização e os alguns programas verticais do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, o sistema de saúde brasileiro configurou-se como palco de disputa entre modelos assistenciais diversos. Por um lado, o modelo médico assistencial privatista, que privilegia a assistência médico-hospitalar e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, por outro, o modelo assistencial sanitarista, baseado em campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária (Teixeira et al, 1998).

A crítica a uma estrutura centralizada e federalizada em todos os aspectos, seja do planejamento, da gestão, do controle e da avaliação, na qual as práticas, as instituições e a organização dos serviços eram fortemente dicotomizadas, perpetuada através do Sistema Nacional de Saúde (SNS), esteve na base das propostas encaminhadas nos anos 80 pelo movimento de Reforma Sanitária, incorporadas posteriormente na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). No bojo das propostas transformadoras o tema da unificação institucional dos serviços de saúde visava à superação da dicotomia entre saúde pública e atenção médica curativa e a justaposição, competição, repetição e ineficácia do sistema de saúde (Luz, 1991).

As mudanças pretendidas na transformação do sistema de saúde a partir do SUS correspondem a uma concepção ampliada de saúde, entendida como direito de cidadania e como responsabilidade Estatal. Neste sentido, não se reduzem a um novo arranjo organizacional, mas envolvem mudanças de ordem política, ideológica e técnica. Para o alcance de tal transformação foram previstos pela Constituição Federal e, posteriormente, pelas Leis 8.080 e 8.142, os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade e os princípios organizacionais de participação comunitária, resolubilidade dos serviços em todos os níveis de assistência, organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos, descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na municipalização, prevendo ainda a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, entre outros.

Esses princípios, entretanto, tiveram avanços diferenciados, condicionados a fatores econômicos, culturais, políticos, educacionais, que concorrem no processo de implementação do SUS.

A descentralização para os municípios pode ser considerada como um dos princípios que alcançaram avanços no sentido do desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, seja do ponto de vista do financiamento, do poder, da constituição de novos atores, seja da idéia de universalidade e da articulação da questão da saúde ao cotidiano de vida de uma sociedade.

Buscou-se assim, através da descentralização para os municípios, uma maior proximidade com as condições de saúde de grupos sociais particulares integrados em seus ambientes, onde *“poder-se-ia estabelecer a possibilidade da ação coletiva mais eficaz, por exigir uma menor acumulação de organização e poder”* (Sabroza et al, 1992:94).

A ênfase na municipalização não é um tema novo. No cenário nacional, a Municipalização dos Serviços de Saúde já aparecia como tema por ocasião da III Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1963, sendo destacada através do posicionamento do Ministro da Saúde. Em 1976, algumas prefeituras voltadas à implementação de políticas públicas na área social, construíram redes de atenção básica e de emergência, com recursos próprios, iniciando assim um movimento que ganhou força e tornou-se um marco na concretização de redes de saúde baseadas em novos pressupostos como a participação social, a integralidade, a hierarquização, entre outros. Entre esses municípios estavam Niterói, Campinas, Londrina, Rezende, São José dos Campos e Lages (Carvalho, 1993).

Nos mesmos, a experiência acumulada na estruturação de serviços de saúde favoreceu a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), plano de integração dos serviços, descentralização da assistência médica e criação de uma rede básica de serviços de saúde que utilizava como estratégia a regionalização do sistema, o gerenciamento inter-institucional e a participação comunitária (Pimenta, 1993).

Em 1987 um novo ordenamento do sistema de saúde é proposto pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Desta forma é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Este, que se constitui como um aprofundamento das AIS no que diz respeito à descentralização do INAMPS para os estados, propunha que os serviços básicos de saúde fossem gerenciados no nível

municipal.

A partir da década de 90, no contexto do SUS, uma série de regulamentações editadas posteriormente às Leis 8.080 e 8.142, se voltaram à operacionalização do sistema na direção da descentralização para o âmbito dos municípios. Apesar da normatização produzida ao longo da década, a constituição de redes de serviços apresentou características singulares considerando a diversidade da realidade encontrada nas diferentes cidades do país.

Nesse sentido, a busca de organização dos sistemas de saúde nos 5.562 municípios tem encontrado diferentes formas de expressão. Em muitos municípios de pequeno porte e distantes dos centros urbanos que adotaram a estratégia ministerial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), apesar das conquistas nas ações de prevenção à saúde e avanços na atenção básica, não se conseguiu garantir a continuidade das ações ao manter esse nível de atenção desarticulado das demais estruturas assistenciais. Desta forma, a expansão de municípios cobertos a partir da estratégia de Saúde da Família em nível nacional, mesmo tendo produzido uma tendência de aumento de cobertura para populações mais carentes e desprovidas de assistência de serviços de saúde, pelo *“fato desses sistemas locais serem menos aquinhoados em termos de capacidade instalada pode significar a focalização de atividades específicas para populações pobres e perpetuação do estrangulamento do acesso dessas populações aos níveis secundário e terciário da atenção”* (Mascarenhas & Almeida, 2002: 94).

Nesse contexto, a superação da fragmentação e da falta de coordenação nos sistemas de saúde se constitui num desafio a ser enfrentado pelo SUS. As estratégias e mecanismos voltados à descentralização têm se aproximado em diferentes graus de um modelo de saúde voltado à integralidade, sendo que a organização de sistemas com redes organizadas segundo diferentes densidades tecnológicas e acessadas conforme as necessidades de saúde da população, que se baseiem nos conhecimentos de planejamento, de epidemiologia e das ciências sociais, tem sido um desafio no cenário da descentralização e municipalização da saúde.

No sentido de produzir atenção à saúde com universalidade do acesso, equidade e integralidade, através de sistemas integrados de serviços de saúde, diferentes estratégias tem sido formuladas no âmbito municipal.

Um dos municípios que vem buscando enfrentar esse desafio é o município de Niterói / RJ. O mesmo organizou o seu sistema de saúde de forma regionalizada

considerando as cinco Regiões de Planejamento existentes (Norte, Praias da Baía, Pendotiba, Leste e Oceânica). Em cada região de saúde existem Unidades Básicas de Saúde (UBS), Módulos do Programa Médico de Família (PMFN) e Policlínicas Comunitárias (PC), às quais possuem forte vinculação à população através da definição de área de abrangência nas UBS e PC e adscrição de clientela no PMFN. Mais recentemente algumas Policlínicas Comunitárias, uma em cada região, estão se estruturando segundo um perfil de maior complexidade, sendo denominadas de Policlínicas Regionais. As Policlínicas de Especialidades realizam atendimento especializado como referência para as regionais de saúde. Essas Unidades Policlínicas situam-se entre os Serviços de atenção de média complexidade, segundo a classificação utilizada pelo Ministério da Saúde. Os serviços de atenção de alta complexidade referem-se aos Hospitais. O acesso aos diferentes níveis de atenção é viabilizado através de mecanismo de referência e contra-referência, através de Centrais de regulação e internação.

Na política de saúde deste município se encontra presente a idéia de um “elemento ordenador da rede de serviços de assistência à saúde”, previsto como papel das Policlínicas Comunitárias, segundo formulação em Seminário de Planejamento ocorrido em 1999, que contou com ampla participação gerencial e de profissionais de saúde, sendo incorporado ao Plano Diretor de Saúde de 2001-2004, a qual utilizamos como objeto de investigação no presente estudo.

O enfrentamento do desafio de proporcionar à população respostas adequadas às necessidades sociais de saúde, nos levou a problematizar os aspectos relacionados à organização dos serviços e processos de trabalho, gerando o interesse pela discussão do significado, da importância e da necessidade de um elemento ordenador da rede no território, papel projetado para as Policlínicas Comunitárias como estruturas descentralizadas de articulação, organização e coordenação regional da atenção à saúde.

Concebidas como unidades de referência regional, tendo como característica a responsabilidade sanitária pela atenção básica a uma população de seu entorno, a oferta especializada de serviços, segundo referência das unidades básicas e módulos do Programa Médico de Família vinculados, de educação permanente, de vigilância em saúde e ações de planejamento e gestão regional, essas unidades de saúde apresentam um potencial integrador ao nível de sistema e das ações de saúde. É nesse sentido que acreditamos ser de relevância sua análise, já que são estruturas que partem do contexto de vida e de práticas sociais de um determinado território, onde se inserem, para a

formulação de ações envolvendo diferentes atores, e que também possibilitam a integração dos diferentes níveis de atenção e setores envolvidos.

Em Niterói, a descentralização do planejamento a partir das Policlínicas buscou a maior percepção, envolvimento e participação no contexto da realidade local, condição de possibilidade da adequação e viabilização das ações, considerando as necessidades de saúde da população. Ao voltar-se para uma visão mais ampla da saúde, base da construção do Sistema Único de Saúde, o município procurou direcionar as ações considerando o processo saúde-doença, tomando como objeto da atenção não mais a doença, mas os sujeitos que a vivenciam. A esse desafio de mudança e superação de formas historicamente arraigadas de cuidar, centralizadas na doença, na atenção hospitalar, na especialização do conhecimento, na compreensão biologicista, que desconsidera a inserção no contexto de vida social, é que se buscou novas formas de organização da atenção à saúde. Nesse contexto, uma estratégia de organização do sistema cada vez mais próximo da comunidade e do seu cotidiano de vida foi proposta tendo como intenção o alcance da integralidade, da equidade e da acessibilidade.

Visando tal mudança de modelo o município capacitou, no ano de 1997, os gerentes das Unidades Básicas e Policlínicas, as chefias de vigilância em saúde e coordenadores multiprofissional da atenção ambulatorial no Curso de Especialização em Gerenciamento (PROJETO GERUS – Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde), da Fundação Oswaldo Cruz, onde se consolidou a idéia do planejamento enquanto instrumento de ação.

Entendendo a importância de se ter uma estratégia de coordenação entre os serviços e ações de saúde numa organização de rede, optamos por desenvolver tal estudo a partir da experiência de organização do sistema de saúde de Niterói-RJ, por considerarmos que a mesma traz elementos inovadores, sendo considerada uma experiência rica, com bases históricas. Outros aspectos considerados nessa escolha foram o conhecimento do município pela participação gerencial na Secretaria de Saúde e implicação no processo de implantação das Policlínicas Comunitárias, bem como pela facilidade de residirmos nele.

Desta forma, ao partirmos de uma experiência prática de instituição das Policlínicas Comunitárias, buscamos discutir não só a proposta prevista no projeto de saúde de Niterói, nosso contexto de análise, mas problematizar a partir da idéia de um elemento ordenador de rede no território, sua expressão e interesse no âmbito do planejamento e gestão da atenção integral à saúde. Traduzindo o problema em forma de

pergunta teríamos: o que significa ser um elemento ordenador de rede em um sistema de saúde de base territorial?

Para responder a essa pergunta colocamo-nos como objetivo geral a análise do papel das Policlínicas Comunitárias enquanto elemento ordenador da rede no que se refere ao planejamento e gestão de ações integrais de saúde com base no território. Como objetivos específicos procuramos descrever historicamente o processo de descentralização e municipalização do setor saúde em Niterói e a constituição das Policlínicas Comunitárias; discutir a organização da atenção à saúde com base territorial e suas implicações no planejamento e gestão das ações pelas Policlínicas Comunitárias e examinar a organização atual das Policlínicas Comunitárias segundo a diretriz da integralidade da atenção.

Ao utilizarmos o referencial metodológico do estudo de caso, buscamos identificar como os principais atores da gestão do sistema pensam essa discussão de elemento ordenador para que possamos remeter essa discussão para o âmbito mais geral da organização da atenção integral à saúde presente no SUS.

Nesse sentido, este estudo pretende contribuir com elementos de reflexão, a partir da análise de uma experiência concreta, considerando a busca de aproximação do referencial teórico utilizado com a prática de organização da atenção integral à saúde.

A organização do trabalho foi realizada em capítulos. No capítulo I traçamos os caminhos metodológicos que orientaram a pesquisa. No capítulo seguinte procuramos abordar de forma introdutória o conceito de saúde, buscando subsídios à compreensão da organização das práticas, dos serviços e dos sistemas de saúde. O capítulo III se destina a uma revisão da política de saúde e conformação dos Sistemas de Saúde do país considerando as suas origens históricas. No capítulo IV, buscamos traçar considerações conceituais e estratégias de operacionalização referentes ao modelo de atenção proposto no SUS a partir dos conceitos fundamentais para a atual pesquisa. O capítulo V trata da experiência local no contexto do município de Niterói, a partir da identificação de suas origens, características políticas, demográficas e sócio-econômicas, seus índices de qualidade e ainda a conformação histórica e organização atual do sistema de saúde. No capítulo VI analisamos a questão teórica da pesquisa, considerando uma regional de saúde, a partir da apresentação e discussão dos resultados do material obtido no trabalho de campo. O último capítulo se destina às considerações finais do estudo.

CAPÍTULO I - MATERIAIS E MÉTODOS

Ao tomar como objeto de investigação a idéia de um elemento ordenador da rede no território, que parte de uma realidade empírica a ser investigada, adotou-se metodologicamente a revisão bibliográfica, de forma a explorar o referencial teórico e conceitual sobre o tema em questão. Nesse aspecto buscou-se discutir o conceito de saúde segundo sua expressão como prática social e a conformação dos sistemas nacionais de saúde. Foram explorados igualmente os conceitos de integralidade, território, rede e elemento ordenador.

Em seguida procedeu-se à pesquisa documental buscando resgatar historicamente o processo de descentralização, a municipalização da saúde, a constituição institucional das Policlínicas Comunitárias e a sua trajetória na conformação do sistema. Interessou a identificação de como no discurso oficial de Niterói surge o conceito de Policlínica Comunitária como elemento ordenador da rede. Para tal, analisou-se relatórios finais das Conferências Municipais de Saúde, Relatórios de Gestão, Projetos de implantação, bem como atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Foram pesquisadas ainda dissertações e publicações referentes à descentralização e municipalização da saúde no município.

No momento posterior considerou-se dados qualitativos, obtidos a partir de entrevistas semi-estruturadas com informantes chave. A partir desses informantes, voltados para a gestão e gerência do sistema, buscou-se identificar os sentidos produzidos referentes à questão de um elemento ordenador da rede no território, de forma a remeter essa discussão para o planejamento e gestão em saúde no âmbito do SUS. Explorou-se este recurso não só para a obtenção de informações, mas, igualmente, na apreensão do significado da fala, ou seja, como expressão subjetiva (Neto 1994). Tal opção metodológica representou o desafio de construção do conhecimento para além dos dados observáveis da realidade, buscando tomá-lo nos sentidos evidenciados através das práticas discursivas.

De forma a discutir a idéia contida no papel das Policlínicas Comunitárias, de organizador da atenção à saúde, de um serviço diferenciado dos demais serviços para garantir uma assistência integral à saúde de uma certa população, decidiu-se pela realização do estudo de caso como instrumental metodológico. O estudo de caso é

entendido como "*uma investigação sistemática de uma instância específica, uma família de métodos de pesquisa cuja decisão comum é o enfoque numa instância*" (André apud Carvalho, 1993: 121). Pode-se tomar como instância um evento, uma pessoa, um grupo, um serviço ou um conjunto de unidades (Carvalho, 1993). O estudo de caso se refere a situações em que existe pequena possibilidade de controle sobre os eventos em estudo, os quais estão referidos a fenômenos que se encontram em processo. A abordagem à realidade revela, nesse sentido, novos elementos e dimensões no desenvolver do estudo. Outro aspecto destacado nos estudos de caso se refere ao estilo mais informal de apresentação dos resultados (Godoy apud Kehrig, 2001). Desta forma, este instrumental foi entendido como facilitador para o estudo exploratório e descritivo do papel das Policlínicas Comunitárias.

De forma a contextualizar o estudo em seu campo exploratório optou-se metodologicamente por realizar uma preliminar caracterização da cidade, sob diferentes ângulos, visando identificar a orientação das políticas sociais no contexto municipal, e a forma como estão implicadas na busca pela saúde. Posteriormente, procurou-se detalhar alguns aspectos relevantes da dinâmica e processos regionais de forma a evidenciar a conformação da organização das ações a partir das Policlínicas Comunitárias. Para tal, foram utilizados os dados municipais, disponibilizados de forma desagregada por bairros ou agregadas segundo as Regiões de Planejamento, pela Secretaria de Ciência e Tecnologia (SECITEC). Tais informações foram articuladas posteriormente na análise das entrevistas.

Considerando a escolha por realizar a pesquisa empírica a partir do estudo de caso, elegeu-se uma regional de saúde do município tendo em vista o tempo de implantação e de gerência da Policlínica, o perfil das unidades de saúde vinculadas (Unidades Básicas e Módulos do PMF), bem como o acesso favorecido a estes atores. De forma preliminar foi realizada uma entrevista de pré-teste com a direção de uma Policlínica Comunitária de outra regional de saúde do município considerando que o tempo de gerência da mesma é intermediário entre o conjunto de diretores de Policlínica. Tal entrevista partiu de um agendamento prévio e serviu de base para o ajuste do roteiro de entrevista. Posteriormente, foram entrevistados o gestor municipal, a vice-presidente da Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família, a direção da Policlínica Comunitária, bem como os diretores das duas Unidades Básicas vinculadas, o coordenador técnico adjunto do Programa Médico de Família, e o coordenador de área do PMF. Considerando a realização de entrevista de pré-teste

somaram-se, no total, 08 entrevistas.

No que se refere à entrevista, a mesma teve formatos diferentes, segundo os entrevistados. À direção da Policlínica Comunitária esta foi feita integralmente e, para os demais, somente as quatro primeiras questões foram formuladas. Essas quatro questões iniciais foram elaboradas com o objetivo de identificar como os atores estratégicos do sistema entendem o papel de elemento ordenador de rede de atenção à saúde prevista para as Policlínicas Comunitárias no contexto da política municipal e de como o mesmo se articula aos princípios e diretrizes do SUS. Como na experiência concreta está sendo pensado o planejamento em saúde, a gestão do território, a descentralização pela organização regional, a participação social, a integralidade, a partir da idéia de um serviço organizador de outros serviços, expressada através da prática discursiva dos diferentes atores identificados. À direção da Policlínica Comunitária, além dessas questões iniciais, outras questões foram agregadas, o que possibilitou um maior detalhamento de como esse gerente articula o cumprimento do papel de ordenador da rede com a diretriz da integralidade. Nesse sentido, procurou-se conhecer de que modo a experiência de formulação e concretização do conceito de elemento ordenador da rede em um determinado território pode contribuir na construção da atenção integral à saúde.

A integralidade constitui-se como a diretriz do SUS fortemente relacionada ao modelo de atenção. O interesse em sua análise nesse estudo considera igualmente o fato da integralidade ser tomada como um *“princípio ético que se define no campo filosófico do direito à saúde, o que informa sua tradução em uma diretriz política, e que tem uma proposição organizacional e tecnológica”* (Kehrig, 2001: vi).

No sentido de apreender as Policlínicas Comunitárias como espaços organizacionais de viabilização de políticas, de conformação de serviços e de desenvolvimento de práticas voltadas à integralidade, propôs-se sua análise considerando os critérios / indicadores para a avaliação de sistemas municipais de saúde, segundo conceito operacional de integralidade constituído de quatro dimensões, formulados por Giovanella, et al (2002). Utilizou-se, entretanto, apenas alguns desses critérios, que permitiam uma adaptação ao objeto de estudo, considerando que os mesmos foram construídos visando o contexto do sistema municipal de saúde e que as Policlínicas Comunitárias são unidades integrantes do mesmo. Desta forma, buscou-se, através das entrevistas, observar o comportamento dos seguintes indicadores:

Dimensão 1 – primazia das ações de promoção: fóruns intersetoriais em funcionamento; monitoramento e análise espacial de indicadores sociais e de ambiente e programas de educação em saúde.

Dimensão 2 – garantia de atenção nos três níveis de assistência médica: funcionamento de centrais de marcação de consultas e de exames especializados e de centrais de regulação de internações; protocolos de atenção para doenças / agravos específicos; medidas de garantia para contra-referência; integração do Programa de Saúde da Família (PSF) à rede.

Dimensão 3 – articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação: existência de instâncias de integração em atividade; programação articulada de ações de promoção, prevenção e recuperação em consonância com os problemas locais de saúde; mecanismos de uso e difusão das informações para a vigilância à saúde; utilização das informações contidas nas declarações de nascidos vivos no município.

Dimensão 4 - abordagem integral do indivíduo e famílias: existência de rede básica com adscrição populacional; estratégias de acolhimento; equipe multidisciplinar; realização de atividades de grupo; realização de atividades extra-unidade; discussão de casos pela equipe multidisciplinar na unidade e / ou entre profissionais de distintos níveis de assistência.

Considerando a amplitude das diferentes dimensões, procurou-se elaborar questões na entrevista com vistas a identificar a percepção gerencial do diretor da PC da efetivação na prática cotidiana dos serviços destes indicadores, tendo em vista a importância da diretriz da integralidade no que se refere à re-orientação do modelo de atenção à saúde. Desta forma, os resultados foram apresentados a partir síntese da entrevista desse ator estratégico.

Todas as entrevistas foram individuais e realizadas pela própria pesquisadora a partir de marcação prévia de horário para tal. As questões foram lidas pela pesquisadora no momento da entrevista, sendo repetidas e esclarecidas caso não tivessem sido compreendidas de início. Em sua totalidade as entrevistas foram gravadas em meio magnético. O tempo para a realização da entrevista foi em torno de 1 hora e 30 minutos, tendo sido estendido em duas entrevistas. O roteiro das entrevistas encontra-se em anexo.

A investigação desenvolvida partiu de um Projeto de Pesquisa submetido previamente ao Comitê de Ética de Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, da

Fundação Oswaldo Cruz, considerado aprovado através do parecer nº 45 / 04, segundo as normas técnicas vigentes nessa instituição. Como parte do atendimento aos requisitos exigidos para a realização da pesquisa foram estabelecidos instrumentos de autorização para o seu desenvolvimento na Secretaria Municipal de Saúde, emitido pelo Secretário Municipal de Saúde, bem como de garantia de sigilo e outros direitos a todos os entrevistados, segundo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo).

No presente estudo optou-se pela utilização da metodologia qualitativa na perspectiva construcionista. Nesse sentido, mais do que uma opção técnica voltada aos propósitos da pesquisa tal escolha vinculou-se a uma postura epistemológica construcionista, em que a compreensão do mundo parte de uma construção social historicamente produzida a partir das trocas entre as pessoas. Como forma de conhecer a realidade,

“a investigação construcionista tem como foco principal a explicação dos processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou contabilizam o mundo no qual vivem, incluindo a si mesmas. Difere substantivamente da epistemologia tradicional porque transfere a explicação do processos de conhecimento das regiões internas da mente para a exterioridade dos processos e estruturas da interação humana” (Spink & Menegon, 2004:76).

A identidade a tal perspectiva relaciona-se à concepção de que o objeto de investigação não existe de forma objetiva e concreta independentemente da apreensão do pesquisador, mas sim que é influenciado pelo mesmo a partir das suas diferentes decisões. Nesse sentido, a apreensão da realidade pressupõe a relação entre sujeito e objeto, ambos produtos de construções sócio-históricas (Spink & Menegon, 2004).

Partindo do entendimento proposto por Spink e Menegon (2004) de que a entrevista é uma situação relacional entre pesquisador e entrevistado, em que ambos tem um papel ativo na produção de sentidos, procurou-se levar em conta esta interação na produção das práticas discursivas. Estas são definidas como *“as diferentes maneiras em que as pessoas, através dos discursos, ativamente produzem realidades psicológicas e sociais”* (Davis e Harré apud Pinheiro, 2004:186).

Para Spink & Menegon tais concepções exigem reflexões sobre a ética e o poder que se estabelece nessa relação, assim como a *“reconceituação dos parâmetros de rigor e validade”* (Spink & Menegon, 2004:86). Nessa reflexão se faz necessário a adoção de *“um novo enquadre, abandonando a questão da validade e fidedignidade e trazendo para o cenário a polissemia, a reflexividade e a ética”* (Spink & Menegon, 2004:86).

Desta forma, pela compreensão da realidade como um fenômeno histórico, cultural e dinâmico, como previsto na perspectiva construcionista, os critérios utilizados visando o alcance da objetividade e rigor deixa de se basear na validade (grau de correspondência entre a medida e o que está sendo medido) e na fidedignidade (replicabilidade dessas medidas), passando a se relacionar à especificidade, a se basear na contextualização da pesquisa por parte do pesquisador e na explicitação de sua posição, bem como na socialização do processo interpretativo.

Outra questão metodológica diz respeito à abordagem dos fenômenos sociais em sua complexidade. A pesquisa qualitativa, ao aceitar a processualidade e a mudança de tais fenômenos, compromete a possibilidade de generalização vista como conteúdo. *“Mas, em contraste, quando vista a partir da perspectiva dos processos de produção de sentidos, continua sendo possível, mesmo se reinterpretada como ilustração das inúmeras possibilidades de sentidos”* (Spink & Menegon, 2004: 88). Desta forma, o rigor na perspectiva construcionista é concebido como *“a objetividade possível no âmbito da intersubjetividade”*, traduzido na *“possibilidade de explicitar os passos da análise e da interpretação de modo a propiciar o diálogo”* (Spink & Lima, 2004: 102). O mesmo pode ser alcançado segundo diferentes técnicas discutidas pelas referidas autoras. Para fins desse estudo utilizamos como técnica os mapas de associação de idéias. Sua escolha deveu-se ao caráter facilitador do processo de interpretação. Na construção dos mesmos todas as entrevistas foram transcritas e posteriormente seus conteúdos foram dispostos em colunas, respeitando sua seqüência, segundo as categorias de análise definidas de acordo com os objetivos da pesquisa e a leitura das mesmas.

A fase final da pesquisa relacionou-se à análise dos dados segundo o referencial teórico, a partir da qual buscou-se como conclusão responder à questão da pesquisa, tendo em vista os objetivos formulados.

CAPÍTULO II: A SAÚDE COMO CONCEITO E PRÁTICA SOCIAL

O conceito de saúde inclui-se no conjunto de conceitos que podem ser considerados imprecisos, sendo normalmente definido a partir de questões centrais e de outros conceitos com os quais se inter-relaciona (Sabroza, s/d).

“Assim, conceitos como equilíbrio, capacidade de realização e bem estar, certamente compõem seu núcleo central, embora não sejam suficientes para delimitar completamente o conceito de saúde. Igualmente, doença, sofrimento, incapacidade e não atendimento das necessidades básicas são conceitos externos que, por contraste, permitem a sua construção” (Sabroza, s/d: 8).

O conceito de saúde pode ser tomado como uma aproximação negativa, vinculado à doença e à morte, ou estar relacionado a uma aproximação positiva, entendido como qualidade de vida e produto social. Ao conceito predominante numa determinada época corresponde à forma com que uma sociedade organiza as práticas e os sistemas de saúde. Este se refere ainda às diferentes representações sociais.

A saúde, como expressão da vida, é vista universalmente como um bem a ser preservado. Ao ser tomada como valor, ultrapassa os contextos históricos, culturais e sociais. Em nosso meio freqüentemente ouvimos expressões populares tais como: “a saúde não tem preço” ou “só percebemos o valor da saúde quando a perdemos”. A saúde expressa, em sua complexidade, a capacidade de inserção no mundo das trocas sociais, vital para o desenvolvimento humano. Desta maneira, ao longo da história foram estruturadas diferentes formas de garantir e exercer algum controle sobre a saúde seja através de concepções místicas, religiosas ou da ciência moderna. Se a saúde se inscreve no imaginário coletivo como valor, cada povo, entretanto, desenvolveu práticas próprias de preservá-la, considerando a forma com que a concebe e os diferentes aspectos políticos, econômicos, culturais, sociais e religiosos do seu tempo. É nesse sentido que, *“independentemente da forma como organizam seus sistemas de serviços de saúde, prevalecem, nos países em geral, duas crenças fundamentais: a saúde tem um valor intrínseco para as pessoas e os serviços de saúde são necessários para manter a vida e para aliviar o sofrimento”* (Mendes, 2002:25), que estão na base dos objetivos compartilhados que caracterizam a teleologia dos sistemas sociais complexos, neste caso, dos sistemas de serviços de saúde.

A crítica a um sistema de saúde fragmentado e segmentado impulsionou ao

processo de construção social de um novo sistema de saúde. Segundo Mendes (1996), esse processo envolve um tempo de transição dialética e funda-se em três categorias centrais: a concepção do processo saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária. Essa mudança traria conseqüências na ordem governativa da saúde na cidade. A concepção do processo saúde-doença passaria de uma aproximação negativa a uma aproximação positiva ao entender saúde como qualidade de vida, produto social. Ao paradigma flexneriano, baseado no conceito de saúde como ausência de doença e centrado na prática médica, um novo paradigma é proposto, o da produção social da saúde. Este parte da incorporação de conhecimentos interdisciplinares e práticas intersetoriais, superando a setorização artificial da realidade, em consonância com o conceito positivo de saúde. No âmbito da prática sanitária, definida pelo autor como "*a forma como uma sociedade, num dado momento, a partir do conceito de saúde vigente e do paradigma sanitário hegemônico, estrutura as respostas sociais organizadas ante os problemas de saúde*" (Mendes, 1996:241), esta se deslocaria da atenção médica ao ser tomada como "vigilância da saúde". A prática de atenção médica caracteriza-se pelo predomínio da clínica, com utilização crescente de recursos tecnológicos, a partir de uma oferta de serviços médicos voltados ao tratamento e reabilitação de pacientes individualmente. Na perspectiva de vigilância da saúde as práticas em saúde envolveriam uma ação integral, com estratégias de intervenção resultantes da coordenação de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Desta forma, a vigilância da saúde como "*resposta social organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, organiza os processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção*" (Mendes, 1996:245).

A partir da recuperação histórica das práticas de saúde, informadas por diferentes processos políticos, econômicos e sociais, subjacentes à conformação dos sistemas de saúde, pode-se destacar que as mesmas partiram igualmente de concepções distintas do processo saúde-doença. Desta forma, a concepção de saúde se encontra na base da organização das práticas e dos sistemas de saúde.

Várias concepções foram formuladas ao longo do tempo, podendo, entretanto, co-existir num momento dado. A necessidade de combate às doenças transmissíveis motivou a formulação de diferentes teorias. A "teoria miasmática", que orientava uma intervenção voltada às mudanças no ambiente social, e a "teoria contagionista" que procurava intervir preventivamente na ocorrência das doenças a partir da interrupção do

contágio entre hospedeiro e o agente causal. Esta última prevaleceu como modelo explicativo a partir do desenvolvimento da microbiologia constituindo-se como a base do modelo biomédico e da medicina científica. Posteriormente é formulada uma concepção mais ampla, baseada na tríade agente - hospedeiro – ambiente, denominada de concepção ecológica. Nesta, parte-se da “*multicausalidade, em que agente e fatores determinantes de caráter individual - idade, raça, sexo, renda, etc - estão em relação com os hospedeiros, em determinado ambiente*” (Mendes, 1996:236). Essa concepção, entretanto, possui a mesma lógica de enfrentamento dos problemas que considera o corte entre causas e efeitos a partir de respostas unilaterais com predomínio da clínica e da atenção às pessoas. Neste sentido, a organização dos serviços parte da concepção que toma a saúde como ausência de doença e de ações preventivas e curativo-reabilitadora centradas na atenção médica, segundo elementos ideológicos do flexnerianismo. Tal concepção encontrou limitações não só explicativas, mas também operacionais, considerando o aumento crescente de demanda aos serviços, dos custos correspondentes e do baixo impacto nos níveis de saúde (Mendes, 1996). Grande parte deste esgotamento corresponde à mudança do perfil demográfico e epidemiológico observado, relativo ao aumento da expectativa de vida, à diminuição da taxa de fecundidade, ao predomínio das doenças crônicas e relacionadas às causas externas, num processo envolvendo os países desenvolvidos e em desenvolvimento conhecido como transição demográfica e epidemiológica.

Novas concepções de saúde passam a ser necessárias como modelos explicativos mais amplos. O modelo do “campo da saúde”, a exemplo do modelo ecológico, parte da idéia da multicausalidade, entretanto, incorpora em seu esquema explicativo a biologia humana, os estilos de vida, o ambiente e os sistemas de serviços de saúde. Este modelo subsidia o movimento da Promoção da Saúde originalmente formulado no Canadá, tendo o Relatório Lalonde (1974) como marco referencial.

Na concepção da promoção da saúde parte-se da relação entre saúde e condições de vida, amplamente demonstrada através de estudos clássicos. Em estudo sobre as tendências da situação da saúde na Região das Américas, de 1998, a OPAS demonstrou que os indicadores básicos de saúde e desenvolvimento humanos são determinados pelos diferenciais econômicos entre os países, estando diretamente relacionado ao seu Produto Nacional Bruto (Buss, 2000). A promoção da saúde parte do conceito ampliado de saúde e, como estratégia, envolve ações de diferentes setores considerando os múltiplos determinantes da saúde. A I Conferência Internacional sobre Promoção da

Saúde, realizada com a participação de aproximadamente 38 países, no ano de 1986, definiu através da Carta de Ottawa, a promoção da saúde como “*o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*” (WHO apud Buss, 2000:167). A saúde, nesta concepção, mais do que um objetivo a ser alcançado, passa a ser entendida como um recurso fundamental para a vida cotidiana. (Buss, 2000). A mudança conceitual da saúde trazida pela promoção traduz-se necessariamente numa mudança de práticas e de modelo de atenção.

“Fica claramente proposta a superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa desenvolvida nos estabelecimentos médico-assistenciais como foco essencial da intervenção. O resultado são transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, assim como nas práticas e na formação dos profissionais” (Buss, 2000:171).

Ao discutir o conceito de saúde e da diferença entre os conceitos de prevenção e promoção à saúde, Czeresnia (1999) aponta que essas dificuldades de diferenciação são nucleares ao surgimento da medicina moderna e da saúde pública. Estas partiram de uma racionalidade científica, com base em ciências positivas, que, ao adotarem representações do real, desconsideraram os limites conceituais relacionados às experiências concretas. Um outro aspecto refere-se a que “*o discurso científico, a especialidade e a organização institucional das práticas em saúde circunscreveram-se a partir de conceitos objetivos não de saúde, mas de doença*” (Czeresnia, 1999:702). A doença é tomada nessa perspectiva como objeto descolado da experiência de vida, sendo “*concebida como dotada de realidade própria, externa e anterior às alterações concretas do corpo dos doentes*” (Czeresnia, 1999:702).

Nesse sentido, a autora remete à questão da organização das práticas de saúde a partir do conceito de doença e dos limites que podem expressar na abordagem dos fenômenos e no campo de intervenção promocional pela saúde pública.

Para esta autora, a adoção de um campo de intervenção que escape ao reducionismo implica em considerar dentro do campo científico a possibilidade de comunicação com as diferentes formas de conhecimento valorizando a interação entre sensibilidade e pensamento. Reconhecer que qualquer forma de atenção à saúde necessariamente levará a uma operacionalização dos conceitos de saúde e de doença, traz como desafio a tentativa de conciliar razão e intuição, incorporando às dimensões biológicas e ambientais a dimensão social e a dimensão da singularidade e

subjetividade.

Desta forma, as concepções de saúde tem evoluído para concepções vinculadas à qualidade de vida da população, como nos fala Mendes.

“Essas concepções modernas de saúde implicam considerá-la em sua positividade, muito além, portanto, de suas conseqüências imediatas, indicadas negativamente, como doença, seqüela e morte. Saúde é, então, resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual, seja coletivamente. O que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais”. (Mendes, 1996:237).

Esse conceito amplo de saúde esteve na base das propostas de reformulação do sistema público de saúde no Brasil, desencadeado pelo movimento de reforma sanitária, com a adoção do lema “Saúde, direito de cidadania, dever do Estado”, posteriormente incorporado na Constituição Federal. Nesta concepção,

“a noção de saúde tende a ser socialmente percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa - e participativa – do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestões de políticas institucionais etc. Assim, a sociedade tem a possibilidade de superar politicamente a compreensão, até então vigente ou socialmente dominante, da saúde como um estado biológico abstrato de normalidade (ou de ausência de patologia)” (Luz, 1991: 88).

Segundo Mendes (1996), a evolução do conceito de saúde vai influir na forma como uma comunidade científica codifica o paradigma sanitário. Ao tomar paradigma dentro da versão Kuhniana sociológica, este autor estabelece que a construção social de um novo sistema de saúde deve transitar de um modelo baseado no paradigma flexneriano para outro por ele denominado de paradigma da produção social da saúde.

Em relação ao primeiro, este toma como base as recomendações do *Relatório Flexner*, publicado pela Fundação Carnegie, em 1910. Baseado numa série de redefinições em relação ao ensino da medicina esse documento teve forte expressão considerando o elevado aporte de recursos financeiros destinados à sua implementação por parte de fundações privadas americanas. Como parte do mesmo se destaca um conjunto inter-relacionado de elementos (Mendes, 1996). São eles:

- O **mecanismo** – o mecanismo introduz-se na medicina científica pela analogia

do corpo humano com a máquina que pode ser desmontada e remontada se sua estrutura e funções forem completamente entendidas.

- O **biologismo** – *o biologismo tem sua origem nos avanços tecnológicos da bacteriologia que conduziram à teoria dos germes e da etiologia específica. O biologismo pressupõe o reconhecimento, exclusivo e crescente, da natureza biológica das doenças e de suas causas e conseqüências, levando a uma concepção da história natural das doenças.*

- O **individualismo** – *o individualismo manifesta-se, de um lado, pela instituição do objeto individual da saúde e, de outro, pela alienação dos indivíduos excluindo, de sua vida, os aspectos sociais.*

- A **especialização** – *da troca da globalidade do sujeito e a profundidade do conhecimento de suas dimensões específicas, resultou a especialização. A especialização deriva, numa dimensão ideológica, do mecanismo que impôs a parcialização abstrata do objeto global, segundo um esquema contraditório que aprofunda o conhecimento específico e atenua a compreensão holística. Segundo, e numa dimensão econômica, a especialização decorreu da necessidade da fragmentação do processo de produção e do produtor, pela via da divisão técnica do trabalho. (Mendes, 1996:238).*

- A **tecnificação** - *a engenharia biomédica estrutura-se no flexnerianismo a partir da tecnificação do ato médico.*

- O **curativismo** – *predomínio do conhecimento fisiopatológico com ênfase no diagnóstico e terapêutica.*

O paradigma da produção social da saúde baseia-se no conceito positivo da saúde e seus fundamentos consideram a teoria da produção social, segundo a qual *“tudo o que existe é produto da ação humana na sociedade”* (Mendes, 1996:239). Nesse sentido, essa teoria considera o conceito de situação na qual um ator social toma a realidade como produção econômica, política, social, organizativa, cognitiva, ideológico-cultural e o agir sobre a mesma supõe o uso de recursos que podem acumular-se ou desacumular-se. O conceito de situação permite, desta forma, romper com a setorialização da realidade. Nas palavras desse autor:

“a produção social da saúde, além de dar conta de um estado de saúde em permanente transformação – porque passível de acumulação e desacumulação- permite a ruptura com a idéia de um setor saúde, erigindo-a como produto social resultante de fatos econômicos,

políticos, ideológicos e cognitivos. O que significa, necessariamente, inscrevê-la, como campo do conhecimento, na ordem da interdisciplinaridade e, como prática social, na ordem da intersectorialidade. O que esta em plena coerência com o conceito de saúde como expressão de qualidade de vida” (Mendes, 1996:241)

As práticas de saúde são entendidas como integrantes das práticas sociais. Estas são definidas como “conjunto das práticas que se interdeterminam dentro de um todo social dado” (Hebert apud Paim, 1997:13). Desta forma, se expressam em diferentes campos e através dos movimentos ideológicos que passaremos a abordar resumidamente.

A organização das práticas sociais de saúde é assumida no âmbito coletivo pelo Estado, estando na origem do surgimento do mesmo como Estado moderno. No final do século XVI e início do século XVII, nas nações europeias, a preocupação com a saúde da população passou a ter interesse para a viabilização do mercantilismo como prática política e não apenas como teoria econômica. A preocupação sanitária, entretanto, tomava caminhos diferentes. Enquanto na França e Inglaterra o Estado apenas estabelecia tabelas de natalidade e mortalidade, sem nenhuma intervenção sanitária, na Alemanha, no século XVIII, a prática médica visava à melhoria dos níveis de saúde da população, o que foi denominado de política médica de um Estado. Desta maneira, a Medicina Social constituiu-se nessas nações, apresentando-se de diferentes formas. Caracterizou-se como medicina de Estado na Alemanha, medicina urbana na França e medicina da força de trabalho na Inglaterra. Na medicina de Estado dada na Alemanha o objeto de intervenção não se referia ao corpo como instrumento de trabalho, mas sim como força estatal. É dessa forma que na origem da medicina moderna encontra-se fortemente o direcionamento ao social, e o máximo de estatização (Foucault, 1990). O Estado toma para si a responsabilidade pela definição de políticas, leis e regulamentos referentes à saúde e o papel de agente fiscalizador de sua aplicação social, remetendo os discursos e as práticas de saúde à instância jurídico-política (Paim, 2000).

Ainda no contexto internacional, no século XIX, o processo de industrialização dos países europeus potencializou a percepção da saúde como necessidade social para conquista do desenvolvimento econômico e legitimação do Estado. As práticas sociais direcionadas à saúde se incluíram num conjunto de ordenações no contexto do movimento de Medicina Social. A preocupação com a saúde envolvia medidas estatais não só voltadas aos indivíduos doentes, mas ao conjunto de cidadãos, que se tornam passíveis de regulação médica e de contínua vigilância (Paim, 2000).

Paralelamente, em outros países, entre eles os Estados Unidos, evidencia-se o aparecimento de um movimento caracterizado pela ação do Estado e de seus agentes voltada ao desenvolvimento de atividades profiláticas a uma população específica (pobres e excluídos), denominado de Sanitarismo. Baseava-se na utilização de tecnologias e organização racional para o desenvolvimento de atividades profiláticas de saneamento, imunização e controle de vetores. Tal movimento encontrou na descoberta da microbiologia um reforço em sua trajetória hegemônica, posteriormente denominado de Saúde Pública, tendo influência preponderante em seu arcabouço teórico e no desenvolvimento das práticas de saúde (Paim, 2000).

No início do século XX, no contexto dos Estados Unidos, a medicina passa por uma profunda transformação, a partir da reavaliação de suas bases científicas, desencadeada pelo Relatório Flexner, que corresponde ao surgimento da Medicina Preventiva e à disseminação de escolas de saúde pública e, posteriormente, a valorização da “atitude preventiva” na formação médica. Nos Estados Unidos a Medicina Preventiva representava uma “*leitura liberal e civil*” (Arouca apud Paim, 2000:40) da prática médica, caracterizando-se como uma reação à intervenção do Estado na organização social da assistência. Nos países da Europa Ocidental, entretanto, a Medicina Preventiva não causa maior impacto nem sobre o ensino nem sobre a organização da assistência à saúde, considerando a implantação de sistemas nacionais de saúde organizados segundo a lógica da hierarquização e do acesso universal da população, bem como da tradição das estruturas acadêmicas (Paim, 2000). Como exemplo, cabe destacar a criação na Inglaterra, no ano de 1948, do Nacional Health Service – NHS – que integrava ações de assistência médica às ações de saúde pública como parte das garantias sociais viabilizadas pelo Estado de bem-estar.

Partindo da compreensão da saúde como direito humano fundamental e do pressuposto da necessidade de políticas Estatais para o seu alcance surge como proposta alternativa ao modelo hegemônico de medicina científica a Medicina Comunitária. Também denominada de Medicina Simplificada e de Cuidados Primários de Saúde, esta assumiu forte expressão em vários países a partir do patrocínio de entidades internacionais como a Opas e a OMS. Suas origens estão identificadas ao relatório elaborado em 1920 pelo médico inglês Bertrand Dawson que, a partir da crítica ao modelo flexneriano, propôs a reestruturação dos serviços de saúde da Inglaterra considerando a integração dos serviços preventivos e terapêuticos na lógica de regionalização. Nos Estados Unidos, na década de 60, esse movimento de saúde com

forte ênfase comunitária, emerge fruto de “*intensa mobilização popular e intelectual em torno de importantes questões sociais, como os direitos humanos, a guerra do Vietnã, a pobreza urbana e o racismo*” (Paim, 2000:41). Este podia ser tomado em duas vertentes. A primeira referente à execução de ações por parte de agências voluntárias ou órgãos estatais visando superar as lacunas entre medicina de empresa e medicina pública e a segunda referente à articulação das escolas médicas visando à operacionalização da Medicina Preventiva (Paim, 1976). Desta forma, a Medicina Comunitária era entendida como uma proposta alternativa que buscava superar os impasses produzidos pelo baixo impacto e pelo alto custo do setor saúde.

A Medicina Comunitária se voltava para a racionalidade dos serviços baseados em noções de regionalização, hierarquização, participação comunitária e ação multiprofissional. O desenvolvimento de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação ficavam a cargo de uma equipe de saúde, a qual estabelecia uma forte vinculação à comunidade estimulando a participação da mesma. Através de centros comunitários de saúde, presente em áreas geográficas delimitadas, viabilizava-se a atenção básica e preventiva à população. Este movimento foi estendido a países da América Latina, entre eles Colômbia, Brasil e Chile, incentivado por organismos internacionais. Tal ideário da saúde comunitária esteve presente na formulação da atenção primária como estratégia de alcance das metas formuladas pela Assembléia Mundial de Saúde, segundo a consigna *Saúde para Todos no ano 2000* (SPT-2000), na Conferência Internacional sobre Atenção Primária, realizada em 1978 em Alma Ata, bem como no modelo de distritalização da saúde previsto na década de 80 através dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (Paim, 2000).

A importância da Medicina Comunitária na superação de uma política de saúde meramente racionalizadora refere-se à incorporação pela mesma das noções de “níveis de prevenção” da História Natural das Doenças (HND), bem como sua operacionalização da noção de níveis de atenção, na reorganização dos sistemas e serviços de saúde. Neste sentido, apresenta-se como uma possibilidade de enfrentamento a uma lógica de fragmentação da assistência, que contempla somente em parte, através de serviços básicos limitados, a parcela mais pobre da população.

Os movimentos ideológicos resumidos acima estiveram presentes na conformação dos sistemas e serviços de saúde no contexto de nosso país. A seguir veremos como as diferentes concepções de saúde se operacionalizaram em nosso meio.

CAPÍTULO III: POLÍTICA SETORIAL NO BRASIL. ASPECTOS HISTÓRICOS E CONFORMAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

No Brasil, o papel das políticas de saúde enquanto mecanismo de estabilização e manutenção da ordem sócio-política remonta ao período histórico do Brasil Colonial. As estratégias de controle das doenças transmissíveis baseavam-se no afastamento ou confinamento dos doentes, segundo uma perspectiva mais assistencial que curativa. Com a chegada da família real ao país, passou-se a desenvolver mecanismos de controle referente à profilaxia buscando intervir nas condições de vida e saúde da população através de ações de polícia médica, originárias da Alemanha do Século XVIII. Tais preocupações com a saúde da população ligavam-se à necessidade de desenvolvimento de atividades mercantis e de proteção à própria saúde da Corte. Desta forma, uma nova organização para o governo buscou o controle das epidemias e do meio ambiente. No ano 1808, a idéia de uma Política Sanitária da cidade se fortalece, estruturando-se através de serviços voltados à profilaxia das moléstias epidêmicas, baseadas na concepção miasmática e na intervenção sobre o meio através da urbanização (SES / SP, 1998).

Na segunda metade do século XIX e início do século XX os avanços conquistados a partir da noção de agente etiológico da doença e o desenvolvimento da bacteriologia permitiram uma nova forma de organização dos serviços e ações de saúde através da estratégia de vacinação. O modelo Campanhista caracterizou este período, marcado pelo desenvolvimento de ações de inspiração militarista e a utilização de medidas jurídicas voltadas à notificação de doenças, à vigilância sanitária e à vacinação obrigatória. Doenças como a cólera, febre amarela, varíola e peste bubônica ao lado de doenças infecciosas como tuberculose, hanseníase e febre tifóide colocavam em risco o desenvolvimento da economia, voltada à atividade cafeeira, bem como ameaçavam a população em geral gerando pressões políticas. Nesse contexto a saúde pública cresce como questão social. É importante destacar o caráter nacional assumido pela política de saúde, tendo Oswaldo Cruz à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública. Nesse período, denominado de Primeira República (1889 a 1930), *“consolidou-se uma estrutura administrativa centralista, tecnocrática e corporativista, isto é, ligada a um corpo médico em geral proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a República Velha”* (Luz, 1991:79).

Esse aspecto de centralização e autonomia do Estado permaneceu no período dos anos 30 aos anos 50, mesmo atendendo às necessidades da classe trabalhadora progressivamente organizada e numerosa considerando o processo de industrialização que marcou a economia dessa época. Nesse período a política de saúde é mais nitidamente estabelecida como política nacional e organizada nos sub-setores de saúde pública e o de saúde previdenciária. Se os programas de saúde pública buscavam a viabilização das condições sanitárias necessárias para fazer frente aos processos de urbanização, industrialização e imigração, sendo predominantes nos períodos anteriores, a saúde previdenciária assumiu tal predominância no cenário de hegemonia do Estado populista. O crescente movimento de integração e universalização da Previdência Social permitiu que um novo modelo predominasse no país. Este, denominado de modelo médico-assistencial privatista, caracterizava-se pela extensão da cobertura previdenciária, pelo predomínio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em relação às ações de saúde pública e pela prestação privada de serviços viabilizada através de uma rede assistencial montada a partir da intervenção estatal (Mendes, 2001). Nos anos 20 a expressão desse movimento se deu pela criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS). Na década de 30 foram criados por Getúlio Vargas os Institutos de Aposentadorias e Pensões, IAPs, organizados por categorias profissionais. É importante destacar que as categorias implicadas representavam maior poder de vocalização considerando sua capacidade de organização através de sindicatos, bem como por sua posição estratégica ao desenvolvimento econômico do país. Apesar da extensão progressiva das categorias beneficiadas, o acesso a essa política financiada parcialmente pelo Executivo, se encontrava restrita aos contribuintes da previdência. Nesse sentido, o direito à saúde é condicionado à inclusão ao mundo do trabalho, se restringindo a um grupo de trabalhadores, sendo estabelecida *“uma cidadania regulada, de caráter parcial e concedida por meio da articulação entre a política de governo e o movimento sindical”* (Carvalho, 1999:4). A condição de membro da comunidade nacional não mais garante a cidadania no que se refere à saúde. Ficam à margem todos os trabalhadores que não possuíam carteira assinada, entre eles trabalhadores urbanos e rurais.

A nível institucional cabe destacar o papel assumido em 1941 pelo Departamento Nacional de Saúde em relação ao controle técnico em saúde pública, integrando os serviços de combate às endemias e institucionalizando as campanhas sanitárias, bem como a criação, no ano de 1953, do Ministério da Saúde. No ano de

1960, de forma a uniformizar os benefícios destinados aos segurados da previdência, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência (LOPS). Em 1966 o caráter institucional do modelo médico assistencial privatista preponderante no período teve expressão pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A década de 60 foi marcada pela crise do sistema nacional de saúde em que permanecia a dicotomia da política de saúde revelada a partir da organização institucional voltada por um lado à saúde pública e por outro à saúde previdenciária. Em ambas percebia-se o esgotamento institucional para fazer frente às crescentes necessidades de saúde da população. À escassez financeira do Estado para responder à expansão das ações de saúde pública no contexto de desenvolvimento capitalista se somava à incapacidade do sistema previdenciário de responder a uma crescente pressão da demanda oriunda da massa assalariada urbana pelo acesso aos serviços. Tais serviços se tornavam ainda mais onerosos pela progressiva incorporação de recursos tecnológicos, que aumentavam ainda mais os custos da assistência à saúde. Esse impasse provocado pelos limites institucionais na área da saúde foi percebido de forma mais ampla “*como impasse estrutural, envolvendo o conjunto das políticas sociais e a própria ordem institucional e política*” (Luz, 1991:80). Essa situação gerou um movimento reivindicatório por reformas por parte de elites progressistas que, entretanto, foi interrompido pelo golpe militar de 1964. Esse movimento seria posteriormente retomado incorporando outros atores sociais no período de finalização do ‘milagre brasileiro’. Os marcos da política desse período, de 1968 a 1975, foram estabelecidos por Luz, os quais sistematizaremos a seguir.

- política de saúde constituída a partir de uma ampla reorientação institucional por parte do Estado, baseada numa síntese dos modelos anteriores de campanhismo e curativismo a partir da centralização e concentração do poder institucional.

- contexto político limitante aos direitos de cidadania e à participação da sociedade civil, caracterizado pela concentração do poder no Executivo, que governava através de decretos presidenciais e atos institucionais.

- influência da política econômica, que preconizava um crescimento acelerado a partir de elevada taxa de produtividade, levando a uma difusão da ideologia do consumo, traduzida na saúde como consumo de atos médicos.

- expansão da rede assistencial privada, conveniada com a Previdência Social, e das faculdades de medicina, que se voltava para o ensino especializado e dependente de recursos tecnológicos, desvinculados da realidade sanitária da população.

A falta de legitimidade alcançada por essa política de saúde centralizadora, segmentada, tecnicizada, autoritária e baseada na lógica do lucro levou a um crescente descontentamento, traduzidas entre outras manifestações nos conflitos dos usuários nos serviços de saúde, nas greves dos residentes de medicina e nos movimentos comunitários.

- O Sistema Nacional de Saúde

No sentido de imprimir maior racionalidade ao modelo de saúde adotado é criado, através da Lei 6.229, de 17 de julho de 1975, o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Este teve como base as diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento e adotou como referencial doutrinário a teoria de sistemas. Ao lado da definição das competências das diferentes instituições foi buscado o estabelecimento de mecanismos de integração e coordenação (Mendes, 1996). Depreende-se a busca de integração do conjunto de serviços existentes e ações de saúde do seu artigo 1º, transcrito abaixo.

Art 1º O complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltado para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde...

Para viabilizá-lo são previstas ações em diferentes campos. Ao Ministério da Saúde coube como atribuição formular a política nacional de saúde, bem como *“promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo..”*(Brasil, 1975). Estas envolviam, entre outras medidas, a proteção da saúde e combate às doenças transmissíveis, a elaboração de normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, a coordenação das ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária e a avaliação do estado sanitário da população. Ao Ministério da Previdência e Assistência Social foi prevista a atuação voltada principalmente para o atendimento médico-

assistencial individualizado, cabendo ao mesmo a elaboração de planos de prestação de serviços às pessoas, a coordenação desse sub-sistema com capacidade de credenciamento e contrato de instituições com fins lucrativos ou não, a fixação de normas e padrões para prestação de serviços de saúde a pessoas em consonância com o Ministério da Saúde, além de medidas facilitadoras da utilização de medicamentos. O Ministério da Educação e Cultura foi *“incumbido principalmente da formação e da habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde”* (Brasil, 1975). Os Ministérios de forma geral foram envolvidos, sendo que os Ministérios do Interior e do Trabalho tiveram um detalhamento das medidas de sua competência, cabendo ao primeiro a realização de obras de saneamento ambiental e a orientação da política habitacional e ao segundo o desenvolvimento de atividades de higiene e segurança do trabalho, prevenção de acidentes e doenças profissionais.

Além da instância ministerial a Lei 6229 previu a participação dos Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios, que, a partir de incentivos técnicos e financeiros da União, teriam que organizar seus serviços, atividades e programas de saúde, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde. Coube aos Estados, ao Distrito Federal e aos Territórios:

- 1) Instituir em caráter permanente o planejamento integrado de saúde da unidade federada, articulando-o com o plano federal de proteção e recuperação da saúde, para a região em que está situada;
- 2) Integrar suas atividades de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde;
- 3) Criar e operar com a colaboração dos órgãos federais, quando for o caso, os serviços básicos do Sistema Nacional de Saúde previstos para unidade federada;
- 4) Criar e operar as unidades de saúde do subsistema estadual, em apoio às atividades municipais;
- 5) Assistir técnica e financeiramente os municípios para que operem os serviços básicos de saúde para a população local;
- 6) Cooperar com os órgãos federais no equacionamento e na solução de problemas de saúde de sua área.

Aos Municípios coube:

- 1) Manter os serviços de saúde de interesse da população local,

- especialmente os de pronto socorro;
- 2) Manter a vigilância epidemiológica;
 - 3) Articular seus planos locais de saúde com os planos estaduais e federais para a área;
 - 4) Integrar seus serviços de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde.

Alguns aspectos podem ser destacados como relevantes na Lei 6229. No art. 2º o papel previsto para o Conselho de Desenvolvimento Social no sentido de compatibilizar os programas dos diferentes Ministérios à Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministério da Saúde. No art. 4º observa-se a busca da racionalização na elaboração de planos e programas de saúde, visando através de coordenação intersetorial um aumento da produtividade e o melhor aproveitamento de recursos e meios disponíveis em âmbito nacional, regional e local. Através do art. 5º evidencia-se a busca pela elaboração por parte dos Ministérios de programas regionais que pressuponham a integração entre órgãos públicos e privados segundo levantamento epidemiológico e do diagnóstico local da área. A programação regional foi formulada ainda através do parágrafo único prevendo o papel das Coordenadorias Regionais de Saúde, do Ministério da Saúde, instituídas pelo Decreto nº 74.891, de 13 de novembro de 1974, concebidas para atuar “como unidades de apoio ao Sistema Nacional de Saúde, com vistas à conjugação de esforços para elaboração de programas regionais que integrem num todo harmônico as atividades preventivas, curativas e de reabilitação”. Por último esta lei busca regulamentar a construção ou ampliação de novos hospitais e outras unidades de saúde, bem como o seu financiamento, condicionado-os à aprovação prévia.

Pode-se perceber na Lei 6229 uma busca pela re-orientação institucional através de mecanismos de integração, coordenação, descentralização e de controle da rede assistencial. Entretanto, um ano após sua publicação a percepção era de que não havia “*sinais de alterações substanciais no sistema, que prossegue incoordenado e caótico*” (Mello, 1976:24). Desta forma, a Lei 6229 encontrou limites em ultrapassar o papel de “*protocolo de especialização de funções*” (Carvalho, 1999:8). Apesar do papel atribuído ao Ministério da Saúde na formulação da política nacional de saúde, este Ministério se manteve em posição secundária em relação ao Ministério da Previdência e Assistência Social, considerando o volume de recursos públicos transferidos para o mesmo. Nas palavras de Carlos Gentile de Mello:

“Essa preponderância do Ministério da Previdência, que se faz sentir, praticamente, em todas as oportunidades, assume especial significado em face da orientação vigente na política assistencial do sistema de seguros sociais.

A prestação de serviços a cargo do Ministério da Previdência se fundamenta na assistência hospitalar, sabidamente a forma mais onerosa e nem sempre a mais recomendável” (Mello, 1975: 25)

Além de centralizada na atenção hospitalar essa política assistencial adotada pelo Ministério da Previdência priorizou a privatização da medicina, segundo a lógica de mercado e de lucro conforme estabelecido no Plano de Pronta Ação da Previdência Social, de 1974. Nesse sentido, a produção de serviços era realizada predominantemente pelos serviços contratados, escolhidos preferencialmente em detrimento dos serviços próprios da Previdência. Os fortes interesses da iniciativa privada foram considerados como obstáculos à implantação do Sistema Nacional de Saúde e de suas medidas racionalizadoras originadas da tentativa de controlar os crescentes custos envolvidos não só pelo desenvolvimento econômico e conseqüente aumento da demanda, mas também pelas distorções da compra de serviços (Mello, 1975). O Ministério da Previdência, ao mesmo tempo em que buscava atender as necessidades dos trabalhadores como forma de legitimação do governo pela incorporação da dimensão social ao processo econômico, procurava conciliar o interesse mercadológico do setor privado, assumindo assim um papel mediador e de preservação da ordem social capitalista.

Ainda no ano de 1975, mais precisamente no período de 05 a 08 de agosto, é realizada a V Conferência Nacional de Saúde. No discurso de abertura do Ministro da Saúde à época, Dr. Paulo de Almeida Machado, é apresentado o elenco das medidas tomadas nos 16 meses do Governo Geisel em relação à saúde que propiciaram *“condições inéditas para uma ação eficaz”*. Como medida inicial é identificada a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social,

“ o que permitiu ao Ministério da Saúde concentrar-se em sua ação normativa e nas ações de interesse coletivo, conforme sua vocação, (...) a criação das Coordenadorias Regionais de Saúde, facilitando a descentralização e estabelecendo o traço de união que faltava, entre o Planejamento do Desenvolvimento Sócio-Econômico Regional e os Planos de Saúde, (...) a criação do Conselho de Desenvolvimento Social, conferindo operacionalidade à sintonia interministerial, e (...) a Lei 6.229, organizando racionalmente um sistema de saúde espontâneo e institucionalizando o Sistema Nacional de Saúde” (Brasil, 1975).

Esta Conferência contou com autoridades do Ministério da Saúde e do Governo dos Estados, Territórios e Distrito Federal, convidados especiais do Ministério da Saúde, incorporando ao coletivo previsto para participação em Conferências representantes dos Ministérios Integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social. A partir da discussão do temário da Conferência, estes deveriam produzir subsídios para a regulamentação da Lei 6.229, bem como para a elaboração da Política Nacional de Saúde, a ser posteriormente submetida ao Conselho do Desenvolvimento Social, no prazo de 10 meses.

Como proposta central da V Conferência Nacional de Saúde foi colocada a constituição de um sistema nacional de saúde com atribuição de coordenação de todos os serviços relacionados à saúde, objetivando a eliminação de duplicidade e paralelismo nas ações desenvolvidas pelas diferentes instituições. Em relação ao setor privado a mesma recomendou a sua integração ao sistema, buscando uma conciliação entre a expectativa de lucro desse setor e o interesse coletivo. De forma geral, as recomendações dessa Conferência voltaram-se para a recuperação rápida da força produtiva através da busca de maior racionalização da assistência em saúde (Gittoni, 1977:35).

Ao analisar a V Conferência, essa autora nos informa:

“a proposta oficial da V Conferência deixa transparecer, em muitos pontos, uma concepção de planejamento de cunho tecnocrático, que tende a fornecer critérios de maximização para toda a coletividade, como se a sociedade fosse um todo homogêneo, sem classes ou frações de classes com interesses diferentes, na maioria das vezes até antagônicos. Não dá conta, nem mesmo da divergência no seio das frações de classe que estão no poder e não torna clara a quase “hegemonia” de uma das instituições que constitui o Sistema Nacional de Saúde, no caso a Previdência Social, sobre as demais, imprimindo tendências próprias à política do setor” (Gittoni, 1977:35).

O Sistema Nacional de Saúde, ao adotar o enfoque sistêmico como mecanismo de organização e funcionamento dos serviços e instituições de saúde, traduzido como maior racionalidade técnico-científica, partiu da possibilidade da unificação de propósitos do conjunto de instituições envolvidas, colocando o jogo de interesses entre os participantes como questão política não explicitada. A conformação institucional, entretanto, impunha uma realidade bastante distinta onde diferentes modelos co-existiam atendendo interesses específicos de grupos sociais caracterizando-se pela

competição entre si e heterogeneidade de objetivos. Tais modelos dividiam-se, de forma ampla, em modelos de privatização e de estatização. No Sistema Nacional de Saúde a intervenção do Estado não se coloca como modelo em oposição ao sistema privado, mas ao contrário incorpora essa lógica passando a viabilizar a sua expansão através do seu financiamento e contratação.

“No caso da forma de organização da atenção médica, isto se dá pela imposição de um modelo que não é o resultado de um debate entre as alternativas propostas por diferentes grupos, mas sim uma forma de compromisso, baixada verticalmente” (Oliveira, 1977: 62).

O contexto de implantação do Sistema Nacional de Saúde caracterizou-se pelo modelo político autoritário em que a maioria da população não se fazia representar. É desta forma que a Lei 6229 é promulgada um mês antes da realização da V Conferência Nacional de Saúde, sendo esta última organizada de forma fechada e arbitrária, sem representação de segmentos da sociedade, onde se referendou o discurso oficial da política prevista na lei.

No ano de 1977 foi criado o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS) através da Lei 6.439 em consonância com a Lei do Sistema Nacional de Saúde. O movimento de organização da Previdência Social voltado à expansão da população previdenciária e à centralização administrativa do modelo de gestão previu ainda a constituição de uma nova forma institucional. Desta maneira, nasce inserido num contexto de especialização das organizações previdenciárias o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão concentrador dos recursos da saúde (Mendes, 1996).

Nesse sentido, a década de 70, caracterizou-se por um conjunto de medidas políticas, jurídicas e institucionais que, mais do que fornecer respostas às limitações do sistema, já identificadas como críticas desde os anos 60, acabou por fornecer as bases necessárias à hegemonia do modelo médico-assistencial privatista, mantendo intacto os seus três eixos de sustentação: *“o Estado como o grande financiador do sistema através da Previdência Social; o setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica e o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos”* (Mendes, 1996:26).

Entre os mecanismos empregados na viabilização desse modelo destacam-se a implantação do Plano de Pronta Ação (PPA), que universalizou a atenção às urgências e

estabeleceu formas de pagamento referentes a contratos e credenciamentos por serviços prestados e convênios por subsídio fixo, e a instituição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Este Fundo, que se destinava a financiar o investimento fixo de setores sociais, foi responsável pela grande expansão dos serviços de alta densidade tecnológica e desenvolvimento do setor privado. Desta forma, se o PPA criava as possibilidades de um mercado cativo, o FAS garantia uma expansão física da área hospitalar privada com o subsídio de recursos previdenciários (Mendes, 1996).

Nesse contexto hegemônico, surge no início da década de 70, a partir da criação de Departamentos de Medicina Preventiva e Social de algumas Universidades, entre elas, a USP, a UNICAMP, a UERJ, a Faculdade de Saúde Pública e a Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, um crescente pensamento voltado à reforma do Sistema de Saúde. Estas idéias reformadoras impulsionaram experiências piloto de “medicina comunitária” vinculadas a alguns municípios, entre eles Paulínia e Montes Claros. A partir daí outras experiências de maior escala foram implantadas voltados ao desenvolvimento do modelo de extensão de cobertura (Mendes, 1996). Cumpre destacar a crescente mobilização de profissionais de saúde alcançada a partir de 1976 pela a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), ano em que, através de eleições municipais, assumem o governo partidos de oposição ao regime autoritário em várias cidades, entre elas, Campinas, Niterói, Londrina, Rezende, São José dos Campos e Lages. Estas cidades criaram redes de serviços básicos e de emergência com ampla participação da comunidade (Carvalho, 1993).

No ano de 1976, o governo federal lança através da Secretaria de Planejamento da Presidência da República um programa de “medicina simplificada” denominado de Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS). Da gestão do mesmo tomaram parte um conjunto de técnicos oriundos das experiências piloto municipais. Posteriormente, em 1979, esse Programa foi estendido às demais regiões do Brasil gerando uma grande expansão da rede pública ambulatorial (Mendes, 1996).

Através do PIASS se buscou a operacionalização do SNS através da organização de um conjunto de ações desenvolvidas por postos e Centros de saúde de povoados e municípios de áreas rurais nordestinas baseadas nas diretrizes de “hierarquização”, “regionalização” e “integração”, em que se esperava alcançar um modelo de atenção onde os serviços seriam organizados por níveis de complexidade, com acesso universal. A implementação do Programa foi permeada de conflitos de

interesses entre os diferentes órgãos responsáveis. Tal fato representou um processo de descentralização meramente geográfica das ações sem a correspondente descentralização financeira e administrativa das instituições e uma participação comunitária que não compartilhava o processo decisório, se caracterizando como meio de execução das tarefas previstas pelo Programa. Apesar desses limites o PIASS foi considerado como campo de luta e de reflexão de questões da política de saúde (Teixeira et al, 1980).

Tal estratégia envolvia tanto a defesa dos interesses da população por parte de atores sociais comprometidos com a reforma do sistema quanto à tentativa de introdução de uma nova lógica no sistema vigente que objetivava alterar a relação custo benefício no Sistema Previdenciário. Esta última vinculava-se à busca de superação da crise da capacidade de financiamento por parte do INAMPS, em que os recursos destinados à compra de serviços do complexo médico hospitalar privado consumiam a maior parte do seu orçamento. Os recursos restantes financiavam os serviços da rede própria ou conveniada encarregada do atendimento às patologias não lucrativas que atingem uma grande parcela da população. Nesse contexto, foram estimuladas tanto a Medicina de Grupo, onde através de um convênio o INAMPS repassava às empresas contratantes subsídios fixos para a assistência médica a ser oferecida por empresas especializadas, quanto às experiências de Medicina Comunitária em que se objetivou o acesso de uma parcela “marginalizada” da população aos serviços médicos. Estes serviços, entretanto, aplicavam a “medicina simplificada” e utilizavam recursos comunitários como forma de expansão de cobertura a baixo custo (CEBES, 1980).

Desta forma, a expansão da cobertura da assistência médica para o conjunto da população, e não apenas para os segurados da Previdência, ao lado de um quadro de redução do financiamento do INAMPS em decorrência da política econômica recessiva, consequência da redução da oferta de empregos e da arrecadação das contribuições previdenciárias, levou à adoção de uma série de medidas racionalizadoras no final dos anos 70. Entre essas medidas estava a criação no MPAS da Empresa de Processamento de Dados da Previdência (DATAPREV), objetivando o controle de gastos através do combate a fraudes e outras evasões. Outra medida se referiu ao direcionamento da assistência médica à rede pública através da ampliação dos convênios com órgãos públicos das Secretarias de Saúde, do Ministério da Saúde ou de Universidades públicas, considerando o seu menor custo e a capacidade de planejamento e controle dos gastos (Carvalho, 1999).

No ano de 1980 a operacionalização da proposta de extensão de cobertura a partir de uma rede de atenção primária foi buscada a partir da criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Esse Programa, que envolvia a articulação dos Ministérios da Saúde da Previdência e Assistência Social, previa a integração das ações preventivas e curativas, segundo os princípios de regionalização, hierarquização, participação comunitária, integralização das ações de saúde, uso de técnicas simplificadas, utilização de pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema (Mendes, 1996). Esse Programa na prática não se efetivou tendo em vista a forte resistência e oposição ao mesmo imposta tanto pelo setor privado quanto pela burocracia do INAMPS (Heimann et al, 2000). Outras implicações sobre a implantação desse Programa foram levantadas por Teixeira et al (1980). Essas dizem respeito à questão de que a generalização do consumo de serviços financiados através de convênios entre o INAMPS e as Secretarias de Estado acabaria recaindo sobre os trabalhadores, com conseqüências danosas em relação à quantidade e qualidade dos serviços oferecidos, deixando intocados os interesses predominantes à época.

“É importante assinalar que esta proposta de universalização da assistência incorpora-se ao projeto de hegemonia de fração de classe ligada aos interesses multinacionais. A “integração” inter-institucional significa uma tentativa de compatibilização dos interesses consubstanciados na direção do MPAS, quais sejam solucionar a crise financeira da Previdência, sem antagonizar-se com as indústrias de medicamentos (fração multinacional dominante em Saúde), com aqueles corporificados no MS, isto é, agilizar os Programas voltados para a saúde coletiva, cujas funções políticas são claras” (Teixeira et al, 1980: 8).

Destaca-se nesse período, entretanto, propostas alternativas formuladas a partir da ampliação do espaço de atuação das entidades representativas dos profissionais de saúde, organizados através de sindicatos e associações de classe. Da mesma forma um avanço é observado no âmbito parlamentar a partir da realização, em outubro de 1979, do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Esse Simpósio contou com a participação de aproximadamente 800 pessoas, entre parlamentares, representantes de associações de classe na área de saúde, de sindicatos, bem como de intelectuais, entre outros. Evidencia-se através do mesmo o conflito entre as diferentes instituições. Estas, por um lado, interessadas na manutenção da política privatizante (Federação Brasileira de Hospitais e Associação

Brasileira de Medicina de Grupo) e, por outro, na democratização da saúde (CEBES, etc). A partir dessas últimas, um conjunto de propostas é encaminhado ao Simpósio através de documentos. Ressalta-se, nesse processo, a importância do documento apresentado pelo CEBES, “A Questão Democrática na área de saúde” considerando que o mesmo propõe a criação do Sistema Único de Saúde, com atribuição ao Estado da responsabilidade total pela administração do Sistema (Teixeira et al, 1980).

Este documento parte da análise da conjuntura da saúde no país e encaminha uma série de propostas como contribuição ao debate. No sentido do alcance de uma Saúde autenticamente democrática o documento aponta:

“o reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação da sua saúde; o reconhecimento do caráter sócio-econômico global destas condições (...); o reconhecimento da responsabilidade parcial, porém, intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população; o reconhecimento, finalmente, do caráter social deste Direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supra mencionadas” (CEBES, 1980:12).

Entre outras medidas aponta aquelas que detenham o empresariamento da medicina, transformando os atos médicos lucrativos em um bem social gratuito; o planejamento e execução da política nacional de saúde pelo Sistema Único de Saúde; o financiamento baseado numa maior participação proporcional do setor saúde nos orçamentos federal, estadual e municipal; a organização do Sistema de forma descentralizada, articulando sua organização com a estrutura político-administrativa do país em seus níveis federal, estadual e municipal, estabelecendo unidades básicas, constituídas por aglomerações de população que eventualmente reuniriam mais de um município ou desdobrariam outros de maior densidade populacional. Esta descentralização tem por fim viabilizar uma autêntica participação democrática da população nos diferentes níveis e instâncias do sistema, propondo e controlando as ações planejadas de suas organizações e partidos políticos representados nos governos e assembleias e instâncias próprias do Sistema Único de Saúde. Esta descentralização visa por um lado maior eficácia, permitindo uma maior visualização, planificação e alocação dos recursos segundo as necessidades locais. Mas visa, sobretudo, ampliar e agilizar uma autêntica participação popular a todos os níveis e etapas na política de

saúde (CEBES, 1980: 12).

As propostas citadas podem ser vistas como a expressão de um conjunto de idéias transformadoras, que subsidiarão o processo de reforma sanitária, a qual progressivamente se fortalecia no âmbito nacional. Esse processo foi desenvolvido a partir dos anos 80, tendo como referência diferentes marcos históricos. Os principais serão apresentados a seguir, dentro do contexto político do país.

- A Reforma Sanitária

A década de 80 se inicia no contexto de crise de legitimidade do regime militar, sendo esta crise em grande parte conseqüência do fracasso do desenvolvimento de políticas sociais. Entre elas, a política de saúde encontrava uma expressiva importância. Segundo Luz,

“os serviços de saúde se tornaram o foco da crise do modelo de política social vigente entre 1975 e 1982. Não era para menos: as condições de saúde da população tornaram-se críticas, por causa de uma política concentradora, centralizadora, privatizante e ineficaz, expressão do regime político autoritário” (Luz, 1991:83).

É dessa forma que, pela sua importância, as propostas de re-estruturação das políticas de saúde, através de uma reforma sanitária, tiveram um papel indissociável da re-ordenação política do país em busca da ‘abertura democrática’. A reforma sanitária considerou em sua base ideológica a participação da sociedade nas políticas de saúde, participação essa entendida não só em seu aspecto de democratização do acesso a bens e serviços, como efeito das políticas redistributivas do Estado, mas também como democratização do acesso ao poder considerando os mecanismos de funcionamento Estatal. Neste sentido, a Reforma Sanitária adotou uma perspectiva mais ampla como reforma da política, onde o direito universal da saúde não estava em separado do direito à participação no poder (Carvalho, 1997).

Desta forma, a Reforma Sanitária é entendida como *“um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos”* (Mendes, 1996: 42). Tal construção envolve uma base ideológica que pressupõe a participação comunitária, com mecanismos de controle e gestão sobre o sistema, bem como a ampliação da consciência sanitária por parte dos cidadãos e uma nova ética

profissional.

Como movimento político-ideológico, a Reforma Sanitária contou com a participação de diferentes atores sociais: a população organizada, técnicos do setor, parlamentares, protagonistas institucionais, entre eles, CEBES, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), constituída no ano de 1979 e as instituições acadêmicas.

Em 1982, o tema da saúde se tornou prioritário no campo de propostas conduzidas nas primeiras eleições livres para o Congresso e Assembléias Legislativas após 20 anos, sendo compromisso assumido por diversos deputados estaduais e federais eleitos. No ano seguinte a sociedade organizada encontrou novas condições de possibilidade de reivindicação de políticas sociais, inclusive políticas de saúde, que garantissem os direitos de cidadania. *“Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania”* (Luz, 1991: 84). A transformação de uma conjuntura ditatorial para uma conjuntura de estabilidade democrática, entretanto, não ocorreu de forma imediata, se caracterizando como um processo longo e com vários aspectos de contradição, tanto ao nível dos discursos institucionais quanto ao nível das práticas. Em relação às últimas, apesar dos conflitos de interesses econômicos e políticos, várias experiências de descentralização da gestão para o nível local tiveram início, incorporando o controle social como estratégia de participação democrática.

As condições institucionais para tal estiveram vinculadas à criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), programa formulado no âmbito do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) com objetivo de *“revitalizar e racionalizar a oferta do setor público, estabelecendo mecanismos de regionalização e hierarquização da rede pública das três esferas governamentais, até então completamente desarticuladas”*. (Carvalho, 1999:11). Este programa resultou em avanços progressivos tanto para a universalização do acesso aos serviços por parte de clientela não cobertas, mas igualmente pela descentralização a partir dos municípios e operacionalização integrada entre as diferentes instâncias do sistema público. Para tal, mecanismos de gestão como a formulação de planos de saúde, a assinatura de convênios entre os diferentes níveis de governo e a instalação de *comissões interinstitucionais de saúde* no âmbito estadual, regional, municipal e local, foram elementos importantes na direção do aperfeiçoamento do sistema de saúde. Nesse sentido, mesmo englobando uma pequena parcela dos recursos financeiros do INAMPS, as AIS tiveram um papel de

destaque por fornecer as bases técnicas para as transformações que viriam a ocorrer no fim dos anos 80 (Carvalho, 1999).

Mendes (1996) caracteriza dois momentos de implantação das AIS. O primeiro, relativo ao período de 1983 a 1985, onde as AIS assumem a forma de um programa de atenção médica concomitante a outros vinculados às Secretarias Estaduais e Municipais na área de saúde pública. Por outro lado, a adoção de mecanismos de compra e venda de serviços acabou por incorporar nas instituições públicas a cultura da atenção médica, em que o setor estatal passa a assemelhar-se ao setor privado ao ser tomado como mais um prestador de serviços. Os avanços nesse período dizem respeito à criação de mecanismos de gestão colegiada entre as esferas de governo e entre os órgãos setoriais do governo federal, através da criação da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN) e das CIS's, CRIS's, CIMS's e CLIS's nos níveis estadual, regional, municipal e local. O segundo momento concerne ao início do Governo Sarney e instalação da Nova República, em 1985, até a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Neste período destaca a ocupação de profissionais oriundos do movimento sanitário em postos políticos de importância estratégica no âmbito do Ministério da Saúde, MPAS e INAMPS e as concepções doutrinárias inerentes ao discurso da Nova República. Estas incorporavam o ideário do movimento de reforma sanitária considerando o entendimento do direito universal à saúde e do dever do Estado em propiciá-la, a descentralização das ações de saúde, com mando único em cada instância de governo, bem como a modificação da base jurídico-legal do modelo médico vigente, apontando para a convocação de uma Conferência Nacional de Saúde como subsídio à instalação da Assembléia Nacional Constituinte. Neste período se introduz ainda um mecanismo de planejamento descentralizado e integrado, a Programação e Orçamentação Integrada (POI). Este representou,

“uma valorização dos mecanismos de co-gestão, na ativação das respectivas secretarias técnicas, na introdução de financiamento a ações preventivas e na democratização do controle e avaliação através da participação social, especialmente nas CIM's” (Mendes, 1996: 40).

No ano de 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde. Esta Conferência, ao contrário das demais, se caracterizou pelo caráter democrático envolvendo um expressivo número de participantes, entre eles, membros da sociedade civil. Foi também a primeira Conferência Nacional de Saúde configurada a partir da

realização prévia de Conferências Estaduais e Municipais. Caracteriza-se, desta forma, como o momento de consolidação do projeto democrático de reforma sanitária e, a partir de suas bases político-ideológicas, subsidiou a constituição de dois processos iniciados a partir do ano de 1987. No âmbito do executivo esse processo se vinculou à implantação do SUDS, através do Decreto nº 94.657 / 87 (Mendes, 1996). Este programa redefiniu as funções e atribuições das esferas de governo, fortalecendo o processo de descentralização da gestão para os estados e municípios com a definição de coordenação política, planejamento, supervisão, normatização e regulamentação do relacionamento do setor privado como funções do nível federal. Nesse sentido, as unidades do INAMPS passaram à gestão estadual e municipal, cabendo a este órgão as funções de planejamento, orçamentação e acompanhamento (Carvalho, 1999). Apesar dos avanços, o SUDS encontrou limites em sua implementação, que envolveu a excessiva estadualização da desconcentração e levou a uma ação clientelística de municipalização seletiva. Destaca-se ainda no contexto de limitações do SUDS a frágil implantação dos distritos sanitários como estratégia de transformação do modelo assistencial. No âmbito do poder legislativo o resultado da VIII CNS se relacionou à elaboração da nova constituição brasileira. A Constituinte se caracterizou como espaço democrático construído em várias etapas em que tiveram papel de destaque um núcleo de congressistas apoiados pelas forças comprometidas com a reforma sanitária brasileira (Mendes, 1996).

- O Sistema Único de Saúde

No ano de 1988, com base nos direitos de cidadania garantidos pela promulgação da nova Constituição Federal, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

O texto constitucional incorpora as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, apresentando de forma inovadora uma seção sobre a saúde. Nesta, destaca-se o conceito ampliado de saúde, que considera os determinantes e condicionantes do meio físico, social, biológico, econômico, cultural e de oportunidade de acesso aos serviços de saúde e a necessidade de intervenção a partir de vários setores. A Constituição legitima igualmente o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, superando o modelo baseado no seguro social em que apenas tinham acesso aos serviços aqueles que por eles pagavam diretamente ou os obtinham através de contribuições previdenciárias. Neste sentido, foi proposto um Sistema de Saúde de

caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, com controle social, onde os serviços privados assumiam um papel complementar condicionado às diretrizes do SUS.

Posteriormente, no ano de 1990, O SUS é regulamentado através das Leis 8.080 e 8.142.

A Lei Orgânica da Saúde, promulgada em 19 de setembro de 1990, teve a sua elaboração voltada ao cumprimento do princípio constitucional, presente no artigo 196, no qual *“a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (Brasil, 1990). A formulação da Lei 8.080 se voltou igualmente à indicação de caminhos e viabilização de mecanismos para o alcance do objetivo de transformação no perfil de saúde evidenciado nacionalmente. Neste sentido *“dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”* (Brasil, 1990).

Através da Lei 8.080 foram revogadas a Lei nº 2.312, de 03 de setembro de 1954 e a Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975.

A partir da Lei 8.080 foram definidos como objetivos e atribuições do SUS a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação da política de saúde com a concomitante ação do Estado nas políticas sociais e econômicas visando à redução de riscos, bem como garantindo o acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. O campo de atuação do SUS prevê ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Inclui ainda a participação nas políticas de saneamento básico e de proteção do meio ambiente; da formulação da política medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos; da ordenação da formação de recursos humanos; da vigilância nutricional e alimentar; do incremento do desenvolvimento científico e tecnológico; da formulação e execução da política de sangue e seus derivados; o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde e a participação no controle e na

fiscalização na produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.

Considerando os preceitos da Constituição Federal, um conjunto de diretrizes e princípios foi previsto como norteador do SUS, podendo tais princípios ser dividido em doutrinários (ou éticos), que estão relacionados aos objetivos finalísticos do SUS, e organizacionais (ou operativos), que se vinculam aos processos necessários para o cumprimento das diretrizes desse sistema (Barata et al, 2004). São eles:

Doutrinários:

- Universalidade – é a garantia de atenção à saúde a todos os cidadãos. Este direito se relaciona não só ao acesso aos serviços de saúde, mas também aos resultados de políticas sociais e econômicas voltadas aos fatores determinantes e condicionantes, entre outros, à alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, ao transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, que interferem nos níveis de saúde (Brasil, 1990).

- Equidade – parte do reconhecimento das diferenças entre as necessidades de saúde entre os indivíduos ou regiões. Desta forma, ao incorporar a noção de justiça social, visa desenvolver ações de forma a atender tais necessidades até o limite do que o sistema permitir propiciar a todos.

- Integralidade – entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990).

Organizacionais:

- descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na municipalização, prevendo ainda a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (Brasil, 1990)

- participação da comunidade na política de saúde, tanto em sua formulação quanto no seu acompanhamento, como forma de garantir a democratização das decisões nos níveis de planejamento, gestão, execução e avaliação.

A Lei 8.080 prevê ainda os seguintes princípios e diretrizes em seu Capítulo II:

- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

- direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde;

- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e
- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

O SUS trouxe no bojo de propostas transformadoras o tema da unificação institucional dos serviços de saúde. No novo arranjo institucional ao Ministério da Saúde coube não apenas a responsabilidade por traçar toda a política de saúde, como também de sua condução e gestão. Tal unificação institucional visava à superação da dicotomia entre saúde pública e atenção médica curativa, predominante no SNS, e a justaposição, competição, repetição e ineficácia do sistema de saúde (Luz, 1991).

Na década de 90 a implementação do SUS foi marcada por uma conjuntura política e econômica adversa à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas. Nesse cenário, entretanto, constata-se um significativo consenso relacionado aos avanços obtidos no processo de descentralização. Este corresponde à transferência de serviços, de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para os demais níveis de gestão. Desta forma, a descentralização relaciona-se não só à questão da democratização da saúde e ao princípio de participação comunitária, mas à construção de um sistema com base no estabelecimento de relações entre instituições, níveis de governo e serviços. Neste sentido, a década de 90,

“testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da saúde” (Levcovitz et al, 2001:270).

A descentralização por si só, entretanto, não é suficiente para o alcance dos princípios e diretrizes do SUS. Levcovitz et al (2001) apontam que os avanços na consolidação do sistema encontram-se relacionados ao *“adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo e a*

permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos” (Levcovitz et al, 2001:272).

Desde o início dos anos 90, uma série de regulamentações posteriores às Leis 8.080 e 8.142 foram editadas no âmbito da direção nacional do SUS, possibilitando mudanças institucionais e a descentralização. Denominadas de Normas Operacionais Básicas (NOB), essas regulamentações voltaram-se às questões relacionadas à gestão do sistema, no que diz respeito à atribuição de responsabilidades e das relações entre as diferentes esferas de governo e do repasse de recursos financeiros do nível federal para os níveis estadual e municipal (Levcovitz et al, 2001).

A NOB-91, editada em janeiro de 1991 pelo INAMPS, caracterizou-se pelo repasse de recursos através de mecanismo convenial e por adotar a forma de pagamento por produção, transformando os serviços de natureza pública em prestadores de serviço a exemplo dos serviços privados e filantrópicos, contrariando assim o art. 35, parágrafo 1º da lei 8.080, segundo o qual “metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independente de qualquer procedimento prévio”, configurando-se como uma regulamentação ilegal e inconstitucional (Carvalho, 2001). Para o acesso aos recursos financeiro essa Norma estabeleceu como condição a gestão municipalizada de unidades federais e estaduais, o funcionamento do Conselho de Saúde e Fundo de Saúde, o desenvolvimento de sistemas de informação e de vigilância epidemiológica, entre outras estruturas técnicas de gestão, o que acabou favorecendo uma ampliação da capacidade institucional e técnica de gestão da saúde e à emergência de novos atores sociais nos municípios (Carvalho, 1999).

A NOB-93, editada em maio de 1993, teve sua base política e técnica definida nas resoluções da IX Conferência Nacional de Saúde, que adotou a temática “Municipalização é o Caminho”. Através desta NOB foram instituídas formas progressivas de gestão, caracterizadas como incipiente, parcial e semiplena, que conferiam uma autonomia crescente ao sistema municipal. Essa norma operacionalizou igualmente a pactuação, negociação, articulação e integração através de Comissões Intergestoras. Foi incentivado o funcionamento da Comissão Intergestores Tripartite e, nos mesmos moldes, orientou a criação das Comissões Intergestores Bipartite em cada estado. Através destas Comissões a NOB 93,

“previu que as representações municipais teriam uma atuação destacada por reconhecerem aí uma oportunidade única de equilibrar as

relações dos municípios com os mecanismos de decisão concentrados no Ministério da Saúde e nas Secretarias de Estado” (Carvalho, 1999:32).

A NOB 96 surge com a perspectiva de consolidação da gestão descentralizada e pactuada, reforçando as instâncias colegiadas e a autonomia municipal. Tal norma teve como preocupação a reorientação do modelo assistencial. Em sua introdução dá ênfase aos princípios do SUS, entre eles a regionalização, o cadastramento e vinculação de clientela, os fluxos de referência e contra-referência. Em relação à gestão da assistência prevê o planejamento nos três níveis de atenção: básico, alta complexidade e hospitalar, de forma ascendente e com autonomia no município. Ressalta ainda a importância da implantação do controle, avaliação e auditoria determinada pelo decreto 1.651/ 95 (Carvalho, 2001). Através dela se modificou a condição de habilitação municipal a duas diferentes modalidades: Gestão Plena da Atenção Básica do Sistema Municipal e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. A gestão estadual previu a forma de habilitação em Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual. Quanto ao sistema de financiamento, através dessa norma implantaram-se tetos definidos através de programação pactuada e integrada. Entre os novos critérios de repasses destacam-se o Piso de Atenção Básica (PAB), o Fator de Ajuste ao PAB (FAI-PAB), Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família (PACS-PSF), Fração de Assistência Especializada (FAE), Incentivo ao combate das Carências Nutricionais (ICCN), Ações Básicas de Vigilância Sanitária (VISA) e Assistência Farmacêutica Básica (AFB).

A forma de descentralização adotado no país privilegiou os níveis municipais, sendo percebido, em alguns contextos, como um esvaziamento do papel do nível estadual no que se refere à coordenação e ao poder de negociação. Nesse sentido, uma retomada da instância estadual na definição e implementação de políticas de saúde é induzida através da criação de uma nova norma em 2001, esta denominada de Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). O surgimento dessa norma pode ser visto de forma crítica como uma consagração do “*processo burocrático recentralizador com hegemonia absoluta do Ministério da Saúde e discreta divisão do poder com os estados que se julgavam à margem do processo de implantação do SUS*” (Carvalho, 2001:444). Pode ainda ser tomada como uma busca de organização do sistema de saúde que parte do *paradigma da microrregionalização cooperativa*, que procura maximizar as fortalezas e minimizar as debilidades da *municipalização autárquica*. Esta entendida

como um *“sistema que, no limite, transforma cada município num sistema fechado, o que leva a deseconomias de escala, fragmentação dos serviços e perda de qualidade”* (Mendes, 2001:38).

Em seu texto encontram-se identificados problemas / obstáculos ao processo de gestão descentralizada do sistema com os quais justifica-se a reformulação da operacionalização do SUS. Aponta-se um contexto onde o arranjo federativo brasileiro torna bastante complexa a construção de um sistema funcional de saúde. Considerando a heterogeneidade dos estados e municípios, refere que a organização de uma rede regionalizada e resolutiva de serviços em todos os níveis de complexidade nem sempre podia ser garantida no espaço político administrativo dessas esferas. No sentido de garantir as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade e evitar a *“desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos”*, esta norma propôs a regionalização do sistema *“sob a responsabilidade coordenadora da SES”*. A essa instância foi identificada a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), *“instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção”*, a ser submetido para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Conselho Estadual de Saúde (CES) (Brasil, 2001).

O debate estabelecido na CIT anterior à criação dessa norma objetivava a organização da rede assistencial de saúde através de sistemas funcionais que evitassem o risco de atomização e fragmentação do SUS. A base da discussão foi o documento *‘Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com garantia de equidade no acesso’*, elaborado pelo Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS). Tal documento foi discutido junto ao Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) nas reuniões ocorridas no ano de 2000 (Lucchese et al, 2003).

Através do artigo 1º da Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001, aprova-se a NOAS – SUS 01/2001 *“que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à*

atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios” (Brasil, 2001). Foram previstas duas condições de habilitação aos municípios: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal. Aos estados previu-se a condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

No ano de 2002 uma nova norma é aprovada através da Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Esta estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. O PDR mantém-se em sua função de instrumento de ordenamento tendo como fundamento *a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões / microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades.* A conformação de redes de saúde parte do *planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde.* A base territorial de planejamento da atenção à saúde é a região de saúde, que pode coincidir ou não com a divisão administrativa do estado. A menor base de planejamento adotada pode ainda compreender um ou mais módulos assistenciais. O planejamento previsto no PDR deve envolver os municípios na definição dos espaços regionais/microrregionais de assistência à saúde, dos fluxos de referência e dos investimentos. O PDR prevê ainda a possibilidade de *redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual, prevendo os investimentos necessários para a conformação destas novas regiões / microrregiões e módulos assistenciais, observando assim a diretriz de possibilitar o acesso do cidadão a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, o mais próximo de sua residência.* Essa norma institui a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) e a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) como condições da gestão dos sistemas municipais de saúde.

A descentralização resultou numa crescente responsabilização da gestão do sistema por parte dos governos sub-nacionais, traduzindo-se no maior acesso aos serviços, especialmente àqueles relacionados à atenção básica. Neste processo, destaca-se como mecanismo pela busca de elevação dos níveis de saúde através da maior proximidade entre os beneficiários da política de saúde e os níveis decisórios do

sistema. Desta maneira, possibilita respostas mais adequadas às necessidades de saúde da população, a ampliação de cobertura e a integralidade (Brasil, 2003).

Os avanços alcançados no processo de descentralização da gestão se encontram igualmente relacionados a outros diferentes aspectos de avanço do SUS relativos ao modelo assistencial, ao repasse de recursos, ao fortalecimento da rede pública de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, entre outros.

O SUS se constitui como um sistema inovador, que rompe com a lógica predominante ao Sistema anterior a partir de diretrizes e princípios éticos constitucionais. Sua implementação, entretanto, é um processo que se insere num contexto que suscita desafios. Esses desafios partem das dificuldades decorrentes da tentativa de manter os interesses e estruturas do modelo anterior de atenção à saúde e das medidas de reforma do Estado, de corte neoliberal, que afetam de forma geral as políticas públicas sociais (Brasil, 2003). Neste sentido, sua construção é um processo a ser compartilhado pelo conjunto de dirigentes, profissionais de saúde, representação da sociedade e pela população em geral, que se volta a um modelo de atenção integral à saúde, segundo estratégias de operacionalização que possibilitem o seu alcance.

QUADRO 1- Síntese comparativa entre o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema Único de Saúde (SUS).

	SNS	SUS
Regime Político	autoritário	democrático
Lógica da organização e prestação dos serviços	Interesses econômicos vinculados ao processo de acumulação	Necessidades de saúde
Paradigma sanitário (Mendes, 1996)	Flexneriano	Produção Social da Saúde
Práticas de saúde	Cisão entre ações de promoção e prevenção e ações curativas	Busca pela Integralidade
Conceito de Saúde	Ausência de doença	Qualidade de vida
Beneficiários principais	Trabalhadores vinculados à previdência social	População em geral
Direitos sociais	Cidadania regulada	Cidadania plena
Extensão de cobertura	urbana	Rural e urbana
Base ideológica	Racionalização da oferta	Universalização do acesso Integralidade Equidade
Gestão do Sistema	Dicotomia entre MS e MPAS	Ministério da Saúde
Princípios organizativos	Descentralização, regionalização, integração interinstitucional	Descentralização, regionalização, hierarquização, participação comunitária.
Lócus da atenção	Hospitais privados	Rede pública
Fonte de financiamento	Contribuições sociais	Orçamento da Seguridade Social

CAPÍTULO IV: MODELO DE ATENÇÃO DO SUS – CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS E ESTRATÉGIAS DE OPERACIONALIZAÇÃO

- Integralidade

A expressão integralidade como vocábulo significa integrar, tornar inteiro, completar, tornar-se parte integrante. No contexto internacional, integralidade é expressa como *comprehensive care* ou *comprehensiveness* (Inglaterra) e *globalité* (França). Sua utilização no campo da saúde não é nova, estando relacionada à organização das práticas coletivas de atenção e a abordagem holística dos indivíduos, segundo as dimensões biológicas, psíquica e social (Sá, 2003). Em alguns textos encontramos as expressões atendimento, cuidado ou atenção integral como sinônimos de integralidade, que pode ser indicada como integralidade das ações, integralidade da assistência ou integralidade da atenção.

No Brasil, o princípio da integralidade das ações de saúde esteve na base da reformulação do sistema de saúde buscando a superação da cisão entre ações de prevenção e de atenção médica. Adotada como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90, a integralidade expressa, em suas diferentes dimensões, o componente reorientador do modelo de atenção à saúde, estando fortemente relacionado às diretrizes de universalização do acesso e equidade. Pressupõe a capacidade de:

“assegurar aos indivíduos o direito à atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão do indivíduo em sua totalidade e dos indivíduos / coletividades em suas singularidades” (Brasil, 1990).

O princípio de integralidade inclui diferentes ações. Estas se vinculam à articulação entre os níveis de atenção (promoção, prevenção e assistência), entre unidades de uma rede, entre os serviços de uma unidade e das ações em cada serviço e a oferta organizada a partir da demanda espontânea e da programação de ações para grupos prioritários (Carvalho, 1999). Nestas dimensões, subentende-se o conceito ampliado de saúde, entendido como produto social resultante de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos, e a organização da atenção como um conjunto de ações contidas nas diferentes políticas públicas direcionadas às necessidades sociais de saúde, que se traduz no nível de qualidade de vida alcançado por uma população. Ao

não ser tomada como resultado de uma intervenção especializada e isolada a saúde,

“Defini-se, então, como campo de conhecimento que exige a interdisciplinaridade e como campo de práticas que exige a intersetorialidade. Nessa perspectiva, um sistema de atenção integral deverá ser um misto de práticas sanitárias e sociais, intervindo nos diversos estágios e nas múltiplas dimensões do processo saúde-doença, em busca de resultados capazes de satisfazer as necessidades individuais, tal como sentidas e demandadas pelas pessoas, assim como as necessidades coletivas de saúde, tal como detectadas e processadas técnica e politicamente” (Giovanella et al. 2002:45).

Desta forma, a integralidade, tem as necessidades de saúde como eixo estruturante da atenção. A preocupação com o conceito de necessidade de saúde tem sido constante nas últimas décadas, segundo abordagem de diferentes autores. Donabedian (1973) insere a questão da necessidade (definição, medida e extensão com que tem sido enfrentada) como central no processo de cuidados médicos e em sua administração. Para esse autor, as atividades que constituem o processo de cuidados médicos surgem como resposta a alguma necessidade, geralmente percebida como distúrbio da saúde ou do bem-estar, partindo mais freqüentemente do cliente, que reconhece a necessidade e decide procurar tais cuidados, ou do profissional de saúde. Propõe um modelo esquemático do processo de cuidados médicos onde os componentes de provisão (processo diagnóstico e terapia) relacionam-se com os dos clientes (identificação da necessidade, decisão de procurar cuidados de saúde), resultando na utilização dos serviços e na transformação da saúde ou modificação da necessidade. Neste modelo, destaca como propriedade o caráter circular, onde o processo inicia-se a partir de uma necessidade e termina com a modificação da necessidade pela sua superação ou permanência, podendo ainda ser intensificada ou ser produzida uma nova necessidade, dependendo do sucesso terapêutico. Outra propriedade refere-se ao contexto em que se insere o processo de cuidados médicos e que influenciam a necessidade e a percepção da necessidade. Este contexto é esquematicamente definido pelo autor, onde o processo de cuidados médicos relaciona-se ao contexto organizacional e com fatores sócio-culturais mais amplos. O reconhecimento e o controle de tais contextos é apontado como possibilidade de modificação em direção à melhoria da atenção e de seus resultados.

Necessidade, neste modelo, é conceituada segundo a perspectiva do paciente e a do profissional de saúde. Desta forma, depreende-se que nem sempre a necessidade

sentida pelo paciente é a abordada pelo serviço como objeto de intervenção. O início do processo de cuidado e o sucesso da intervenção, entretanto, dependem do grau de congruência entre as diferentes percepções da necessidade.

Conforme Donabedian (1973), necessidade, além do estado de saúde e doença, segundo o ponto de vista do cliente ou do médico, também pode ser definida em termos do fenômeno de utilização dos cuidados de saúde, enfatizando que a utilização é mais ampla que a gerada por motivo de doença, incluindo situações de necessidade de prevenção e promoção à saúde. Propõe um modelo onde o conceito de saúde é aplicado para estados de saúde e doença, utilização de serviços e níveis de oferta, enfatizando que estes três aspectos devem ser conhecidos e considerados em suas inter-relações para fins de planejamento.

Segundo Sabroza (s/d), as necessidades entendidas no processo de saúde-doença podem ser reconhecidas como alteração celular, sofrimento ou problema de saúde pública segundo a posição do observador. A escolha por uma dessas perspectivas se dá a partir da possibilidade de ação eficaz do observador e sua visão de mundo e por questões metodológicas. Como problemas de saúde pública situam-se na interface entre o Estado e a Sociedade, entre o particular e o público, entre o individual e o coletivo. Nesse aspecto,

“podem ser analisados como processos relacionados à reprodução das populações, como elemento dos processos de produção e de consumo, como crises e possibilidades de controle social, ou questão relativa aos direitos humanos e cidadania” (Sabroza, s/d).

A integralidade ao ser pensada com base nas necessidades de saúde pressupõe ainda a integração em rede. Segundo Cecílio e Merhy (2003),

“a integralidade do cuidado que cada pessoa real necessita, freqüentemente transversaliza todo o “sistema”. Não há integralidade radical sem esta possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede” (Cecílio & Merhy, 2003:199) .

A lógica do cuidado, nessa dimensão, corresponde à disponibilidade de respostas adequadas e suficientes independentemente da oferta possível em um determinado nível de atenção. Nesse sentido, busca-se adequar a atenção prestada às necessidades (absolutas, detectadas ou sentidas), tanto do ponto de vista individual quanto coletivo, a partir da integração dos serviços em uma rede de saúde.

Para Starfield (2002), a atenção primária é o componente do sistema de saúde responsável por *“prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e*

agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros lugares”. (Starfield, 2002: 314-315). Segundo essa autora, a integralidade na atenção primária envolve o reconhecimento das necessidades de saúde e a identificação dos recursos para atendê-las. Neste sentido, se constitui como uma potente ferramenta para a organização das práticas, serviços e do sistema de saúde.

Mattos (2001) ao discutir os sentidos da integralidade aponta que a mesma mais do que uma diretriz constitucional do SUS representa uma “bandeira de luta”, relacionando-se a valores associados à justiça social e expressando a busca de transformação do sistema vigente, suas instituições e práticas hegemônicas. Estabelece em sua análise três conjuntos de sentidos da integralidade.

“O primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde” (Mattos, 2001: 61).

Esse autor aponta que a sistematização realizada não desconsidera o aspecto comum da integralidade nos três conjuntos, que passa pela recusa ao reducionismo e objetivação dos sujeitos.

No primeiro conjunto, ou seja, no sentido atribuído à integralidade como atributo das práticas profissionais e um traço da boa medicina, Mattos (2001) relaciona a mesma ao movimento de medicina integral. Neste, a crítica ao ensino médico expressava-se pela atitude fragmentária e reducionista, conseqüência da crescente especialização do conhecimento e intervenção médica. Desta forma, a preponderância da dimensão biológica impedia a consideração dos aspectos psicológicos e sociais nos cuidados de saúde. A crítica formulada pela medicina integral voltava-se para os currículos de base flexneriano e, como proposta de transformação dos mesmos, propunha que o ensino se desse o mais próximo da comunidade e que o ensino básico considerasse conhecimentos relativos ao processo de adoecimento, da sociedade e dos contextos culturais, bem como da relação entre o médico e o paciente e sua articulação na prática profissional. Nos anos 70, no Brasil, a emergência da Saúde Coletiva como campo de conhecimento, trouxe uma nova compreensão das práticas de saúde ao entendê-las como práticas sociais. Neste sentido, a fragmentação e o reducionismo foram por alguns atribuído não somente à formação médica, mas identificado à própria racionalidade da medicina e ao projeto de cientificidade dos médicos. Nesse contexto, a

produção de práticas profissionais pautadas pela integralidade necessitaria superar os limites da racionalidade médica. Essa leitura admitia, entretanto, posições polares. Aquela que considerava a medicina ocidental moderna essencialmente não integral transitava entre a tentativa de subordinar os médicos a uma racionalidade sanitária e a tentativa de incorporação de racionalidades médicas alternativas. A outra posição ao reconhecer os limites do saber e prática médica, buscava a sua superação a partir da medicina integral e das transformações curriculares e das instituições médicas. Essas posições polares resultaram em um certo afastamento da saúde coletiva dos temas relacionados à prática médica propriamente dita, e, por conseguinte, levaram a uma menor importância da integralidade como uma noção a ser utilizada na prática médica e como atributo da boa medicina. O autor, entretanto, aponta que *“a integralidade é uma característica da boa prática da biomedicina, ou seja, da medicina que tem por objeto privilegiado de conhecimento e como eixo de suas intervenções a doença”* (Mattos, 2001:50). A integralidade se vincula, nessa perspectiva, a uma ampla percepção das necessidades dos sujeitos aliada aos conhecimentos e intervenções relativas à doença, caracterizando-se como boa prática, que não se relaciona somente aos médicos, mas também aos demais profissionais que atuam na área da saúde.

Ao abordar esse sentido da integralidade, Sá (2003) reafirma que esta noção deve fazer parte da prática dos profissionais como um todo, incluindo tanto os médicos como agentes comunitários, administrativos e demais profissionais. Tal visão integral é percebida por esse autor como importante igualmente na prática dos gerentes, gestores, lideranças comunitárias, membros de Conselhos de Saúde e políticos, enfim, de todos aqueles que estejam envolvidos na definição de regras e execução das ações de saúde. O mesmo cita ainda iniciativas governamentais como o PMFN e o PSF que destacam o contato dos profissionais com os usuários levando em conta o contexto familiar e comunitário sem deixar de lado a atenção individual.

O segundo conjunto de sentidos da integralidade proposto por Mattos (2001) se relaciona ao modo de organização dos serviços e das práticas de saúde. A dicotomia entre as instituições responsáveis pela saúde pública e as instituições responsáveis pela assistência à saúde foi institucionalizada no Brasil, tendo na década de 70 sua consolidação através do Sistema Nacional de Saúde (SNS). O arranjo institucional dicotomizado teve consequências nos espaços de atenção. Enquanto as ações assistenciais se davam prioritariamente nos hospitais, as ações de saúde pública ocorriam a partir dos postos e centros de saúde, onde se desenvolviam ações de

vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e ações preventivas como imunização e os alguns programas verticais do Ministério, muitas vezes desarticulados, ficando a escolha por cada um dos serviços a cargo da população. A crítica à dicotomia existente no SNS esteve na base da formulação do Sistema Único de Saúde e na centralização das ações no Ministério da Saúde. Neste contexto, a diretriz da integralidade corresponde à possibilidade de organização dos serviços integrando as ações assistenciais às de saúde pública, partindo das necessidades da população, apreendidas epidemiologicamente e de uma concepção horizontalizada da programação.

Campos (2003), ressalta que a atenção integral envolve uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico. A organização dos serviços na lógica da integralidade deve levar em conta as necessidades sob o ponto de vista coletivo e individual e, ao não se estruturar somente a partir da doença, não deve desconsiderá-la como necessidade, associando respostas ao que chega à unidade como demanda espontânea à demanda programada. Tal organização deve ser flexível para identificar novas necessidades num processo dinâmico e em permanente construção, a partir do diálogo entre os diferentes sujeitos.

Mattos (2001) estabelece como terceiro conjunto de sentidos da integralidade as configurações de políticas específicas, denominadas de políticas especiais. *“São políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional”* (Mattos, 2001: 57). A integralidade remeteria à formulação de políticas onde os sujeitos alvo de sua ação não seriam reduzidos a objetos descontextualizados. As políticas deveriam abarcar diferentes grupos atingidos por um problema considerando suas especificidades. Um outro aspecto considerado seria a incorporação por parte do governo das ações de prevenção às ações assistenciais ao responder aos problemas de saúde.

Campos (2003) ao discutir a integralidade como princípio norteador do sistema de saúde aponta que a mudança das práticas de saúde no sentido de alcançar um atendimento integral deve se dar no nível institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde e no nível das práticas dos profissionais de saúde. Tal transformação pressupõe a superação do sistema dualista e da histórica dicotomia entre as ações de caráter curativo centrado nos hospitais e as ações de caráter preventivo viabilizadas através dos postos e centros de saúde. Segundo o autor, a mudança na lógica de financiamento e da gestão do sistema, através de leis e decretos, favoreceram o alcance

da diretriz da integralidade. Neste sentido, a Norma Operacional Básica 01/96 se destaca como instrumento de indução da organização dos sistemas municipais considerando fatores como controle social, perfil populacional, metas pactuadas, indicadores sanitários e epidemiológicos, desempenho, controle e avaliação, superando a lógica de financiamento anterior, que privilegiava a produção de exames, de consultas e de internações e destinava recursos financeiros para os municípios segundo sua capacidade instalada. Os fatores financeiros indutores da reorientação do modelo assistencial relacionam-se ao Piso de Atenção Básica (PAB), fixo e variável, Fração Assistencial Especializada (FAE), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Saúde da Família (PSF), Incentivo ao Combate das Carências Nutricionais (ICCN), Ações Básicas de Vigilância Sanitária (VISA) e Assistência Farmacêutica Básica (Giovanella et al., 2002).

A noção da integralidade como exposta acima admite diferentes abordagens, sendo objeto de estudo e investigação com interesse crescente, tendo em vista o seu potencial de reflexão das práticas, serviços e sistemas de saúde. Entretanto, a complexidade da noção da integralidade torna sua verificação bastante difícil. Pesquisas nessa direção, no entanto, já apontam caminhos.

No sentido de avaliar a organização e gestão dos sistemas municipais de saúde segundo a diretriz da integralidade, Giovanella et al. (2002), propuseram uma metodologia que parte da indagação dos atributos de um sistema municipal de saúde imprescindível para o alcance da integralidade e a elaboração de um conceito operacional para esta diretriz.

O mesmo se constitui de quatro dimensões relacionadas a diferentes campos de intervenção. São elas: primazia das ações de promoção e prevenção (campo político de definição de prioridades), garantia da atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica (campo da organização do sistema de atenção), articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação (campo de gestão do sistema) e abordagem integral do indivíduo e famílias (campo do cuidado individual).

Crítérios de verificação são identificados para as quatro dimensões. Para cada dimensão do conceito de integralidade corresponde uma definição operacional, que constitui a base de organização de um instrumento que atende aos atributos relacionados aos campos de ação e *“relativos aos espaços das práticas que superam as dicotomias individual / coletivo e preventivo / coletivo”*. As dimensões e seus conceitos operacionais serão relacionados abaixo, considerando o interesse dos mesmos para este

estudo.

A dimensão de primazia das ações de promoção e prevenção “*corresponde à concepção que considera como de maior efetividade as ações de promoção e prevenção em saúde, devendo, portanto, ser o eixo condutor do modelo assistencial*”. O conceito operacional é a “*realização sustentada de ações de promoção e prevenção garantidas por meio de ações intersetoriais, planejamento com participação social e recursos adequados*”. À segunda dimensão “*garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica*” corresponde o conceito operacional “*oferta organizada de assistência curativa e de recuperação, garantindo-se referência e contra-referência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades / procedimentos nos distintos níveis de complexidade (baixa, média e alta), com fluxos e percursos definidos e ordenada espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território*”. A organização da oferta, neste sentido, considera a hierarquização proporcionada por fluxos bem definidos entre os diferentes níveis de complexidade e mecanismos de referência e contra-referência, bem como de regionalização que “*refere-se à distribuição racional de recursos e serviços numa área geográfica determinada, envolvendo re-ordenamento e articulação de serviços diferenciados por função, de modo a garantir economia de escala e facilitar o acesso*”. A “*articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação*” corresponde à terceira dimensão e tem como conceito operacional a “*integração organizacional e programática entre os setores de assistência individual e os setores responsáveis pelas ações de caráter coletivo da Secretaria Municipal de Saúde*”. Esta dimensão pressupõe o planejamento e programação a partir da identificação de problemas prioritários, utilização de sistemas de informação que subsidiem a vigilância em saúde, formação e capacitação. A quarta e última dimensão refere-se à “*abordagem integral do indivíduo e famílias*” e foi operacionalizada como “*a realização de intervenções nas esferas biológica, psicológica e social garantidas através de vínculo (profissional-usuário, unidade-usuário) e de integração de serviços na unidade e no sistema, fornecidas em local apropriado conforme a natureza da necessidade*”.

Ao tomar as necessidades de saúde, entendidas como manifestações individuais e coletivas, como base de estruturação da atenção segundo o princípio da integralidade, torna-se fundamental a apreensão dos fluxos e processos dados no espaço de vida de uma população. Tal apreensão encontra no conceito de território uma condição privilegiada de realização.

- Território

O conceito de território aparece de forma recorrente na pesquisa bibliográfica sobre a reorientação do modelo de atenção à saúde. Entendido para além de uma base geográfica, o território é expressão da vida socialmente dada. Neste sentido, a saúde tomada em sua complexidade e como manifestação da vida, encontra no território seu espaço de realização. Nas palavras de Milton Santos (1999), o território representa,

“o conjunto de sistemas naturais mais os acréscimos históricos materiais impostos pelo homem. Ele seria formado pelo conjunto indissociável do substrato físico, natural ou artificial, e mais o seu uso, ou, em outras palavras, a base técnica e mais as práticas sociais, isto é, uma combinação de técnica e de política. Os acréscimos são destinados a permitir, em cada época, uma nova modernização, que é sempre seletiva” (Santos, 1999).

Como processo social construído na inter-relação de diferentes atores, o território encontra-se em permanente mudança. É dinâmico, vivo. Ao mesmo tempo em que a sociedade incide sobre o território, este incide sobre a sociedade (Santos, 2002). Neste sentido, o território não representa apenas lugares estáticos ou as divisões físico-geográficas existentes. É ator no processo de construção da vida e das suas expressões no cotidiano. Segundo Milton Santos, a geografia é formada por fixos e fluxos, onde os fixos correspondem aos diferentes objetos geográficos do território, como casas, escolas, empresas, bancos, etc e os fluxos à função dos mesmos, suas atividades e regras existentes. Os fluxos regulam o uso do lugar e dão vida aos objetos geográficos. Em cada território pode-se identificar uma área, uma população e uma instância de poder. A população se distribui no território de forma diferente segundo processos históricos, culturais, sociais e econômicos. Este fato pode ser apreendido através de indicadores como de densidade demográfica e tem como exemplo a distribuição rural ou urbana.

A forma como a população se localiza no território relaciona-se ao seu modo de vida e condições de saúde, sendo o conhecimento da mesma de fundamental importância no planejamento e programação da atenção à saúde.

Mendes (1996) identifica no território um dos pilares da construção da nova prática sanitária da vigilância da saúde. Segundo este autor, a concepção de território-processo transcende à sua redução a uma superfície-solo e às suas características geofísicas, para instituir-se como território de vida pulsante, de conflitos de interesses,

de projetos e de sonhos. Ao tomar o território não apenas como base geográfica, mas também como território político, econômico, cultural e sanitário, em permanente mudança, aponta a necessidade de conhecimento do mesmo “*para desnudar as assimetrias espaciais que correspondem às localizações diferenciadas de distintos conjuntos sociais no seu interior, com suas necessidades, demandas e representações de interesses*” (Mendes, 1996:249).

Neste sentido, Teixeira et al. (1998) tomam o conceito de território como base para a viabilização do planejamento da vigilância à saúde. Para esses autores, a territorialização do sistema municipal de saúde parte de um conjunto de medidas que pressupõe,

“o reconhecimento e o esquadramento do território do município segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isto implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos, sanitários que, posteriormente, devem ser sistematizados de modo a se construir o mapa básico e os mapas temáticos do município”. (Teixeira et al, 1998:20)

O território pode ser desmembrado em unidades menores visando maior operacionalidade na organização da atenção. De forma corrente esta divisão é sistematizada em Território-Distrito, Território-Área, Território Micro-Área e Território-Moradia.

O Território-Distrito é o conjunto total espaço-populacional do sistema regionalizado, em geral coincidindo com um limite ou uma definição político-administrativa, como um município, subdivisões municipais ou conjunto de municípios e corresponde a uma definida coordenação sanitária, de articulação interna e externa.

O Território-Área constitui-se como a primeira subdivisão do Território-Distrito. Esta representa a população adscrita, que estabeleça vínculo e esteja relacionada a uma unidade de saúde, permitindo a melhor relação e fluxo população-serviços com essa unidade e outros necessários e compatíveis com a atenção e saúde nesse nível.

O Território Micro-Área refere a uma subdivisão do Território-Área próxima ao conceito de “área homogênea de risco”, possibilitando uma contínua análise epidemiológica e a conseqüente identificação e enfrentamento continuado dos problemas de saúde.

O Território-Moradia é entendido o espaço de menor agregação social, familiar

ou de grupos de indivíduos, que possibilita ampliar o conhecimento epidemiológico e compatibilizar o desenvolvimento de ações de saúde (Mendes, 1996).

A identificação das necessidades de saúde e a distribuição espacial dos serviços e ações de saúde, bem como dos fluxos em relação aos mesmos, a partir do território é fundamental para a organização de uma rede de atenção à saúde com vistas à integralidade.

- Rede

O conceito de rede como organização dos serviços de saúde está presente no desenho político institucional do SUS. Através da Constituição Federal e da Lei 8.080 legitima-se a idéia na qual as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Como princípio organizativo encontra-se associado à descentralização política - administrativa, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na municipalização dos serviços.

Essa concepção vincula-se à busca por maior integração, racionalidade, garantia de acesso, maior eficiência e qualidade da atenção prestada. Neste sentido, os serviços de saúde são estruturados através de níveis de atenção, caracterizados por diferentes densidades tecnológicas. A distribuição desses serviços no espaço deve obedecer, desta forma, uma organização dos níveis primário, secundário e terciário direcionada à economia de escala e de escopo. Segundo Mendes (2001), a organização de sistemas de serviços de saúde pode configurar-se em arranjos que combinam elementos de dispersão com elementos de concentração. Para este autor,

“os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam da economia de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; ao contrário, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e escopo, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso” (Mendes, 2001:41-42).

Desta forma, a organização da atenção primária é projetada de maneira desconcentrada e descentralizada. Já a atenção secundária e terciária deve ser organizada de forma concentrada e centralizada, considerando os ganhos de escala e escopo, na medida em que a distância não constitui em impedimento ao acesso a esses

dois níveis. A conformação de sistemas municipais nessa lógica, entretanto, só tem viabilidade naqueles municípios de maior porte, que dispõe de um conjunto de equipamentos de saúde concernentes aos três níveis de atenção, o que não é predominante no contexto nacional. Neste sentido, a regionalização da saúde prevê atualmente redes que reúnem vários municípios em processo de cooperação.

A atenção primária, na lógica de um sistema hierarquizado, foi tomada como “porta de entrada” do mesmo, considerando a proximidade dos serviços ao local de moradia, constituindo-se no nível de atenção de maior contato com a população. Nessa lógica, o sistema é representado pela forma de pirâmide, onde o nível secundário sobrepõe-se ao primário, de maior base, e acima de todos situa-se o nível terciário, como topo da pirâmide e de menor base. Nesse desenho organizacional o acesso aos demais níveis se dá através dos serviços de atenção básica, que garantem o atendimento especializado de saúde nos demais níveis. Por longo tempo essa representação pautou o modelo assistencial proposto para a implementação do SUS.

Através dessa organização buscou-se uma racionalização do atendimento, segundo um fluxo ordenado de pacientes nos níveis do sistema, com a utilização de mecanismos de referência e contra-referência, onde as necessidades de saúde seriam atendidas nos espaços tecnológicos mais adequados (Cecílio, 1997).

Em período mais recente, entretanto, a concretização dessa concepção vem sendo problematizada tanto no que se refere à idéia de uma porta de entrada única no sistema quanto no que diz respeito à organização sob a forma piramidal.

Em relação à questão de uma porta de entrada única, Cecílio (1997), ao discutir tal questão parte da constatação de que na prática tal modelo assistencial não se efetivou. “A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde” (Cecílio, 1997: 472). Tal fato é identificado pela existência de uma demanda aos níveis de maior complexidade a partir de necessidades passíveis de resolução na atenção básica, onde a população elege tais serviços de maior densidade (emergências e pronto-socorro) como forma de acessar o sistema. Como consequência desse padrão de utilização dos serviços de urgência / emergência por problemas que poderiam encontrar solução na atenção básica destaca-se, entre outros aspectos, a *inadequação do atendimento prestado*, onde apesar dos esforços e recursos envolvidos, tais atendimentos, por não serem contínuos, tornam-se incompletos, insuficientes e pouco resolutivos para transformar a situação de saúde da população.

Um fator relacionado a tal dificuldade se refere à ausência de uma orientação dos problemas de saúde para os locais mais adequados à sua solução. A perspectiva de maior articulação a partir da clareza da missão institucional dos diferentes níveis de atenção tem levado à reflexão de novas estratégias de organização dos serviços.

Cecílio (1997) aponta que a missão dos serviços ambulatoriais existentes nos hospitais ou em unidades de referência nem sempre é entendida com clareza. Para este autor a mesma é prevista idealmente como unidades de..

“suporte mais especializado, dotadas que são ou deveriam ser de maior complexidade tecnológica e capacidade resolutive, para atendimento de encaminhamentos feitos pela rede básica, como deveriam funcionar como espécie de “ambulatório de egressos” para dar cobertura aos pacientes em alta hospitalar e que continuassem necessitando de atendimento mais cuidadoso e diferenciado, mas passível de ser realizado fora do ambiente hospitalar. Caberia ainda às equipes lotadas nos ambulatórios o papel de capacitação das equipes locais, buscando aumentar sua autonomia e capacidade de resolver problemas em nível de “atenção primária”. (Cecílio, 1997:474)

Um modelo assistencial tem sido pensado adotando a forma de círculo com múltiplas possibilidades de entrada, que dizem respeito não só aos equipamentos de saúde, mas também aos equipamentos sociais. Estes se constituiriam como espaços privilegiados de acolhimento e de organização do acesso de cada pessoa ao serviço mais adequado à sua necessidade. Nessa concepção todos os serviços são percebidos como dotados de complexidade e devem funcionar em permanente relação, onde a referência de organização do sistema mais do que uma lógica tecno-burocrática deve considerar as pessoas, suas necessidades, seus fluxos. Desta forma, o sistema toma como sua a responsabilidade de garantir a integralidade do atendimento, onde este se dará segundo a tecnologia certa, no lugar certo e no momento certo (Cecílio, 1997).

A organização dos serviços em rede é entendida como fundamental para o alcance da integralidade. A articulação entre os hospitais, os serviços ambulatoriais e a atenção básica a partir da identificação dos diferentes papéis torna-se fundamental.

A organização de uma rede de serviços é abordada por Mendes (2001) quando reporta à questão da fragmentação ou integração do sistema de serviços de saúde. Segundo este autor, tal questão se constitui como um dos dilemas do SUS. O mesmo caracteriza os sistemas fragmentados pela descontinuidade da atenção, onde os pontos de atenção à saúde funcionam sem integração, freqüentemente sem utilização de sistema

de inteligência que permita uma organicidade ao mesmo. Normalmente nesses sistemas fragmentados não existe a identificação da população adscrita. A atenção é hegemonicamente hospitalar e existe uma forte polarização entre o hospital e o ambulatório. Em oposição, os sistemas integrados de serviços de saúde organizam-se através de vários pontos de atenção, que funcionam de forma integrada, permitindo a continuidade da atenção. Partem de uma população adscrita, onde a responsabilidade pela saúde é identificada ao sistema, a ser viabilizada de forma humanizada e onde a pessoa não é reduzida somente à condição de paciente, mas sim tomada como agente de sua saúde. Nestes sistemas a prática da vigilância à saúde enfatiza a promoção da saúde e a prevenção das doenças superando a atenção exclusivamente curativa / reabilitadora. O modo de planejar, neste sentido, muda do método cujo foco é o atendimento das demandas das pessoas doentes para o que considera o conjunto da população adscrita, identificando, nesse processo, pessoas ou grupos em situação de risco e desenvolvendo ações para atender as diferentes necessidades individuais e coletivas.

Para implantação de sistemas integrados, Mendes (2001) aponta um conjunto de fatores facilitadores. Quais sejam:

- *a existência de uma cultura de integração;*
- *a valorização das ações promocionais e preventivas;*
- *a implantação de sistemas microrregionais de serviços de saúde;*
- *a capacidade de compatibilizar a diferenciação, o aumento dos pontos de atenção à saúde, com a integração, comunicação dos pontos de atenção à saúde;*
- *a existência de uma atenção primária resolutiva como porta de entrada do sistema;*
- *o domínio sobre as tecnologias de integração;*
- *a focalização nas necessidades da população adscrita;*
- *uma cultura organizacional que valoriza a mudança, a inovação e o risco e a habilidade para gerir processos de mudança e controlar seus ritmos* (Mendes, 2001:104).

Nos sistemas integrados de serviços de saúde a concepção de rede adotada diferencia-se, igualmente, dos sistemas piramidais hierarquizados, originários da visão dawsoniana, que podem levar ao hospitalocentrismo e a burocratização.

No que diz respeito à organização sob a forma piramidal, parte-se da problematização do conceito de complexidade empregado na organização hierarquizada, entendido como equivocado por levar a uma impressão de que a atenção

primária à saúde é menos complexa do que a atenção prestada nos outros níveis, o que, por conseguinte, leva a uma desvalorização da atenção primária e à maior valorização das práticas desenvolvidas nos níveis de maior densidade tecnológica (Mendes, 2002).

No sentido dado por essa concepção, a gestão nos sistemas integrados de serviços de saúde é uma gestão de rede, organizada de forma horizontal e integrada entre os distintos pontos de atenção à saúde, que constituem os nós da rede, com base numa visão compartilhada, por sistemas decisórios horizontais e baseados na formação de consensos e num sistema de programação pactuada e integrada (Mendes, 2001).

Nessa lógica, a conformação de uma rede prevê a existência de coordenação e comunicação entre os pontos de atenção. Nesse sentido, numa rede,

“o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os nós da rede” (Mendes, 2002:55).

Para Mendes (2002) o centro de comunicação de uma rede se encontra localizado na atenção primária à saúde. Onde não existe uma relação hierarquizada entre os nós da rede, nem entre eles e o centro de comunicação. A diferenciação entre eles se dá apenas *“por suas funções de produção específicas e por suas densidades tecnológicas respectivas”* (Mendes. 2002:56).

A compreensão de que cada unidade, pelo seu perfil específico, não esgota em si mesma todos os recursos necessários para a atenção à saúde pressupõe a existência de uma relação de interdependência entre os diferentes pontos de atenção. Nesse sentido, mecanismos de coordenação são propostos de forma a atingir melhores resultados na atenção à saúde, superando a lógica dos sistemas fragmentados onde o paciente é deixado a decidir seu próprio caminho no sistema.

Mendes (2001) utiliza uma interessante metáfora ao exemplificar a lógica de integração do sistema. Esta se refere ao sistema de navegação da aviação civil, onde em cada aeroporto, através de uma central de controle, operada por controladores por meio de radares, pode-se manter cada avião sob controle e em constante comunicação desde a sua decolagem até o seu destino final. No caso do desaparecimento do avião da tela do radar uma sinalização de alarme é efetuada. No mesmo sentido pode-se pensar num sistema em que o paciente ao ser referido ao hospital não desapareça da tela do radar do

ambulatório e apareça, exclusivamente, na tela de radar do hospital. Da mesma forma, na situação de alta, este não desapareça da tela do radar do hospital sem que mecanismos estejam atuando para que o paciente passe a ser monitorado através do ambulatório.

Gittell & Weiss (2004) ao discutir a coordenação de redes inter-organizacionais apontam, a partir de um estudo realizado em uma unidade hospitalar, a importância de outros serviços nos cuidados pós-alta do paciente. A coordenação desses cuidados é associada à preocupação dos profissionais com o bem estar do paciente e ainda com situações de contratação de hospitais para gerenciarem a atenção a grupos de pacientes nos diferentes serviços e unidades de saúde que sejam necessários à sua recuperação. Como obstáculos à coordenação inter-organizacional esses autores apontam as diferenças entre identidades organizacionais e status, onde o hospital de agudos tradicionalmente tem maior status do que um hospital de reabilitação, que tem maior status que os cuidados domiciliares, etc. Outra dificuldade se refere a que a coordenação requer tempo e atenção da equipe, o que nem sempre é possível segundo as exigências que incidem sobre a mesma. Apesar desses significativos obstáculos na coordenação inter-organizacional esses autores referem que as evidências sugerem que a mesma contribui para a qualidade e eficiência do desempenho da atenção.

Segundo Gitell & Weiss (2004) as práticas utilizadas para integrar o trabalho entre unidades de uma mesma organização podem também ser usadas para ligar o trabalho em organizações separadas. Como mecanismos de integração de atividades e coordenação entre unidades propõe a utilização de protocolos e rotinas, sistemas de informação, gerenciamento de casos pela enfermagem e a organização de reuniões. No sentido de integração são citados mecanismos de controle como sistema de incentivos, medidas de desempenho e supervisão.

O conceito de rede, nessa perspectiva, é entendido como a relação entre unidades e atores que interagem de forma interdependente e onde os laços estabelecidos favorecem a coordenação. Para que essa se dê, entretanto, se faz necessário um desenho de intervenção que pressuponha atividades onde se possam transferir informações e outros recursos no sentido de obter melhores resultados em saúde (Gittell & Weiss, 2004).

Junqueira (2000) analisa o conceito de rede associado ao pensamento sistêmico, onde a ênfase se desloca das partes para o todo. Tais noções são discutidas a partir de uma nova concepção de mundo que parte da visão de interdependência e dos valores de

cooperação e parceria, do pensamento intuitivo e não-linear e onde o exercício do poder deixa de ser hierarquizado para se voltar à influência de outros, segundo a perspectiva de rede de relação entre atores.

Nessa concepção a realidade social é entendida como um conjunto de relações organizadas em redes que podem se referir tanto às pessoas quanto às organizações ligadas por objetivos comuns. Tais objetivos ao serem

“definidos coletivamente, articulam pessoas e instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas sociais. Essas redes são construídas entre seres sociais autônomos, que compartilham objetivos que orientam sua ação, respeitando a autonomia e as diferenças de cada membro”.(Junqueira, 2000: 39).

Partindo da relação de interdependência e da necessidade de integração dos serviços e ações de saúde em rede na perspectiva da integralidade da saúde foram encontradas na literatura diferentes estratégias. A seguir consideramos algumas dessas estratégias de integração segundo o conceito de elemento ordenador.

- Elemento Ordenador

A busca pela compreensão do conceito de elemento ordenador nos remete a um campo de possibilidades tendo em vista ser este um conceito empírico e operacional. Desta forma, identificamos a aplicação desse conceito com o sentido de coordenação, organização e ordenamento a partir de serviços, instâncias ou dispositivos, que buscamos explorar na pesquisa bibliográfica tanto no âmbito de outros países como no cenário nacional que passaremos a expor a seguir.

A idéia de coordenação do trabalho em saúde não é nova, já estando presente no início do século XX, no contexto dos Estados Unidos, quando as transformações da concepção e orientação do trabalho em saúde comunitária passava da atenção ao ambiente para a atenção ao indivíduo, no bojo das conquistas de controle das doenças transmissíveis e da ampliação dos programas de saúde pública. Segundo Rosen:

“A expansão crescente do alcance do trabalho em saúde comunitária criou problemas para as agências de saúde oficiais e voluntárias. Quando se começou a implementar cada vez mais programas especiais,

colocados em prática por pessoal específico e freqüentemente através de agências especiais, cada vez mais se tornou claro que melhores formas de organizar e administrar a atuação na área de saúde também eram necessárias. Reconheceu-se que havia necessidade de coordenação de agência, meios e serviços que até então eram separados, muitos dos quais atuando no mesmo grupo populacional. Até no interior de uma mesma agência (como um grande departamento urbano de saúde), a duplicação de esforços e a falta de coordenação entre suas partes constituintes foram consideradas perdulárias, ineficientes e irritantes para aqueles que precisavam dos serviços.” (Rosen, 1979: 379)

Nesse sentido, a busca de coordenação e organização voltava-se à necessidade de maior eficiência, evitando duplicidade de medidas, desperdício e insatisfação dos cidadãos, a ser alcançada através de uma melhor administração de saúde pública, que deveria estar estreitamente relacionada a uma população e considerar seu local de moradia e a sua comunidade. A organização da saúde deveria ainda, ao considerar a forte inter-relação com os fatores sociais, estabelecer relação de colaboração com os serviços desse setor, bem como servir como estímulo à organização social das pessoas através de um processo educacional democrático. A valorização da proximidade do público e do seu entendimento dos Programas de Saúde Pública se traduziu nos conceitos de distrito sanitário e de centro de saúde. Estas concepções foram operacionalizadas nas primeiras décadas do século XX. Segundo Rosen:

“O conceito de Centro de Saúde como um serviço de vizinhança, ou distrital, se desenvolveu como uma conseqüência direta dos problemas criados pela expansão da finalidade da ação em saúde comunitária, e de seu impacto sobre os departamentos de saúde. O centro de saúde distrital, coordenando clínicas até então separadas, surgiu para substituir o controle centralizado de cada serviço particular” (Rosen, 1994: 356).

As experiências desenvolvidas, originárias dos primeiros Centros de Saúde, tinham em comum a localização geográfica nos distritos, divididos em quarteirões, com definição da população em bases locais e envolvimento da mesma através da organização comunitária e participação ativa através de Comitês ou Conselhos. Em uma dessas experiências, realizada no distrito de Mohawk-Brighton de Cincinnati, uma comunidade de 15.000 habitantes foi dividida em trinta e um quarteirões de aproximadamente 500 pessoas cada. A participação do povo do distrito se dava de forma representativa através de uma assistente de quarteirão, eleita por um Conselho, que participava do Conselho de Cidadãos da Unidade. Outro Conselho existente, o

Conselho Ocupacional visava aos interesses e a cooperação de grupos ocupacionais e profissionais do distrito. Este último “*era um corpo de planejamento local trabalhando com outros grupos na cidade*” (Rosen, 1979: 386). Este autor, ao descrever outra experiência sobre a localização da administração de saúde a partir de distritos, relaciona que nesta “*os princípios básicos do trabalho distrital eram coordenação das funções do departamento de saúde, administração local em termos de necessidades locais e criação de um espírito comunitário*” (Rosen, 1979: 388). Os resultados alcançados a partir da coordenação propiciaram maior eficácia do atendimento às famílias, levando os departamentos de saúde e as agências privadas de saúde e bem-estar a buscar desenvolver atividades locais conjuntas em algumas cidades e vilas americanas. Desta forma, o espaço de concretização dessas ações foi o Centro de Saúde. Estes tiveram uma expressiva expansão a partir da Primeira Guerra, se constituindo no modelo de trabalho de saúde comunitária. Apesar das variações em seus objetivos e formas de trabalho, os Centros de Saúde tinham em comum os aspectos de vinculação a uma população de um distrito e a coordenação dos serviços dentro dessa área, inclusive os oferecidos por outras agências. Nesse sentido previa-se, a partir do centro de saúde distrital, a coordenação clínica e de serviços antes separados pelo controle centralizado de serviços específicos. Experiências posteriores demonstraram o interesse dessa organização distrital considerando a possibilidade de realização de estudo dos problemas de saúde pública, de treinamento de pessoal e de campo de testagem para novos procedimentos administrativos. Progressivamente o desenvolvimento dos serviços comunitários levou a uma organização dos Centros de Saúde que buscava ampliar a capacidade de coordenação com os serviços de saúde pública, considerando a atenção hospitalar, diagnóstica, atenção médica e odontológica, bem como incorporando ações curativas às ações antes predominantemente voltadas à prevenção. Esse movimento de expansão dos Centros de Saúde, entretanto, encontrou limites no contexto americano das décadas de 20 e 30, em que fatores econômicos, sociais, políticos e populacionais levaram a um predomínio da atenção médica privada, conseqüência da transformação dos aspectos que estiveram na base do surgimento dos centros locais (Rosen, 1979)

A coordenação entre os diferentes recursos e serviços de saúde, entretanto, foi colocada como possibilidade de realização do potencial da assistência médica, fundamental para a melhoria dos níveis de saúde entre os americanos. Nesse sentido, a coordenação é entendida como “*terreno para o desenvolvimento pleno das potencialidades da Medicina e da Saúde Públicas modernas*” (Rosen, 1994: 349)

Outros países seguiram uma organização de serviços de forma semelhante. Na Inglaterra, no ano de 1920, um conselho consultivo de serviços médicos e afins, conhecido como Comitê Dawson, recomendou a criação de um sistema de centros de saúde divididos em duas categorias: a de assistência preventiva e curativa, realizada por clínicos, enfermeiros, dentistas, entre outros, e a de serviços especializados e de consultores.

“...Os serviços para as famílias de uma região específica devem possuir como base um centro primário de saúde, ou seja, um estabelecimento que ofereça os serviços de medicina curativa e preventiva e que esteja a cargo de médicos generalistas, junto com um serviço de enfermagem eficiente, e que tenha a colaboração de consultores e especialistas visitantes. Os centros de saúde serão de diferentes tamanhos e níveis de complexidade de acordo com as condições locais ou quanto à sua localização na cidade ou áreas rurais. O pessoal consiste, na sua maioria, de médicos do distrito correspondente, sendo possível assim para os pacientes seguir com seus próprios médicos. Um grupo de centros primários, de saúde deve, por sua vez, ter um centro secundário de saúde como base..”

“...Os centros de saúde secundários, por sua vez, devem formar um vínculo com o hospital. Isto é conveniente, primeiramente, para benefício do paciente, que nos casos difíceis, desfruta das vantagens, das melhores técnicas disponíveis, e, em segundo lugar, para benefício do pessoal médico designado aos centros secundários, que desta maneira pode acompanhar até as últimas etapas de uma doença na qual intervieram desde o começo, familiarizam-se com o tratamento adotado e apreciam as necessidades do paciente após o seu regresso ao lar...! “...Algumas vezes seria recomendável um relacionamento entre os centros secundários de saúde e os hospitais docentes...” (Dawson apud Silva. Jr., :54-55)

Na União Soviética o sistema de atenção médica extra-hospitalar foi montado a partir de uma rede de policlínicas, à semelhança dos centros de saúde. Os centros de saúde foram implantados ainda no Egito e na África do Sul e em países da América do Sul. (Rosen, 1994).

Em Cuba o Sistema Nacional de Saúde organiza-se de forma universal e gratuita a partir de três níveis de atenção integrados segundo uma rede de serviços de base territorial. O modelo de saúde adotado toma a família como unidade de atenção. Para tal prevê um sistema organizado a partir da atuação do médico de família, no qual esse é responsável pela saúde dos indivíduos, das famílias e do meio, sendo preservado de tarefas administrativas que impeçam seu contato com a população. Neste sentido, são

previstas mudanças na organização e nos métodos da saúde pública objetivando o alcance de maiores níveis de saúde e satisfação da população. A decisão de criação desse profissional especializado em medicina da família é identificada ao dirigente daquele país, efetivada no ano de 1984, estando relacionada ao conjunto de transformações nas políticas sociais produzidas a partir de 1959 com a Revolução Socialista. O sistema de saúde é constituído de forma integrada entre o médico de família, o Policlínico Comunitário e o hospital (Cuba, 1988).

O nível primário de atenção à saúde é prestado por uma equipe composta pelo médico de família e enfermeira responsável por 600 a 700 pessoas. A cobertura desse nível alcança 97% da população do país (Perez apud Sá, 2003). Um dos princípios adotados refere-se ao vínculo entre o médico e enfermeira à população adscrita, garantindo a continuidade da atenção, bem como a visão integral do indivíduo, a participação comunitária, o acesso ao sistema e a articulação de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (Novas & Sacasas apud Sá, 2003). Essa condição de proximidade com a população atendida é potencializada pelo fato das equipes residirem no mesmo local de trabalho, normalmente em estruturas prediais de dois pavimentos em que o andar de baixo é o consultório médico.

O segundo nível de atenção é viabilizado através dos Policlínicos Comunitários aos quais se articulam um conjunto de consultórios de uma determinada região. O surgimento do Policlínico em Cuba data do ano de 1963, época em que a atenção ambulatorial era organizada na forma de programas de saúde. Desde o seu surgimento foi considerado o elemento vital de vinculação entre a comunidade e a organização de saúde pública. Essas Unidades assumiram diversas formas organizativas segundo diferentes etapas, como o Policlínico Integral e o Policlínico com Medicina na Comunidade. Posteriormente, a mudança do modelo de atenção a partir da inserção dos médicos e enfermeiras envolveu todo o sistema de saúde. As atividades passaram a ser programada a partir das famílias, incluindo, entretanto, ações individuais e específicas voltadas à mulher, à criança, ao adolescente, ao adulto e ao idoso, de forma integral. O Policlínico nessa etapa assume o papel docente, transformando-se numa “Faculdade da Saúde”, responsável pela formação e aperfeiçoamento dos especialistas de Medicina e Odontologia Geral Integral. Seu papel igualmente se relaciona a garantir atenção médica e odontológica de maior complexidade, devendo “*planejar, organizar, dirigir e controlar o trabalho que executam os médicos de família integrando-a com o resto dos serviços que oferece a Unidade*” (Cuba, 1988:25). O Policlínico tem como funções

ainda o suporte diagnóstico, a coordenação com outras unidades, a atenção de outras especialidades através de recursos humanos provenientes do hospital através de consultas programadas, de recursos materiais e a atenção nas 24 horas do dia. Neste sentido o programa de trabalho do Policlínico com o médico de família prevê como objetivo geral “*garantir o apoio técnico-científico, docente, de suporte ao trabalho que desenvolvem os médicos de família com o fim de melhorar o estado de saúde da população*” (Cuba, 1988: 26).

No Brasil, com o desencadeamento do processo de transformação estrutural da saúde a partir da Reforma Sanitária, base da constituição legal do Sistema Único de Saúde (SUS), um conjunto de normas, princípios e práticas foram formulados no sentido da descentralização, integralidade e participação comunitária. Num contexto de redemocratização do país, identifica-se a responsabilidade do Estado pela garantia da saúde, expressa no texto de lei constitucional como dever do Estado, para alcance da igualdade de direitos e inclusão social. Conhecida como Constituição Cidadã pelos princípios da universalização do acesso, equidade e integralidade, e pela concepção ampliada do conceito de saúde, torna-se o principal referencial político e ideológico no re-ordenamento das práticas de saúde no país. A sustentação da Reforma Sanitária, entretanto, não se restringe ao espaço jurídico-legal, sendo igualmente necessária a transformação do espaço institucional e operativo. Para que o processo de mudança tenha impacto nos serviços de saúde, não se restringindo a uma transformação meramente jurídica institucional, que se reduziria a mais uma reforma administrativa no país, deve-se dar nos três espaços de transformação (Mendes, s.d).

Sem desconsiderar a importância dos demais espaços de transformação, mas para sermos coerentes com o tema estudado, acreditamos que um aprofundamento do espaço operacional seja procedente. O mesmo define-se como espaço concreto, num determinado território, onde se estabelece uma relação entre as unidades que compõe o sistema de saúde e a população, com suas representações e necessidades de saúde. Neste sentido, reportamo-nos ao conceito de distrito sanitário, entendido como ação tática no processo de mudança proposto pela Reforma Sanitária, constituindo-se como base histórica na busca da operacionalização da atenção à saúde, segundo os princípios norteadores do processo de Reforma.

Os distritos sanitários resultam da Lei nº 8080, capítulo III (Da Organização, da Direção e da Gestão), que prevê que as ações e serviços de saúde executados pelo SUS serão organizados de forma regionalizada e hierarquizados, segundo níveis de

complexidade crescente. No artigo 10º além da regulamentação da constituição de consórcios intermunicipais para desenvolver ações e serviços de saúde que correspondam ao município, a Lei prevê no § 2º a organização de distritos, no nível municipal, “*de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde*” (Brasil, 1990). No contexto internacional, correspondem aos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) formulados na XXXIII Reunião do Conselho Diretivo da Organização Pan-americana de Saúde, de 20 de setembro de 1988. No cenário da reforma do Sistema Nacional de Saúde os distritos sanitários são colocados conceitualmente como base do modelo assistencial já no âmbito do ideário do Sistema descentralizados e unificados de saúde (SUDS). A partir da constatação da diversidade das situações locais e regionais, os distritos sanitários cumpririam o papel de aproximação entre os serviços e uma determinada população. Tais serviços seria ordenados segundo graus de complexidade tecnológica. Desta forma, a organização distrital seria coerente com as particularidades geopolíticas e sanitárias de determinada área.

Os Distritos Sanitários, entendidos como processo social de mudança das práticas de saúde do Sistema Único de Saúde, apresenta dimensões a nível político, ideológico e técnico. Segundo Mendes (s.d), a dimensão política se dá pela atuação operacional no nível local, numa situação de compartilhamento do poder em que estão presentes diferentes atores individuais, sociais e institucionais com interesses diversos. Na inter relação entre tais atores é que se pode dar uma negociação a respeito de um projeto de saúde, bem como das formas, compromissos e responsabilidades para desenvolvê-lo no sentido de alcançar os objetivos estabelecidos.

A dimensão ideológica se expressa na existência de dois paradigmas tecno-assistenciais distintos. O paradigma sanitário, inscrito no projeto de Reforma Sanitária, considera as necessidades de saúde da população na estruturação da atenção à saúde. Os principais elementos ideológicos do mesmo são a globalidade, a determinação social do processo saúde-doença, o coletivismo, o equilíbrio no conhecimento geral / especializado, a inclusão de práticas alternativas, o uso de tecnologias adequadas e a integralidade da atenção. O paradigma flexneriano tem na clínica seu principal campo de intervenção ao se estruturar a partir da lógica técnico-assistencial centrada na doença.

A dimensão técnica refere-se à utilização de conhecimentos e tecnologias de forma a viabilizar os pressupostos políticos e ideológicos do projeto de atenção. No processo de distritalização tiveram expressão os princípios organizativos assistenciais

de impacto dos resultados nos níveis de saúde da população de um território, dentro da orientação por problemas, de intersetorialidade, de integralidade e de planejamento estratégico. A partir das dimensões políticas, técnicas e administrativas do nível local, buscou-se desenvolver, com base no território, intervenções que considerassem a hierarquização, a adscrição de clientela, a responsabilidade sanitária e a participação comunitária.

O processo de implantação dos Distritos Sanitários como exposto acima “*torna-se muito mais complexa porque incorpora esta dimensão de uma mudança cultural e o espaço operativo transforma-se num campo de luta ideológica*” (Mendes, s/d: 64).

Pensado como *locus* central da saúde pela sua capacidade de vínculo com a prática concreta, os distritos sanitários tiveram expressão na busca pela organização da atenção à saúde em nosso país. Apesar de sua implantação não ter se consolidado no âmbito nacional, os princípios nos quais teve sustentação se mantém como eixos na organização da atenção e estruturação do sistema de saúde, pois se referem ao modelo da atenção proposto pelo SUS.

Mais recentemente, no âmbito do SUS, foram normatizadas políticas públicas voltadas à gestão regional e ao planejamento descentralizado, desencadeadas a partir da NOAS – SUS. Tais políticas visam efetivar o modelo de atenção baseado numa rede integrada a partir de um elemento de coordenação da mesma que pode estar ligado a um serviço, dispositivo ou instância.

No campo da saúde mental esse conceito vincula-se à instituição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Através da Portaria 336, de 19/02/02, o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental prevê modalidades de serviços que possuem como características:

- responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e / ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local.

Na política de Urgência e Emergência, a Portaria 2.048, de 05/11/02, regulamenta os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. O seu Capítulo I prevê a estruturação dos sistemas loco-regionais de atenção às urgências. À Regulação Médica das Urgências é previsto o papel de elemento ordenador e orientador do Sistema de

Atenção Integral às Urgências, que estrutura a relação entre vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos.

No cenário nacional, algumas experiências em municípios de maior porte se voltaram a organizar a atenção à saúde segundo a lógica de integração e coordenação de processos de trabalho e da rede de serviços visando à integralidade.

No município de Belo Horizonte, uma experiência voltada à integralidade da assistência à saúde pautou a organização da produção do cuidado de forma sistêmica e integrada pelos diferentes níveis de complexidade assistencial. Através de tal projeto, denominado de “BH-VIDA: Saúde Integral” buscou-se alcançar a integralidade segundo não apenas a organização de recursos, mas especialmente pelo fluxo do usuário através da construção de linhas do cuidado. Essas são organizadas tendo como base o projeto terapêutico proposto para o usuário, entendido como elemento estruturante de todo o processo de trabalho, e é fruto de uma pactuação entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais. O espaço de pactuação é o comitê gestor. As linhas do cuidado foram inicialmente propostas nas áreas de Atenção ao Idoso, Saúde da Criança, Saúde Materna, Atenção ao Agudo, Atenção às Doenças Cardiovasculares e Saúde Bucal. Elas se organizam a partir de uma articulação que prevê negociação, interlocução, associação fina da técnica e política, bem como pela implicação de todos os atores. Estes atores se vinculam aos diversos níveis assistenciais. A organização dessa estratégia prevê a garantia da disponibilidade de recursos, incluindo a oferta de atenção secundária e a regulação pública de toda a rede prestadora do SUS; os fluxos assistenciais centrados no usuário; instrumentos de referência; garantia de contra-referência; determinação de que a equipe básica é responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado; gestão colegiada e busca da intersetorialidade (Franco & Magalhães Júnior, 2003).

CAPÍTULO V: A EXPERIÊNCIA LOCAL NO CONTEXTO DE NITERÓI

O presente tópico pretende apresentar de forma sucinta as características gerais do município de Niterói / RJ, permitindo uma apreensão de sua realidade política, demográfica e sócio-econômica. Nessa contextualização, acreditamos ser igualmente necessário descrever historicamente o processo de descentralização, municipalização e regionalização do setor saúde em Niterói e a constituição das Policlínicas Comunitárias, permitindo uma maior compreensão dos aspectos políticos e institucionais envolvidos no objeto de estudo.

4.1- A cidade e suas origens

Em setembro de 1565, sob a necessidade de ocupação e povoamento do recôncavo nas margens da Baía de Guanabara, com vistas ao impedimento da ocupação estrangeira, faz-se “*a primeira distribuição de sesmarias na margem oriental, contemplando, entre outros, Martim Paris, fundador da Fazenda do Saco e primeiro colonizador de fato do território que hoje compreende o Município de Niterói*” (PMN, 1999). Outras sesmarias foram concedidas, entretanto, duas possuem importância fundamental. A sesmaria de Antônio de Mariz Coutinho, onde surgiu, no início do século XVII, o primeiro engenho da região e a do cacique Araribóia, chefe dos Temiminós, pelo fato de corresponder à maior parte do atual núcleo urbano de Niterói. A economia que originalmente relacionava-se à atividade extrativista do pau-brasil, deu lugar ao plantio da cana de açúcar, que predominou até a Abolição, paralelamente ao aparecimento da pré-indústria.

No ano de 1834 a cidade é escolhida como capital provisória da Província do Rio de Janeiro e posteriormente é confirmada como capital e, de vila, passa à condição de cidade, recebendo o nome de Nictheroy, do tupi, *Água Escondida*. (PMN, 1999). Sede da província mais rica do Brasil, considerando a expansão cafeeira, a cidade alcança vantagens, sofrendo, entretanto, forte interferência dos presidentes das províncias (governadores). A industrialização observada no Brasil, no final do século XIX, traduziu-se na cidade pela implantação de estaleiros, processadoras de pescado e outras indústrias que forçaram a ocupação dos bairros e, conseqüentemente, a necessidade de organização do espaço urbano. Nesse sentido, “*o processo de urbanização se consolidou através de obras de arruamento, da construção de prédios*

públicos, dos inúmeros aterros e da estruturação do sistema de transportes públicos” (PMN, 1999). O mesmo contou com recursos das loterias e da doação de terrenos para a abertura de logradouros públicos mediante isenção fiscal. Posteriormente, em 1906, a Prefeitura, já existente, consegue concretizar uma série de obras, sendo criadas largas avenidas e praças. A cidade alterna períodos de independência do governo do estado, mas a tônica daqueles anos foi a tutela e intervenção estadual. Um marco histórico foi o golpe militar de 1964. A partir da fusão dos Estados do Rio de Janeiro e da Guanabara, Niterói perde a condição de capital, restabelecendo sua autonomia, e, contrariando a *“tese do esvaziamento, reencontra sua identidade cultural, sua vocação turística e sua importância política e econômica”* (PMN, 1999).

4.2- A cidade e suas características políticas, demográficas e sócio-econômicas

Em Niterói o período de continuidade político-administrativa foi fundamental para a consolidação das políticas públicas voltadas ao desenvolvimento social, cultural e à urbanidade da cidade. Ao tomar a cidade como *locus* da política municipal, o governo buscou a solução para os problemas de saúde, educação, habitação, segurança, transporte e abastecimento de água através da administração local, ressaltando a *“importância da cidade como o território onde as relações sociais acontecem”* (PMN,1999). O conjunto de políticas públicas visa à meta de governo que é a melhoria da qualidade de vida dos moradores da cidade. O mesmo traduz-se nos diferentes projetos culturais (restauração do teatro Municipal João Caetano e do Solar do Jambreiro, construção do MAC, Niterói - livros, Niterói @rtes, etc); urbanos (Projeto Portugal Pequeno, Caminho Niemeyer, limpeza pública, transporte eficiente, entre outros); sociais (Programa Médico de Família, Vida Nova no Morro, Bit-Bus, Nomes, etc); de desenvolvimento regional (Descentralização administrativa, Agência Municipal de Desenvolvimento, Orçamento Participativo, etc) e em Ciência e Tecnologia (Plano de Atratividades de Base Tecnológica e criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia).

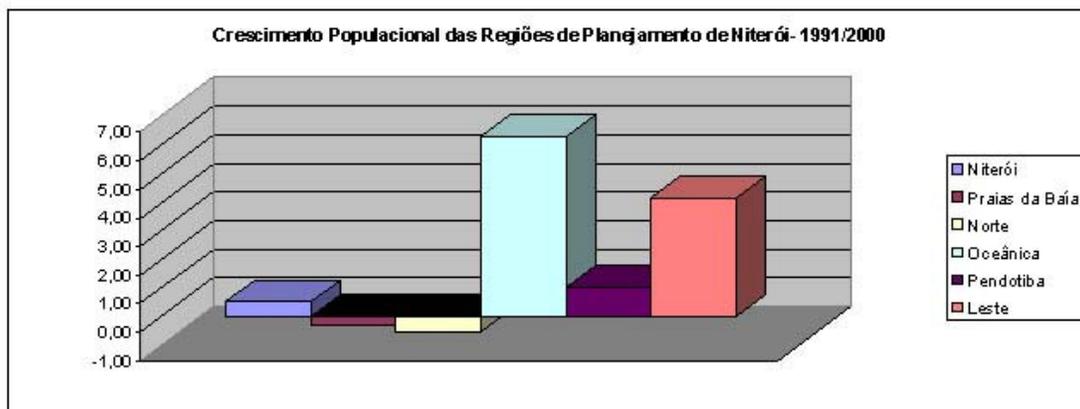
No aspecto econômico constata-se uma ampliação do setor terciário com destaque para as áreas de comércio e serviços. O setor secundário ou industrial, apesar do declínio, ainda tem expressão na cidade e é basicamente voltado à indústria da pesca, de confecção e vestuário, da construção civil, do turismo e da indústria naval (esta última sendo revitalizada e focada nas atividades de reparos navais).

Segundo a Secretaria de Planejamento do Estado do Rio de Janeiro a Região

Metropolitana do Rio de Janeiro constitui-se pela capital e por 19 municípios, conhecida como Grande Rio. Entre eles, encontra-se o município de Niterói. Desta Região do Estado, que ocupa uma área de 5.384 Km, Niterói ocupa uma área de 134,5 km², com uma população de 459.451 habitantes, segundo dados do Censo Demográfico de 2000, o que corresponde a 4,2 % da população da Região Metropolitana, com 10.894.156 habitantes em 2000. Neste mesmo ano a população do município representava 3,19% da população do Estado e 0,27% da população do País. Ao analisarmos os indicadores de Niterói no contexto do Grande Rio, observamos que a média geométrica de crescimento anual considerando os anos de 1991 e 2000 foi de 0,58%, uma das menores e bem abaixo da média da Região, que foi de 1,17%. Apresenta média geométrica de urbanização de 100% e a sétima maior densidade demográfica (3.416,0) da Região, na qual a média de urbanização é de 99,3% e a densidade demográfica é de 1.913,5. Neste aspecto, a Região Metropolitana apresenta uma realidade bastante dispare, considerando o município de São João de Meriti, com a maior densidade demográfica (12.953,2), e Mangaratiba com a menor (68,8). (OPAS, 2003)

Em Niterói existem 52 bairros distribuídos em 5 Regiões de Planejamento segundo o Plano Diretor - Lei 1157/92. São eles: Praias da Baía, Norte, Pendotiba, Oceânica e Leste.

FIGURA 2 Crescimento populacional das regiões de planejamento de Niterói 1991/2000



A população de Niterói teve um crescimento de 41,7% no período de 30 anos (1970 a 2000). Segundo o Censo de 2000, sua população atual é predominantemente de mulheres, com 53,4% do total. A distribuição, segundo faixa etária, é de 1,3% de menores de 1 ano, 5,3% de 1 a 4 anos, 13,9% de 5 a 14 anos, 55,3% de 15 a 49 anos, 14,2% de 50 a 65 anos e de 9,8% de maiores de 65 anos considerando o ano 2000. Em relação à população idosa, Niterói apresentou um aumento da mesma, tendo em vista que os idosos representavam 7,58% do total populacional no ano de 1991. A população de menos de 15 anos de idade apresentou uma redução percentual, passando de 24,52% a 20,60% do total. Cabe ressaltar que esta tendência mostra-se coerente com o observado na população brasileira como um todo, demonstrando perfil de envelhecimento da mesma. A razão de dependência entre crianças, jovens e a população adulta passa de 47,3% em 1991 a 43,7% em 2000.

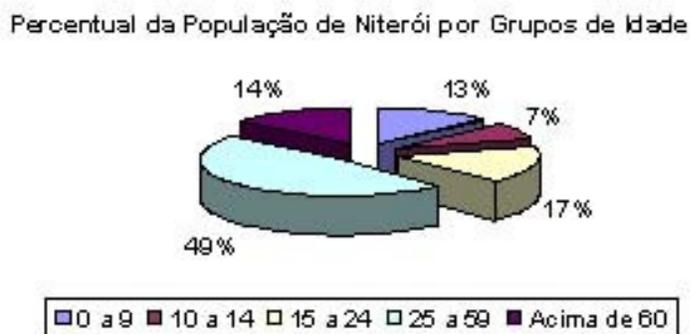
A taxa de mortalidade infantil relativa aos nascidos vivos, até 1 ano de idade, foi reduzida em 53,66% no período de 1991 a 2000, de 25,8 em 1991, passou a 12,0 óbitos por 1000 nascidos vivos, em 2000. A esperança de vida ao nascer se elevou em 5,5 anos, de 68 anos em 1991 para 73,5 anos em 2000. O número médio de filhos por casal diminuiu, em 1991, o índice era 1,8 em 2000 passa a 1,6 filho em média por casal.

TABELA 1 Distribuição da população do município de Niterói , segundo faixas etárias, no ano de 2000

Grupo de Idade (anos)	Total	Total (%)
0 a 9	61.691	12,4
10 a 14	32.911	7,2
15 a 24	80.180	17,4
25 a 59	221.470	48,2
Acima de 60	63.199	13,8
Total	459.451	100,00

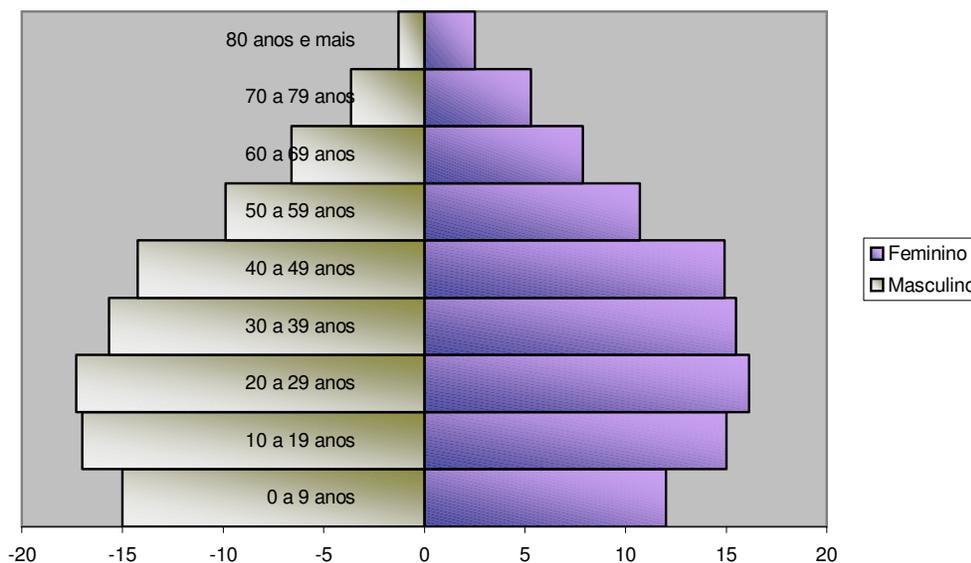
Fonte: IBGE 2000: Organização: SECITEC

FIGURA 3 - Proporção da população do município de Niterói segundo faixas etárias, no ano de 2000.



A representação gráfica da distribuição populacional por faixa etária desenha uma pirâmide de base estreita, demonstrando o envelhecimento populacional, como se pode perceber para o ano de 2003.

FIGURA 4 - Distribuição da população segundo sexo e faixa etária, no ano de 2003



F

Fonte: IBGE / DATASUS / FMS- Relatório de Gestão 2003

De forma semelhante ao restante do país, o município apresentou nos últimos anos um crescimento da taxa da população residente em favela. Tal fato demonstra que as políticas públicas vigentes não foram ainda suficientes para evitar a pauperização e a exclusão, fruto do modelo econômico em curso no país.

Considerando os anos de 1996 e 2000 observamos uma taxa de crescimento anual de 5,66. Ao todo foram contabilizadas, através do Censo de 2000, 43 favelas no município de Niterói, englobando 15.226 domicílios e uma população total de 50.020 moradores, com uma média de moradores por domicílio em favelas de 3,29.

Ao identificarmos a população alfabetizada de Niterói, encontramos que 94,5 % possui mais de 5 anos de estudo, 92,3% mais de 7 anos, 96,6% mais de 10 anos e que 96,5% possui mais de 15 anos de estudo. Entre os anos de 1991 e 2000 foi observado um aumento de dois pontos percentuais, caracterizando-se como uma das maiores taxas do país.

Em relação ao rendimento dos chefes de domicílio no ano 2000, existe um percentual de 6,4% sem rendimento, 0,3% com rendimento de até meio salário mínimo, 8,52% de meio salário a um salário, 20,15% de 1 a 3 salários, 33% de 3 a 10 salários, 17,45% de 10 a 20 salários e 4,43% acima de 20 salários mínimos. Se somarmos o

percentual dos chefes de domicílio sem rendimento com o de rendimento de até 3 salários, temos um percentual de 34,97 %. Ao compararmos o rendimento mensal dos chefes de domicílio com outros municípios do Estado do Rio de Janeiro e com a Região Metropolitana, encontramos que Niterói apresenta o maior rendimento de todo o Estado, com R\$ 1.741,40 (11,53 salários mínimos), enquanto que no Estado o rendimento é de R\$ 969,55 (6,42 salários mínimos) e na Região Metropolitana de R\$ 1.045,48 (6,92 salários mínimos), utilizando, para fins de cálculo, o salário mínimo vigente em agosto de 2000, ou seja, de R\$ 151,00. Ao compararmos os anos de 1991 e 2000, observamos que o valor médio mensal dos chefes de família passou de 7,4 salários mínimos mensais para 11,5 em 2000. Outro indicador deste período refere-se ao número de chefes de família que ganhavam até 5 salários mínimos mensais. Enquanto que em 1991 esse percentual era de 55%, no ano 2000, o mesmo passou a ser de 41%.

Nos últimos três anos Niterói avançou no que diz respeito ao abastecimento de água para a população, principalmente servindo à população residente nas Regiões Leste, Pendotiba e Oceânica através da Concessionária Águas de Niterói. Os dados do Censo do ano 2000 apontam que 95,22 % dos domicílios particulares permanentes contam com abastecimento de água com canalização interna (Rede Geral - 78,34%, poço ou nascente-12,81% e outras formas - 4,07%). Dados de 2002, fornecidos por Águas de Niterói, informam que 98% da população conta com abastecimento de água, representando um acréscimo de 24% em relação ao ano de 1991.

No ano de 2000 73% dos domicílios contavam com rede de esgoto, o que representou um aumento de 8 pontos percentuais em relação ao ano de 1991. Entretanto, esses dados podem estar sub-dimensionados tendo em vista as obras realizadas entre agosto de 2000 e janeiro de 2002. Em relação aos domicílios servidos por Rede Geral de Esgoto ou pluvial, encontramos até ano 2000 uma disparidade bastante grande entre as Regiões de Planejamento de Niterói. Na Região de Pendotiba, 12,39% do esgoto é lançado em valas e 14,31% é lançado em rio, sendo que 2,75% dos domicílios não possuem banheiro. A Região Oceânica apresenta apenas 8,31% dos domicílios servidos por rede de esgoto, sendo a de maior precariedade em toda a cidade. A insuficiência de infra-estrutura nestas Regiões relaciona-se à sua ocupação mais recente quando comparada às Regiões das Praias da Baía e Norte.

Com referência ao destino do lixo, segundo o Censo do ano 2000, Niterói apresenta um percentual de 81,9 do lixo coletado por serviço de limpeza, bem abaixo da média do

Estado, que é de 90,96 %. Ao considerarmos, entretanto, todas as formas de coleta (caçamba,etc), Niterói alcança o patamar de 97% de lixo coletado no ano de 2000 , o que corresponde um acréscimo de 11 pontos percentuais em comparação a 1991. Nas Regiões Leste e Pendotiba existe a prática de queima do lixo, com percentuais de 5,8% e 3,7%, respectivamente. Em regiões com deficiência de coleta de lixo por serviço de limpeza, o destino do mesmo pode ainda ser despejado em terrenos baldios ou logradouros, como ocorre nas Regiões Norte, Oceânica e Pendotiba, numa média de 2,27%. A Região de Pendotiba é cortada por rios, que, além da contaminação por esgoto, são depositários de lixo (0,42%), o que ajuda a degradar as condições de vida e o meio ambiente.

A partir da análise da tabela abaixo podemos identificar diferenças regionais em diferentes aspectos, permitindo uma caracterização da população e das condições de vida da mesma, que estão implicadas na produção social da saúde. Desta forma podemos, sinteticamente, apontar que a Região das Praias da Baía apresenta melhores indicadores de desenvolvimento, sendo a mais populosa e com maior percentual de moradores com mais de 65 anos. Apresenta ainda o maior percentual de chefes de domicílio com 15 ou mais anos de estudo, com rendimento de 30 ou mais salários mínimos e saneamento básico acima da média municipal. No outro extremo, apresentando indicadores desfavoráveis considerando a média municipal encontramos a Região de Pendotiba. Esta apresenta relativamente maior número de moradores menores de um ano, menor proporção de moradores de mais de 65 anos, de população alfabetizada com 15 anos de estudo ou mais, incluindo os chefes de domicílio, menor percentual de abastecimento de água e coleta de esgoto por rede geral. Observa-se alto percentual de chefes de domicílio sem rendimento e baixo percentual dos chefes com rendimento acima de 30 salários mínimos. É uma Região com crescimento populacional de moradores de diferentes classes, sendo caracterizada pela desigualdade social de sua população.

QUADRO 2 - Distribuição da população, taxa de crescimento, população de menores de 1 ano e maiores de 65 anos, proporção: de domicílios próprios, população alfabetizada acima de 15 anos e de chefes de domicílio acima de 15 anos, por regiões do município de Niterói, 2000.

	População total	Taxa de crescimento 1991 / 2000	Pop relativa de < de 1 ano	Pop relativa de > 65 anos	Domicílios	% de domicílios próprios	% Pop alfabetizada 15 anos ou mais	% Chefes de domicílio com 15 ou mais de estudo
Niterói	459.451	0,5	1,4	9,8	143.924	75,1	96,4	27,6
Praias da Baía	191.464	-0,3	1,1	13,6	64.427	71,8	96,5	40,5
Norte	156.996	-0,5	1,6	8,6	47.712	75,7	96,0	14,0
Leste	5.581	4,1	1,7	6,7	1.655	78,3	96,5	13,7
Oceânica	55.790	6,3	1,5	6,3	16.132	83,8	93,0	31,0
Pendotiba	49.620	1,0	1,8	5,3	13.998	77,5	91,8	12,3

Fonte: PMN / SECITEC

QUADRO 3 - Proporção de chefes de domicílio com e sem rendimento, proporção de abastecimento de água por rede geral, proporção de domicílios com: esgotamento sanitário, lixo coletado por serviço de limpeza e por caçamba por regiões do município de Niterói

	% de chefes de domicílio sem rendimento	% de chefes de domicílio com rendimento de mais de 30 s.m.	% de abastecimento de água por Rede Geral	Domicílios por esgotamento sanitário- Rede Geral ou pluvial	Domicílios por destino do lixo - coletado por serv.limpeza	Domicílios por destino do lixo - coletado por caçamba
Niterói	6,4	8,46	78,34	73,04	81,90	15,02
Praias da Baía	4,17	14,16	96,66	95,02	90,03	8,53
Norte	8,29	1,57	95,39	81,85	75,69	19,68
Leste	8,07	4,72	0,97	12,51	67,49	26,04
Oceânica	6,96	12,0	3,73	8,31	85,74	11,13
Pendotiba	8,25	4,73	31,02	23,66	62,94	30,33

Fonte: PMN / SECITEC

4.3- A cidade e seus índices de qualidade

Diferentes índices são utilizados pelo município para traçar o perfil da cidade. Os mesmos baseiam-se no Índice de Desenvolvimento Humano, construído pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), em 1990, que utiliza três características: a longevidade, o grau de conhecimento e a renda ou PIB per capita. A variação é de 0 (zero) a 1 (um), onde os valores mais altos são indicativos de níveis superiores de desenvolvimento humano.

Por desenvolvimento humano entende-se o *“processo abrangente de expansão do exercício do direito de escolhas individuais em diversas áreas: econômica, política, social ou cultural. Algumas dessas escolhas são básicas para a vida humana. As opções por uma vida longa e saudável, ou por adquirir conhecimentos, ou por um padrão de vida decente são fundamentais para os seres humanos”* (PMN, 1999).

1. Índice Municipal de Desenvolvimento Humano (IDH-M)- com crescimento de 15,6% entre 1970 a 1991, passando de 0,710 a 0,821. Ao compararmos o período 1991-2000, observamos um crescimento de 8,45%, passando de 0,817 em 1991 para 0,886 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a longevidade, com 44,0%, seguida pela renda, com 30,9%, e pela educação, com 25,1%.

"Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano: IDH maior que 0,8, como os países Portugal, Grécia, México, Venezuela e Argentina, entre outros. Em relação aos demais municípios com mais de 200.000 habitantes do Brasil, ocupa a 4ª posição e em relação aos outros municípios do Estado, Niterói apresenta uma situação de excelência: ocupa a 1ª posição". (SECITEC, 2003)

2. Índice Municipal – Construído pelo Instituto Polis a partir de informações censitárias, congrega índices sintéticos de renda, alfabetização, habitação e meio ambiente. Foram relacionados 187 municípios com mais de 100 mil habitantes em 1991, que representavam 4% dos municípios e 48% da população brasileira. Segundo este índice Niterói ocupa a 4ª posição (0.890), somente abaixo de Santos, São Caetano e Ribeirão Preto.
3. Índice de Qualidade de Vida (IQV-UFF) - Parte de 18 indicadores selecionados para análise da qualidade de vida dos 81 municípios fluminenses, base político-

administrativa do Estado do Rio de Janeiro em 1991. Os municípios foram classificados em oito grupos, sendo que Niterói obteve a 1ª colocação, com distanciamento dos demais municípios. Tal fato pode ser atribuído ao menor percentual de pobres (27%), a mais elevada taxa de alfabetização dos chefes de domicílio (92%), o menor percentual de chefes de domicílio com até 3 anos de estudo (15%), entre outros.

4. Índice de Condições de Vida (ICV)- incorpora ao IDH um conjunto de indicadores que retratam realidades sociais, econômicas e ambientais. Desta forma, amplia o número de indicadores que compõem as dimensões Renda, Educação e Longevidade e introduz duas dimensões com objetivo de retratar a situação da Infância e da Habitação. Em 1991 o ICV é de 0,831, com aumento de 12% comparativamente a 1970. Niterói ocupa o 29ª ocupação entre os quase cinco mil municípios do país. No Estado do Rio ocupa a 1ª posição, sendo considerado pela classificação do PNUD entre as regiões com boas condições de vida.
5. Índice de Qualidade Municipal – importante instrumento para o planejamento municipal e para a elaboração de estratégias para o desenvolvimento regional, o índice de qualidade de vida classifica os municípios fluminenses segundo as condições que possuem para receber novos investimentos. Foram definidos sete grupos de indicadores com pesos diferentes (Centralidade e vantagem locacional, Qualificação da Mão de obra, Riqueza e potencial de consumo, Facilidade para negócios, Infra-estrutura para grandes empreendimentos, Dinamismo e Cidadania).Niterói ocupa a segunda posição no índice geral (0,6940), sendo precedida pelo Rio de Janeiro.

Outros indicadores: 1º Município em atendimento às necessidades básicas da sua população no Estado (CIDE 2001); 1º Município em desenvolvimento infantil no Estado - (UNICEF / ONU); 2º Município em menor grau de deficiência dos seus indicadores sociais - (CIDE - IQM, 2001). Considerando tais indicadores podemos perceber que o município vem conseguindo se destacar, com resultados positivos nas áreas de educação, saúde, cultura e lazer, entre outras. A produção de informações sobre o município também merece destaque, permitindo uma análise integral. A construção da agenda de governo voltada para as políticas públicas sociais, vêm destacando a administração municipal como inovadora, obtendo o reconhecimento nos âmbitos nacionais e internacionais (PMS, s/d)

4.4- A saúde na cidade

A recuperação de alguns marcos históricos é fundamental para a compreensão do sistema de saúde atualmente existente no município. Neste sentido, passamos a descrevê-los de forma preliminar, tendo como referencial o processo de descentralização e a municipalização da saúde.

Niterói, desde o início da década de 70, vem ocupando um papel de destaque no setor saúde. A formulação do 1^o Plano de Ação de Saúde do Município - 1978 / 1980, pela equipe da então Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social contou com a participação de professores e alunos da Universidade Federal Fluminense e da Escola Nacional de Saúde Pública, sendo concebido com base no planejamento para a gestão do sistema local. Sua elaboração se constituiu num marco histórico com repercussão a nível nacional. A criação de uma rede básica de serviços de saúde considerou as necessidades de bairros pobres e periféricos, a extensão de cobertura e a utilização de agentes de saúde, organizando-se segundo a proposta de Atenção Primária à Saúde, ideário difundido a partir da reunião de Alma-Ata, realizada em 1978, sendo disseminado nos municípios a partir dos setores universitários (Goulart, 1996: 36).

No bojo dos movimentos progressistas da saúde organizaram-se diferentes encontros do setor saúde dos municípios. Iniciados em Teresina e Campinas, ambos no ano de 1978, estes tiveram seqüência em Niterói (1979), Belo Horizonte (1981) e São José dos Campos (1982), se caracterizando pelo aumento progressivo da abrangência tanto em relação à participação quanto à temática. Tais encontros foram espaço de formulação de propostas para a superação dos impasses colocados pela crise evidenciada na saúde (Goulart, 1996). O II Encontro Municipal do Setor Saúde, realizado em Niterói, no período de 24 a 27 de outubro de 1979, teve o caráter nacional com a participação de aproximadamente 67 municípios, de 15 estados. No documento produzido a partir desse encontro dois tópicos se destacam por seu ineditismo: a rejeição da Lei 6229 / 76 e a diretriz de unificação no sistema de saúde. Como propostas operacionais apontou para a constituição de uma rede de serviços para assistência primária à saúde; a ênfase na participação social; a exclusão da iniciativa privada da APS; a reorientação da política de recursos humanos na saúde, entre outros. (Goulart, 1996). Esse encontro, organizado pelo Secretário Municipal de Saúde à época, Dr. Hugo Tomasini, teve relevante importância no desdobramento posterior da política de saúde desenvolvida na cidade.

No início da década de 80 Niterói já apresentava uma rede assistencial abrangendo do 1º ao 3º nível de complexidade caracterizando um setor público com capacidade instalada acima da média nacional. Os serviços prestados, entretanto, diferenciavam-se a partir da vinculação às diferentes instituições. Desta forma, existiam serviços prestados pela Universidade Federal Fluminense, pela Previdência Social, através do INAMPS, pela Secretaria de Estado de Saúde, pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Ministério da Saúde, através da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. Esse conjunto de serviços, a exemplo do que ocorria no contexto nacional, funcionava de forma desarticulada com superposição e duplicidade de ações (FMS / Plano Municipal de Saúde 1994 / 1996).

Em 1982, a partir do estímulo do Plano de Reorientação de Serviços de Saúde do CONASP, surgiu a proposta de elaboração conjunta do Plano de Saúde para Niterói e gestão colegiada de execução deste plano. Visando à integração e descentralização dos serviços de saúde, a partir dos princípios de regionalização, hierarquização e participação popular, foi criado o Projeto Niterói. Considerado uma experiência emblemática no contexto do movimento de Reforma Sanitária, o Projeto Niterói “*contribuiu para a elaboração de estratégias de fortalecimento do processo de descentralização do sistema nacional de saúde*” (FMS, 2003). Através deste projeto, Niterói constituiu-se como laboratório em todo o país para o repasse financeiro entre esferas de governo, que posteriormente expandiu-se para o Programa de Ações Integradas de Saúde do Estado, e finalmente para as Ações Integradas de Saúde no Brasil (O’Dwyer, 1993). Começava a ser criada, desta forma, a condição favorável à implementação do SUDS, e, posteriormente, do SUS.

Em 1989, assume o governo da cidade uma coligação de partidos progressistas. A convite do prefeito assume a Secretaria Municipal de Saúde o até então Secretário Executivo do Projeto Niterói, Dr. Gilson Cantarino O’Dwyer. Um conjunto de técnicos participantes desse projeto passa a compor a estrutura da Secretaria, direcionando o trabalho a partir das recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e pela Constituição Federal de 1988 (Mascarenhas & Almeida, 2002). Neste mesmo ano é iniciado o processo de municipalização progressiva dos serviços e ações de saúde, redistribuindo as responsabilidades e recebendo as unidades de atendimento primário e secundário, oriundas do Estado e União, (02 Centros de Saúde, 03 Postos e 02 Hospitais da Secretaria Estadual de Saúde, 03 PAMS, e um Hospital, vinculados ao Ministério da Previdência e Assistência Social e 01 Hospital Universitário Federal vinculado ao

MEC), que passaram a integrar a rede municipal de saúde existente (PMN, 1999).

O processo de municipalização iniciado em março de 1989 foi progressivamente desenvolvido até o mês de fevereiro de 1992. Neste período buscou-se implementar um modelo assistencial inspirado nas recomendações da OPAS sobre os Sistemas Locais de Saúde. A estratégia projetada para articular e viabilizar a construção desse modelo em Niterói foi o Distrito Sanitário. A delimitação dos mesmos procurou atender a divisão sócio-geográfica empregada historicamente no município, bem como aspectos relacionados ao sistema viário e a distribuição de recursos de saúde. Às equipes dos distritos foi projetado o papel de *“articular as unidades de saúde existentes no seu território, reorganizando seus perfis e promovendo a incorporação de uma nova cultura de serviços de saúde, que dialoga e constrói junto com as populações a forma de preencher suas necessidades de saúde”* (FMS / Plano Municipal de Saúde 1994 / 1996).

Tais necessidades de saúde eram interpretadas segundo perfil epidemiológico, base de orientação dos recursos tecnológicos e humanos especializados, com vistas a uma resolubilidade às situações oriundas das unidades. O acesso aos outros níveis de atenção considerava mecanismo de referência e contra-referência mantido pelas unidades tidas como “porta de entrada” do sistema. Neste modelo foram previstos dois tipos de unidades de referência, definidas como unidades com maior densidade tecnológica bem como por oferecerem serviços especializados, de emergência e internação. As primeiras foram denominadas de unidades secundárias distritais. Caracterizavam-se como ambulatórios de especialidades dotados de suporte laboratorial intermediário e de imagens visando a ampliação da resolubilidade no primeiro nível, com acesso prioritário aos pacientes referenciados pelas UBS ou Módulos do PMFN do mesmo distrito. As segundas como unidades de referência programática com vistas a oferecer atendimento especializado a situações não resolvidas no primeiro nível segundo pólos de atenção. As terceiras como unidades de referência de internação (FMS/ Plano Municipal de Saúde 1994 / 1996).

QUADRO 4- Unidades de Referência segundo tipo e Distrito Sanitário

Distritos Sanitários	Unidades Secundárias Distritais
Distrito Sanitário Norte	Ambulatório do HEAL Ambulatório do HOF Ambulatório do HGVF P.S. Caramujo P.S.J.S Vizella
Distrito Sanitário Leste	Unidade Integrada do Largo da Batalha P.S Itaipu
Distrito Sanitário Centro-Sul	C.S. Carlos Antônio da Silva C.S. Santa Rosa Ambulatório do PAM Amaral Peixoto Ambulatório do PAM Araribóia Ambulatório do PSM - CPN

Fonte: PMN / FMS / Plano Municipal de Saúde 1994 / 1996

Com o processo de municipalização, é fortalecido o papel da Secretaria Municipal de Saúde. No ano de 1989 o município começa a processar os dados epidemiológicos, utilizando para isso indicadores de morbidade, mortalidade e de nascidos vivos, possibilitando maior agilidade e confiabilidade na análise das condições de saúde da população. No mesmo ano é informatizado o Controle de Doenças de Notificação Compulsória e nos anos seguintes é implantado o Setor de Dados Vitais da FMSN (PMN, 1999). Como parte de uma política global de governo, que se volta à busca de qualidade de vida, o processo de descentralização no setor saúde trouxe ao município o desafio de responder às necessidades de saúde de sua população, com a incumbência de controlar e avaliar o conjunto de prestadores de saúde. Para dar suporte às novas atribuições assumidas, é criada em outubro de 1990 a Fundação Municipal de Saúde. Tal estruturação *“partiu da necessidade de ter um espaço institucional diferenciado, com grau de autonomia, que pudesse desenvolver uma infra-estrutura administrativa ágil e uma nova cultura organizacional que garantisse a gestão única e efetiva dos serviços”* (FMS / Plano Diretor, 1998 / 2000).

No período de 1989 a 1991 o município teve que enfrentar eventos epidemiológicos relacionados a duas epidemias de dengue e uma de meningite. Foi buscado como forma de enfrentamento às mesmas uma maior aproximação com o

governo de Cuba, que já prestava assessoria ao município, desde o ano de 1986, por ocasião da primeira epidemia de dengue. A ida do então Prefeito de Niterói àquele país representou a tomada da decisão política pelo mesmo de adoção do modelo de saúde cubano a ser implantado de forma imediata no município. Com vistas à obtenção desse objetivo o Secretário de Saúde viaja a Cuba e inicia-se, no ano de 1991, o processo de implantação do Programa Médico de Família que contou com assessoria técnica prestada pelo diretor do Policlínico Docente de Lawton. Buscou-se, nessa proposta, a adaptação do modelo cubano à realidade municipal segundo análise dos indicadores operacionais e epidemiológicos (Mascarenhas & Almeida, 2002). Na fase inicial foi identificado como função dos distritos sanitários a aplicação da metodologia de Médico de Família. Posteriormente, a partir da realização da semana de Cuba em Niterói, no ano de 1992, um novo momento de consultoria é estabelecido e, a partir deste, constitui-se uma comissão gestora municipal composta por essa assessoria técnica que, juntamente com a Superintendente de Ações Integradas de Saúde da FMSN e com Secretário de Saúde integrou a coordenação municipal do Programa (PMN, 1997). A necessidade de avanço do modelo de medicina familiar identificada como modelo a ser adotado no município fez com que no princípio do ano de 1995 uma nova organização administrativa fosse dada a FMSN com a criação da Superintendência de Atenção Ambulatorial e Saúde Coletiva e a dissolução dos distritos sanitários. Começava a ser desenhada, a partir daí, o modelo de descentralização pelas Policlínicas Comunitárias. Estas foram implantadas no município a partir do ano de 1996 com a redefinição do papel de antigas unidades municipais e estaduais de saúde.

Em 1992, o primeiro módulo do Programa Médico de Família é inaugurado a partir da co-gestão com a associação de moradores. Tal mecanismo parte de convênio estabelecido entre a Prefeitura de Niterói / Fundação Municipal de Saúde e associações de moradores, prevista pelo Decreto Legislativo 07/92. As ações de saúde voltadas à atenção primária a uma população adscrita aos módulos do Programa foram desenvolvidas de forma suplementar à rede municipal de assistência à saúde (Sá, 2003).

“A adoção deste programa, significou não só a mudança na lógica do pensar, mas também no agir em saúde na medida em que introduziu novas práticas de trabalho onde as categorias como vínculo, acolhimento, acesso, resolubilidade e autonomia do usuário são reconhecidas e consideradas, além de ter buscado resgatar entre os profissionais de saúde o compromisso, a responsabilidade e o trabalho interdisciplinar” (FMS / Plano Diretor, 1998 / 2000).

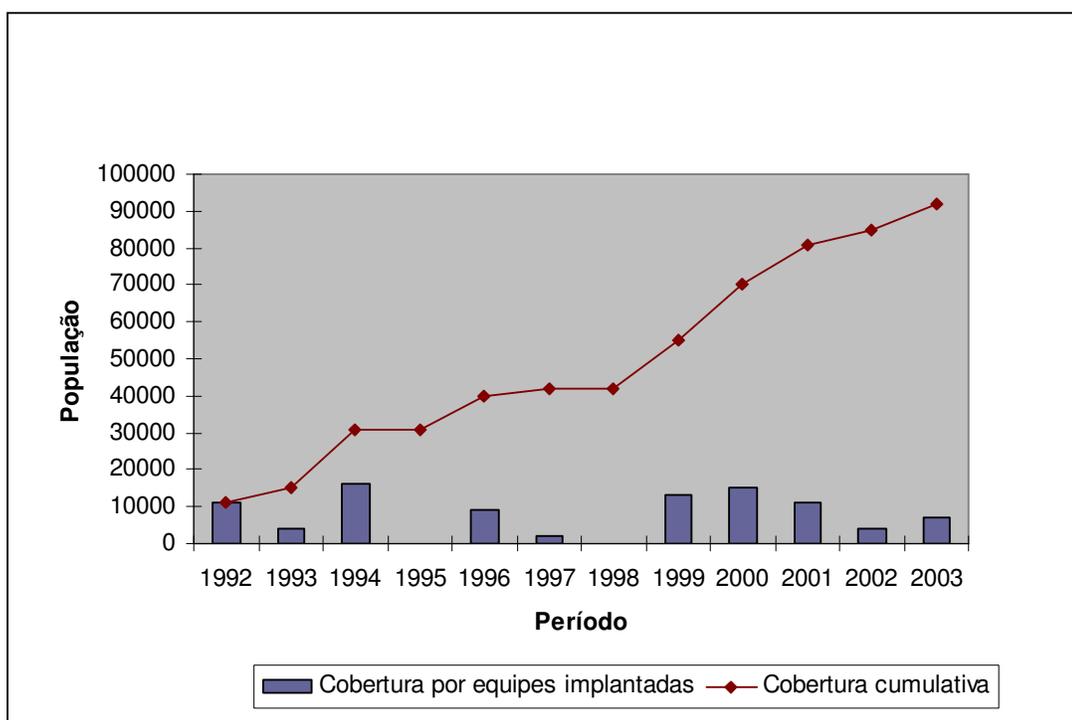
Como metodologia de trabalho do Programa Médico de Família são selecionadas áreas referentes às comunidades de risco sócio-ambiental, constando em média de 4.000 moradores por área. Essas áreas são divididas em setores, com aproximadamente 250 famílias em cada setor. Neste, atuará uma equipe básica composta por um médico generalista e uma auxiliar de enfermagem, sendo a última preferencialmente moradora na comunidade. O conjunto de setores compõe um módulo com até 04 consultórios. A carga horária de trabalho é de 40 horas semanais distribuídas em 50% de horários de consultório e 50% de atividade de campo (visitas domiciliares, hospitalares e educação em saúde). Essas equipes estão vinculadas a um Grupo Básico de Trabalho composto por uma Coordenação e uma equipe de supervisores referente às áreas de Clínica Médica, Pediatria, Toco-Ginecologia, Saúde Coletiva, Serviço Social, Enfermagem e Saúde Mental. A supervisão tem como trabalho a seleção das equipes básicas, a elaboração e organização do processo de educação continuada, o treinamento em serviço, a avaliação de desempenho e a operacionalização da referência e a contra-referência, cabendo à mesma o suporte a cinco módulos, o que significa 20 equipes básicas supervisionadas e atendidas. A proposta do Programa inclui como processo de trabalho o cadastramento familiar, o diagnóstico do setor, visitas domiciliares regulares, trabalhos de grupos e reuniões comunitárias, promovendo ações intersetoriais e o envolvimento da população na solução dos problemas relacionados à saúde.(PMN/FMSN/PMFN, s.d.).

Recentemente um recadastramento da população atendida pelo Programa foi realizado permitindo uma ampliação da cobertura a partir da vinculação de 1.300 moradores por equipe.

É importante destacar que a opção por adotar o modelo de medicina familiar no município teve o caráter pioneiro no contexto nacional, sendo incorporado pelo Ministério da Saúde posteriormente através do Programa Saúde da Família tendo em vista sua capacidade resolutive (PMN, s/d)

No quadro abaixo encontra-se representado a evolução da implantação das equipes do Programa Médico de família bem como da população coberta.

FIGURA 5 – Evolução da implantação das equipes de médico de família em Niterói e população coberta no período de 1992 a 2003.



O processo de consolidação da gestão e de definição da política de saúde teve, na realização das Conferências Municipais, fóruns privilegiados. A partir da I Conferência Municipal, realizada em 1992, foi criado o Conselho Municipal de Saúde (CMS), que possui papel preponderante na transformação das práticas tradicionais e sua adequação aos interesses e necessidades coletivas, viabilizada através da participação comunitária. O CMS é composto de forma paritária, sendo 50% de usuários (população em geral representada pelas Associações de Moradores), 25% de profissionais de saúde e 25% do poder público. Conta atualmente com 32 membros. Até o presente momento foram realizadas quatro Conferências Municipais de Saúde, sendo observado um número crescente de participantes.

Como parte do processo de consolidação do SUS, no ano de 1993 é criado o Fundo Municipal de Saúde. Esse foi um fato importante considerando o processo de descentralização, especialmente a partir da extinção do INAMPS, através da Lei 8.689 de 27 de julho de 1990, que ocasionou a transferência das dotações orçamentárias e respectivas obrigações financeiras para o município. (PMN, s/d)

A forma como o sistema se reorganizou para implementar e consolidar as ações

de saúde, fez com que em 1995, o município, juntamente com outros 55 em todo o país passasse à condição de gestão semiplena. Esta forma de gestão se traduz em repasse global de recursos pré-determinados pelo Ministério da Saúde, com administração de todo o sistema municipal (Próprio, Privados, Conveniados e Contratados) sob a responsabilidade da Secretaria Municipal. Tal processo transformou oficialmente Niterói em Município Pólo de Referência (FMS – II CMS).

A municipalização da saúde trouxe em seu bojo a necessidade de definição de uma política de recursos humanos, considerando tanto a gestão de servidores com diferentes inserções (federal, estadual e municipal), quanto a preocupação com o desenvolvimento dos recursos humanos no que diz respeito à viabilização do modelo assistencial. Assim, coube ao município a incorporação de profissionais ao seu quadro de servidores, através da realização de três concursos públicos, de forma a fazer frente às necessidades do sistema e a reposição dos recursos anteriormente supridos pelos demais níveis de governo. Se em 1990 os servidores municipais representavam 21% da força de trabalho em saúde, em 1994 estes já chegavam a 44,6%, acarretando uma sobrecarga financeira ao município. O'Dwyer (1993) já apontava para a necessidade de formulação de uma política de recursos humanos única no SUS, com vistas a viabilizar a condução do processo de municipalização e evitar uma política de baixos salários e grande evasão e insatisfação por parte dos profissionais de saúde. Considerando os gastos do município percebe-se um incremento com pessoal, passando de 31,4% em 2000 para 37,5% em 2002 dos gastos em saúde (FMS, 2003). No ano de 2003, como parte da política municipal na área de recursos humanos foi aprovada o Plano de Cargos e Salários.

Com relação à evolução da força de trabalho no setor saúde de Niterói, referente aos profissionais com vínculo público, observa-se no quadro abaixo uma estabilidade dos recursos originários da SES e do MS no período analisado. Em relação aos recursos vinculados a FMSN percebe-se uma variação. Em relação aos recursos humanos de nível superior houve um decréscimo no ano de 2003. Já os profissionais de nível médio de 1º grau tiveram um aumento em seu contingente.

TABELA 2 – Evolução da força de trabalho em saúde no período de 2001 a 2003.

NÍVEL	2001				2002				2003			
	FMS	MS	SES	SMS	FMS	MS	SES	SMS	FMS	MS	SES	SMS
Superior	1317	545	246	33	1333	545	240	22	1053	547	241	23
Médio 2º grau	377	206	96	11	374	206	101	-	431	207	101	-
Médio 1º grau	643	307	154	49	682	307	146	36	813	307	147	37
Elementar	156	59	132	187	155	59	126	127	137	59	124	128
TOTAL	2493	1117	628	280	2544	1117	613	185	2434	1120	613	188
TOTAL GERAL	4518				4459				4355			

Fonte: FMS / Relatório de Gestão 2003

O financiamento das ações e Serviços é realizado através do Fundo Municipal de Saúde e a aplicação dos recursos é definida em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde. As receitas são provenientes dos repasses do SUS (fonte 207), do Tesouro Municipal (fonte 100), de receitas próprias da FMSN produto de convênios diversos (fonte 102), diretamente arrecadados (fonte 203) e taxas de fiscalização sanitária e de higiene (fonte 209). O processo de municipalização desencadeou um crescente investimento municipal no setor saúde, representando 58% da receita no ano de 1996, em que 41% da verba foi suprida pela fonte 100. Dados recentes do período de 2001 a 2003 demonstram uma permanência do investimento municipal na saúde, sendo que o mesmo foi de 39,9% em 2001 (sendo 35,5% fonte 100), 47,2% em 2002 (sendo 39,8% fonte 100) e 49,5% em 2003 (sendo 43,3% fonte 100). Neste período a receita total do município apresentou aumento a cada ano como observado na tabela abaixo.

TABELA 3 – Distribuição das Receitas por Fonte de Recursos do município de Niterói nos anos de 2001, 2002 e 2003.

Fonte de Recursos	2001	2002	2003
100 Municipal	33.572.587,20	41.471.094,73	50.476.566,59
102 Convênios diversos	634.239,47	1.210.311,63	1.535.451,39
203 Diretamente Arrecadada	0,00	0,00	5.520.044,56
207 SUS	56.610.484,10	54.933.451,23	58.746.179,46
209 Diversos	3.522.859,66	6.575.500,34	91.105,29
TOTAL GERAL	94.340.170,43	104.190.357,93	116.369.347,29

Fonte: SUAFI / ASPLAN / FMSN

A gestão financeira da Fundação Municipal de Saúde é avaliada através de diferentes indicadores. Em relação ao cumprimento da Emenda Constitucional número 29, o desempenho municipal é avaliado positivamente apresentando no ano de 2001 o percentual de recursos próprios investidos de 19,3. No ano de 2002 esse percentual foi de 17,9 e no ano de 2003 o mesmo atingiu o patamar de 20,8. (FMS, 2003)

Niterói, tendo em vista os bons resultados da gestão na área da saúde, encontra-se desde novembro de 2003 habilitado na Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS (NOAS SUS / 2002) na condição gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, o que lhe confere maior autonomia e a possibilidade de desenvolvimento de ações de saúde, com vistas a dar respostas sociais efetivas segundo o perfil sanitário em suas diferentes vertentes: a social, a epidemiológica, a demográfica, a de capacidade instalada, a ambiental, entre outras.

O município está inserido na Região Metropolitana II, constituindo-se no Município Pólo conforme o Plano Diretor de Regionalização do Estado da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ).

FIGURA 6 - Região Metropolitana II



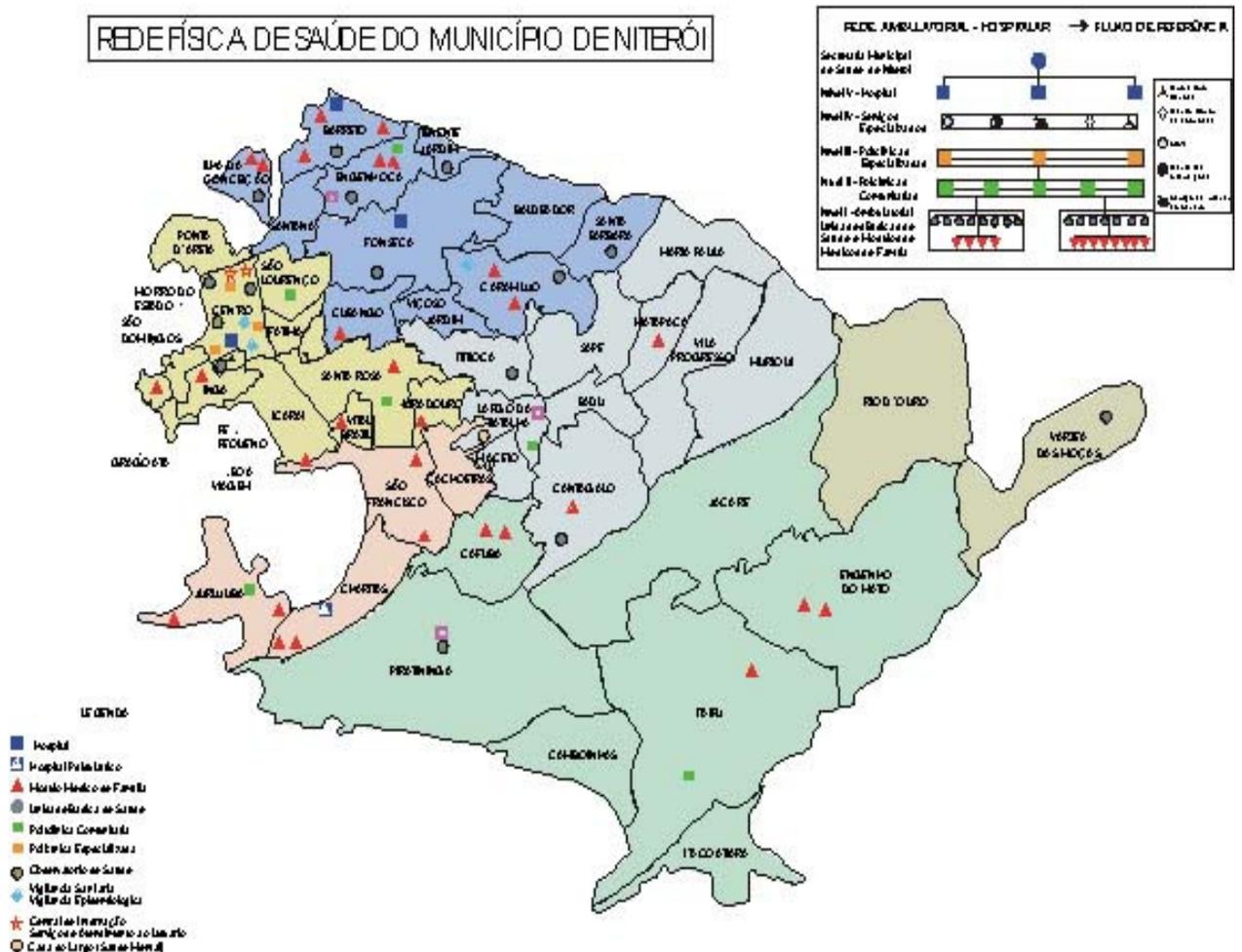
Niterói, na organização regional, assume o papel de pólo para a alta complexidade nas áreas de TRS, hemoterapia, oncologia e oftalmologia e também é o município em que se encontra sediada a Central de Regulação Estadual. Ao nível micro regional Niterói compõe um módulo assistencial em conjunto com o município de Maricá, atuando com referência para diversas especialidades em média complexidade.

Em atendimento aos princípios norteadores do SUS, o município organizou sua Rede de Serviços com base territorial, de forma hierarquizada, com mecanismo de referência-contrarreferência, visando o acesso a todos os níveis da assistência, com resolubilidade e controle popular. Desta forma, os serviços assumem responsabilidade sanitária por uma população delimitada geograficamente e voltam suas ações considerando o perfil epidemiológico e identificação de riscos da mesma.

Atualmente a Rede Própria de Serviços é composta pelas seguintes unidades:

- 27 Módulos do Programa Médico de Família
- 13 Unidades Básicas de Saúde
- 01 Serviço de Pronto-Atendimento (exclusivo)- SPA 03
- 06 Policlínicas Comunitárias (sendo 2 com SPA)
- 03 Centros de Atenção Psicossocial
- 02 Residências Terapêuticas
- 01 República de Idosos
- 03 Policlínicas Especializadas
- 06 Hospitais
- 01 Laboratório Central de Saúde Pública
- 03 Laboratórios regionais
- Centro de Controle de Zoonoses

FIGURA 7 - Rede física do município de Niterói



O Sistema Municipal de Saúde prevê diferentes níveis de complexidade de seus serviços. No primeiro nível encontram-se as Unidades Básicas de Saúde, os Módulos do Programa Médico de Família e as Policlínicas Comunitárias, que funcionam em estreito contato com a população, se constituindo como “porta de entrada” preferencial do Sistema. A demanda ambulatorial especializada é orientada às Policlínicas de Especialidades e o tratamento hospitalar ao terceiro nível da assistência.

A partir do critério de regionalização a população foi cadastrada nos Serviços de 1º nível. Estes desenvolvem ações, com ênfase na promoção e prevenção, voltadas à Saúde da Mulher (planejamento familiar, coleta de preventivo, grupo de gestantes), à Saúde da Criança, ao Controle da Hipertensão Arterial e Diabete, Saúde Oral, Saúde Mental, Terapias Alternativas e Vigilância à Saúde (FMS, 1995). Um conjunto de Unidades Básicas e Módulos do Programa Médico de Família vincula-se a uma Policlínica Comunitária, segundo critérios de acessibilidade e perfil sanitário, que assume responsabilidade como pólo de referência de atenção à saúde na região, de planejamento, educação permanente e de articulação entre os setores existentes no território. Desta forma, essas unidades caracterizam-se pelo papel ordenador dos demais equipamentos de saúde visando a integração das ações em rede e o acesso a um nível de maior densidade tecnológica com forte vinculação comunitária. Neste nível estão previstos recursos diagnósticos, atendimento básico e especializado e a vigilância à saúde regional. As Policlínicas Comunitárias, implantadas a partir do ano de 1996, distribuem-se nas Regiões de Planejamento do Município. A descentralização a partir da implantação dessas unidades de saúde considerou as diretrizes da universalidade, equidade e integralidade previstos no modelo de atenção, sendo estratégica para a conformação de um sistema que supere a fragmentação e a focalização da assistência. No quadro abaixo pode ser identificada a vinculação de cada unidade de saúde e módulo do PMF às diferentes Policlínicas Comunitárias existentes no município.

QUADRO 5- Distribuição da oferta de serviços de saúde segundo regiões do município de Niterói

Regiões de Planejamento	Policlínicas Comunitárias	Unidades Básicas de Saúde	Módulos do PMF
Pendotiba	P.C. do Largo da Batalha (PCLB)	UBS Cantagalo UBS Ititioca	PMF Cantagalo I PMF Cantagalo II PMF Grotta I PMF Grotta II
Leste e Oceânica	P.C. de Itaipu (PCI)	UBS Várzea das Moças UBS Piratininga	PMF Eng. do Mato I PMF Eng. do Mato II PMF Maravista PMF Cafubá I PMF Cafubá II
Norte	P.C. da Engenhoca (PCE)	UBS Engenhoca UBS Barreto UBS Vila Ipiranga UBS Baldeador	PMF Nova Brasília I PMF Nova Brasília II PMF Marítimos PMF Maruí Grande PMF Leopoldina
Norte / Praias da Baía	P.C. Carlos Antônio da Silva (PCCA)	UBS Santa Bárbara UBS Caramujo UBS Ilha da Conceição UBS Centro UBS Morro do Estado	PMF MIC PMF Morro do Ingá PMF Gragoatá PMF Morro do Céu PMF Lagoinha
Praias da Baía	P.C. Sérgio Arouca (PCSA)		PMF Cavalão PMF Viradouro PMF Vital Brazil PMF Souza Soares PMF Jonatas Botelho
	P.C. de Jurujuba (PCJ)		PMF Preventório I PMF Preventório II PMF Cascarejo / Ponto Final

As Policlínicas de Especialidades respondem às demandas mais complexas oriundas das Policlínicas Comunitárias. No bairro do Centro de Niterói estão instaladas as três Policlínicas de Especialidades. A Policlínica Malu Sampaio (PEMS) volta-se ao atendimento à Saúde da Mulher. A Policlínica de Especialidade Silvio Picanço (PESP) atende à clínica médica e cirúrgica e a Policlínica do Centro Previdenciário de Niterói além da clínica médica e cirúrgica, dispõe de serviço de emergência, unidade intermediária e leitos-dia, estando em fase de transformação em hospital.

No nível de maior complexidade existe os hospitais próprios e os contratados e conveniados, que respondem pela internação hospitalar, emergência, exames complexos e consultas em especialidades. A rede própria é composta pelo Hospital Orêncio de Freitas (predominantemente cirúrgico e de exames especializados), Hospital Ary Parreiras (doenças infecto-contagiosas), Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (psiquiatria), o Hospital Getúlio Vargas Filho (infantil), o Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense (emergência e diversas especialidades e exames) e o Hospital Estadual Azevedo Lima (emergência, especialidades gerais, ambulatório de especialidades e exames complementares).

A rede contratada ao SUS – Niterói se refere aos serviços de reabilitação (07 instituições), radiologia (04 instituições), laboratório (06 instituições), terapia renal (05 instituições), hemoterapia (01 instituição), endoscopia (01 instituição) e oncologia (01 instituição), bem como hospitais (07 instituições). Como Unidade conveniada ao SUS – Niterói existe o Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (FMS / Plano Diretor 2001/2004)

Existe ainda na organização do sistema uma Divisão de Atendimento ao Usuário (DAU), responsável pela marcação das consultas e exames junto às Unidades e uma Central de Regulação. Estão previstos mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços que compõe a rede, sendo essa estruturada considerando os princípios de regionalização e hierarquização.

No mês de maio de 2004 foi inaugurada a maternidade municipal, atendendo a uma necessidade de maior oferta de leitos e a uma antiga reivindicação da população. Neste mesmo ano teve início o funcionamento do Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU). Para o ano de 2005 está prevista a implantação do pronto-socorro da Região Oceânica, da Policlínica do Fonseca, da Policlínica Comunitária da Ilha da Conceição, bem como o desenvolvimento do Projeto de Extensão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF).

Considerando a capacidade instalada no município, acima da média nacional, Niterói recebe elevada procura no setor público de municípios de outras localidades. Nas internações hospitalares este contingente representa 48% das internações oferecidas. Através da pactuação com outros municípios, principalmente São Gonçalo, Maricá, Itaboraí e Rio de Janeiro, prevista pela NOB / 96, o município oferece atendimento nos diferentes níveis, segundo uma organização de entrada no sistema.

Ao elegermos a oferta de leitos como indicador da atenção hospitalar prestada no município nos períodos de 1991 / 1992 e 1999 / 2000, em comparação à Região Metropolitana e ao Estado do Rio de Janeiro, identificamos que a mesma está acima da oferta de leitos das demais áreas, considerando os leitos públicos, privado e total de leitos para internação por 1000 habitantes. Este total no município variou de 7,62 no primeiro período analisado para 4,82 no segundo. Essa redução foi de aproximadamente 50% dos leitos públicos, tendo menor redução na oferta dos leitos privados. Entretanto, no período de 1999 / 2000 surgem leitos para internação privado / SUS, em que Niterói apresenta uma relação de 1,55 leito para cada 1000 habitantes. A relação de leitos públicos por 1000 habitantes no período de 1999 / 2000 foi de 1,85, estando acima da oferta da Região Metropolitana (1,34) e do Estado do Rio de Janeiro (1,17). Quanto à oferta de leitos privados, Niterói apresenta uma relação de 2,97 leitos / 1000 habitantes, acima das demais áreas, com uma redução de aproximadamente um leito no período considerado, redução que também pode ser constatada na mesma proporção na Região Metropolitana e no Estado do Rio de Janeiro.

QUADRO 6 - Distribuição da População e distribuição dos leitos por natureza jurídica da região metropolitana do Rio de Janeiro nos anos de 1991/1992 e 1999/2000

Resultados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária no Município de Niterói,

Região Metropolitana e Estado do Rio de Janeiro - 1992 e 1999

Variáveis	variável	Niterói				Região Metropolitana				Estado do Rio de Janeiro			
		1991 / 1992		1999 / 2000		1991/1992		1999 / 2000		1991 / 1992		1999 / 2000	
		n° abs.	n° / 1000 hab	n° abs.	n° / 1000 hab	n° abs.	n° / 1000 hab	n° abs.	n° / 1000 hab	n° abs.	n° / 1000 hab	n° abs.	n° / 1000 hab
População em 1991 e 2000		436.155	436,155	459.451	459,451	9.814.574	9.814,574	10.894.156	10.894,156	12.807.706	12.807,706	14.391.282	14.391,282
Total de leitos para internação	a12	3.323	7,62	2.215	4,82	49.051	5,00	37.498	3,44	68.293	5,33	51.249	3,56
Leitos para internação – público	a13	1.596	3,66	851	1,85	18.106	1,84	14.561	1,34	19.771	1,54	16.809	1,17
Leitos para internação – privado	a14	1.727	3,96	1.364	2,97	30.945	3,15	22.937	2,11	48.522	3,79	34.440	2,39
Leitos para internação privado/SUS	a15	-	-	711	1,55	-	-	14.293	1,31	-	-	24.747	1,72

Fonte: IBGE- Pesquisa Assistência Médico-Sanitária – 1999
 Organização: SEDCT/PMN- Subsecretaria de Ciência e Tecnologia-2000

O Perfil Epidemiológico do município de Niterói reflete as condições de vida da população. No que diz respeito à mortalidade, no ano de 2002, as quatro principais causas referiram-se a doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas, assemelhando ao perfil das grandes cidades brasileiras. A mortalidade proporcional, por grupo de idade, permitiu a configuração de uma curva de aspecto tipo IV, em J, da classificação de Nelson Moraes, indicando o melhor nível de saúde, com baixa proporção de óbitos dos grupos infantil e pré-escolar ou jovem, e um predomínio quase absoluto de óbitos de pessoas idosas. (PMN, 1999)

A expectativa de vida da população em Niterói é uma das maiores do país. Segundo o IDH-M publicado em 2002, a expectativa média da população é de 73 anos (homens 69 anos e mulheres 74 anos). A taxa de mortalidade é uma das menores do país - 19,6 / 1000 hab. O índice de envelhecimento é de 47,8 - o maior do Estado do Rio de Janeiro. O índice razão de dependência - 43,7 é um dos mais baixos do país (IBGE, 2000).

Considerando os dados de morbidade, os mesmos são processados no nível municipal pela Coordenação de Vigilância em Saúde (COVIG) e encontram-se identificados a seguir.

Em relação à dengue, ao analisarmos a série histórica de 05 anos, observamos que o número de casos alcançou elevados patamares nos anos de 2001 (12.749 casos) e de 2002 (20.938 casos), concentrados principalmente nos quatro primeiros meses do ano. Tal fato desencadeou uma série de medidas, como a constituição de um Comitê Municipal responsável pela viabilização de ações intersetoriais. Tem-se buscado uma metodologia de integração das vigilâncias nas Policlínicas, sendo que, em relação ao dengue, o monitoramento da infestação do vetor pela vigilância sanitária tem subsidiado estratégias regionais intersetoriais.

A varicela, por ser uma infecção viral altamente contagiosa, voltou a ser notificada compulsoriamente no município desde o ano de 1994. Em decorrência deste fato é possível analisar a sua incidência na população. No ano de 2003 foram notificados 2.384 casos concentrados principalmente no período de setembro a dezembro (86% dos casos). Apesar da heterogeneidade na distribuição dos casos, houve uma maior concentração na região norte do município, respondendo por 44,1% das notificações. O grupo etário com maior incidência foi o de 0 a 4 anos apresentando uma taxa de 284,06 / 100.000 hab, seguido pelo

grupo de 5 a 9 anos, apresentando taxa de 254.65 / 100.000 hab.

Em Niterói o monitoramento dos casos de DST, bem como seu tratamento, além de um adequado aconselhamento para evitar futuras infecções tem sido considerado estratégico tendo em vista sua relação com a infecção pelo HIV, o impacto social e psicológico e ainda a possibilidade de prevenção através do uso de preservativo. No município, 13 Unidades Básicas, 06 Policlínicas Comunitárias, 01 Policlínica de Especialidades, 30 Módulos do Programa Médico de Família, além do setor de DST da UFF, atendem DST, incluindo também atendimento através de Abordagem Sindrômica, e os casos são notificados conforme o documento "Vigilância Epidemiológica das DST por meio da Notificação de Casos". O Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL) e o Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) são responsáveis por notificações de sífilis congênita.

Observa-se no ano de 2003 um aumento das notificações que pode ser atribuído, entre outros fatores, ao investimento em treinamento e supervisão em Abordagem Sindrômica realizado na rede a partir do ano de 2002.

O município de Niterói recebeu 2.986 notificações de Aids desde 1983, sendo 44% destes casos residentes em outros municípios. As notificações de aids em indivíduos com 13 anos ou mais de idade são concentradas em três unidades de saúde: o Hospital Universitário Antonio Pedro é responsável por 40% das notificações, 23 % são oriundas da Policlínica de Especialidades CPN e 14% do Hospital Estadual Azevedo Lima, as demais notificações são distribuídas por Policlínicas, Unidades Básica , PMFN e Hospitais privados. A partir do ano de 1998 as Policlínicas passam a contribuir com 10% das notificações, isso é fruto do processo de descentralização da assistência ao portador do HIV/Aids no município. No período de 1983 a 2003 foram notificados 1690 casos de aids em residentes em Niterói, 74% em indivíduos do sexo masculino e 26% no sexo feminino. A razão por sexo no ano de 2003 foi de 1,7, isto é, para cada 1,7 caso do sexo masculino existe 1 caso do sexo feminino. Na última década essa razão vem se aproximando, com tendência de indiferenciação entre os sexos. Do total, 1.649 casos ocorreram em indivíduos com 13 anos ou mais e 41 casos em menores de 13 anos de idade. A faixa etária de concentração de maior número de casos é a de 20-39 anos (39%), não havendo diferença na distribuição por sexo. A categoria de exposição predominante é heterossexual nos indivíduos com 13 anos ou mais de idade, mas em 14,5% dos casos a exposição é ignorada.

Em relação à exposição por sexo, observa-se que no sexo masculino ainda é maior a proporção na categoria de exposição HSH (homens que fazem sexo com homens) e no sexo feminino predomina a categoria heterossexual, a exposição ao uso de drogas injetáveis ocupa a terceira posição no sexo masculino e a segunda no sexo feminino. Em menores de 13 anos a categoria de exposição predominante é perinatal em 83% dos casos notificados. No ano de 2003 foram notificados 85 casos de aids em indivíduos com 13 anos ou mais. As notificações de aids em menores de 13 anos são oriundas da Policlínica de Especialidade - CPN (49%) e HUAP (41%), sendo que em 2003 não houve notificação de aids em criança.

Foram notificadas 246 casos de Gestantes HIV+ e Crianças expostas a partir do ano 2000, (algumas com data do parto anterior a 2000, resgatadas através de busca ativa pela equipe da Vigilância Epidemiológica do HUAP) e digitadas no SINAN. Deste total, 124 gestantes (o que corresponde 51.4% das notificações) são de residentes de outros municípios, particularmente de São Gonçalo, 87 gestantes (35.4% notificações), as gestantes residentes em Niterói 122, correspondem a 49.6% das notificações. Tal fato se relaciona a maior capacidade instalada de Niterói e a presença do Hospital Estadual Azevedo Lima, referência para o parto da gestante portadora HIV / Aids. Niterói oferece ainda o atendimento às crianças expostas ao HIV no Hospital Universitário Antonio Pedro e na Policlínica de Especialidades CPN, o que contribui para um fluxo constante de usuários de outros municípios aos serviços de saúde de Niterói. Com relação à idade, temos 2 gestantes no grupo etário de 10 a 14 anos, 51 na faixa etária de 15 a 19 anos (20.7%), 133 na faixa etária de 20 a 29 anos (54.1%) , 58 na faixa etária de 30 a 39 anos (23,6%) e 2 casos na faixa etária acima de 40 anos. Com relação a procedência das notificações a Policlínica de Especialidades Malú Sampaio responde por 31.9% das notificações, uma vez que é a referência municipal para a assistência ao pré-natal das gestantes HIV+ . O Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) é responsável por 46,6% dos casos, através das notificações de crianças expostas e o Hospital Estadual Azevedo Lima responsável por 19,7% das notificações, referentes aos partos de gestantes HIV+ realizados. No que tange ao diagnóstico do HIV observa-se que 46,7% das gestantes foram diagnosticadas durante o pré-natal, 39% foram diagnosticadas antes do pré natal, 2,8% durante o parto e 2% foram diagnosticadas após o parto. Com relação aos 39% de gestantes que já conheciam sua condição sorológica, antes da gestação (o que corresponde a 92 gestantes), é importante

ressaltar que a maior parte das mesmas foi diagnosticada durante o pré-natal de uma gestação anterior. Com relação a realização da quimioprofilaxia, durante o pré natal encontramos esta informação em 149 notificações

Em 2003 foram notificados 358 casos de hepatites virais, sendo 204 casos de residentes no município, o que representa 56,9% dos casos. Até a presente data, 127 casos entraram no SINAN, fato devido a dificuldades no preenchimento das Fichas de Investigação. Foram notificados, neste ano 02 óbitos: 01 por hepatocarcinoma, e 01 por falência múltipla dos órgãos. Dos 68 casos confirmados por laboratório ou histopatológico, residentes em Niterói, 04 ainda estão em aberto em relação ao agente etiológico, 17 foram por Hepatite B, 39 por Hepatite C, 01 por Hepatite B + C, 04 por outras hepatites, 01 por Hepatite A e 02 ignorados.

A Vigilância epidemiológica das meningites no ano de 2003 refere a notificação de 106 casos, sendo 48 de residentes do município. Deste total 93,33% foram internados em Niterói, sendo que 61,9% na rede pública. A distribuição na rede pública do município ocorreu da seguinte forma, HUAP com 14 casos, CPN com 07 casos, HGVF^o com 04 casos, HEAL com 01 caso. Na rede privada tivemos 13 casos no Hospital das Clínicas de Niterói, 3 casos no Hospital Santa Cruz.

Em relação à hanseníase, Niterói conta com uma rede para diagnóstico e tratamento que envolve os módulos do PMF, o ambulatório do HUAP e cinco Policlínicas Comunitárias, sendo quatro consideradas Centro de Referência. A situação descrita configura um amplo acesso a diagnóstico, tratamento e prevenção de seqüelas no município, o que contribui para o alcance da meta de eliminação deste agravo. Alguns indicadores são utilizados segundo os parâmetros estabelecidos pela OMS, tais como o coeficiente de detecção de casos novos por 10.000 habitantes, que foi de 1,1 na população geral e de 0,62 na faixa etária de 0 a 14 anos, considerado alto. O Coeficiente de prevalência por 10.000 habitantes foi de 1,6 considerado médio segundo parâmetros da OMS. O percentual dos casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados foi de 2,5% , considerado baixo segundo parâmetros da OMS. No ano de 2003 foram notificados 73 casos de Hanseníase, sendo 53 casos de residentes e 20 não residentes.

Concluindo, o entendimento da importância da saúde como política de desenvolvimento social corresponde à formulação da missão institucional.

“A responsabilidade sanitária, a busca da intersetorialidade, da territorialidade e da igualdade constituem-se no objetivo básico da FMSN. A participação popular é considerada de suma importância no acompanhamento da prestação de serviços oferecidos à população, buscando sempre a melhoria da qualidade de vida” (PMN, 1999).

CAPÍTULO VI: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Os resultados apresentados foram obtidos a partir do trabalho de campo referente à realização de entrevistas semi-estruturadas e de pesquisa documental. Em relação às entrevistas observamos uma complementaridade dos temas entre os entrevistados, estando as noções de integralidade e território presentes em todo o seu conjunto. O acesso ao universo da pesquisa foi bastante facilitado pela inserção da pesquisadora na estrutura da Secretaria de Saúde, sendo um importante fator na otimização do tempo do trabalho de campo. A realização da pesquisa documental, entretanto, foi um pouco mais demorada tendo em vista que os documentos mais antigos estão disponíveis somente para consulta, não podendo ser retirados ou reproduzidos. No entanto, uma parte importante desses documentos já se encontra informatizada, tendo sido autorizada a cópia dos arquivos necessários ao tema.

Os dados obtidos nas entrevistas resultam dos significados atribuídos ao tema por parte do coletivo de gestores entrevistados. Nesse sentido, buscamos caracterizar os mesmos em relação a algumas variáveis, que apresentaremos a seguir.

Ao analisarmos o perfil dos gestores no que diz respeito ao tempo de vinculação à Secretaria de Saúde identificamos que este é de mais de 10 anos para seis dos entrevistados. O Secretário Municipal de Saúde e a Coordenadora de Área do PMFN possuem um tempo de vinculação menor, respectivamente de 02 anos e 05 meses e 09 anos. Em relação ao tempo de vinculação ao cargo este corresponde a um período de mais de 10 anos em relação a Vice-Presidente de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família e a Direção de Unidade Básica de Saúde, entre 5 a 10 anos em relação à Coordenadora Técnica Adjunta do PMFN e à Diretora da PC e menos de 05 anos em relação ao Secretário de Saúde à Diretora da PC (entrevista piloto), à Diretora de Unidade Básica de Saúde e à Coordenadora de Área do PMFN. No que se refere ao tempo de formação, o conjunto de entrevistados possui mais de dez anos de formado, sendo que seis entrevistados têm formação em medicina humana, um em medicina veterinária e um em serviço social. Todos os entrevistados possuem pós-graduação, sendo dois ao nível de mestrado.

- Elemento Ordenador da Rede no Território: dos sentidos às práticas

A idéia de um “elemento ordenador da rede de serviços de assistência à saúde” encontrada na proposta de organização da política municipal apresentou um interesse especial no sentido de investigação da organização da atenção à saúde, sendo adotado como objeto de investigação no presente estudo.

Na pesquisa documental e a partir das entrevistas tal concepção de elemento ordenador da rede se apresentou de diferentes formas. Sinteticamente, esta concepção esteve ligada à compreensão desse papel no que diz respeito às categorias de descentralização, de planejamento em saúde, de integralidade, de território, de rede, de acesso, da intersetorialidade, de avaliação, bem como do suporte técnico, metodológico e administrativo. Essas categorias serão apresentadas a seguir.

A concepção do papel de elemento ordenador projetado para as Policlínicas Comunitárias foi identificada como fortemente associada à **descentralização** da política municipal de saúde, tendo no processo de regionalização um importante eixo de condução do planejamento, da programação, da implementação, do monitoramento e da avaliação da organização dos serviços e da atenção à saúde.

Mendes (2001) ao discutir a descentralização dos sistemas de serviços de saúde coloca que a mesma se caracteriza como uma tendência internacional de superação dos modelos centralizados. A descentralização não está, entretanto, isenta de interpretações polares formuladas a partir do debate ideológico. Esse autor propõe que a mesma, mais do que considerada em sua natureza unívoca de “panacéia que resolve tudo” ou “alternativa catastrófica”, seja entendida como processo social que envolve fortalezas e debilidades. Maximizar as fortalezas e minimizar as debilidades coloca-se como questão central no desenvolvimento dos processos de descentralização. Como proposta percebida como mais consistente para tal está a instituição de uma instância mesorregional entre os níveis centrais e locais dos sistemas de serviços de saúde, denominado de distrito sanitário, ou regiões de saúde ou microrregiões sanitárias, segundo diferentes autores. O interesse desse nível refere-se à possibilidade de *“uma descentralização mais racional, porque permitiria compatibilizar uma escala adequada com a proximidade dos problemas locais e da população”* (Mendes, 2001: 26). No sentido dado às Policlínicas Comunitárias

identificamos a adoção dessas Unidades como instância mesorregional na organização do sistema de saúde como proposto por Mendes (2001). No entanto, esta se constitui como organização real dimensionada ao âmbito municipal tendo em vista as características históricas, demográficas, sanitárias e capacidade instalada do mesmo.

A partir do exame de documentos mais recentes do município identificou-se no relatório final da IV Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2003, uma proposta que remete ao fortalecimento de modelos de gestão mais flexíveis e descentralizados, em que às Policlínicas Comunitárias é projetado o papel de coordenação entre as unidades interligadas e de facilitador da comunicação e retroalimentação.

Nas entrevistas, a descentralização a partir das Policlínicas Comunitárias, considerando as regiões de planejamento, foi identificada como um aspecto facilitador pela potencialidade de desvendamento de características comuns físicas, históricas, demográficas, etc, bem como pelo favorecimento ao processo de democratização e participação social.

“Acho que é ruim esse negócio no nível central porque você quando pensa em centralizar as decisões, você concebe como se todos fossem iguais e você envolve sem dúvida alguma um número muito reduzido de pessoas. Eu acho que quando você capilariza, a sua tendência é reunir as pessoas que estiveram voltadas para a ação da regionalidade. Então eu acho que isso aí, então, eu gosto até por esse desenho, eu acho que é um processo mais democrático, acho que traz isso, que eu acho(...)que você reúne todas as forças locais. Você reúne todas as forças da localidade, que são diferentes a cada localidade. Pelo próprio processo de desenvolvimento de cada localidade. Então eu acho que tem a história da participação, a possibilidade de você ter uma participação popular mais verdadeira, mais legítima. Eu acho que tudo isso são pontos muito interessantes” (entrevista 04)

Desta forma, a adoção da descentralização favorece articulação entre diferentes atores envolvendo-os no processo decisório e de gestão a partir de estruturas organizacionais mais próximas do contexto de vida e da realidade social.

Esse processo, entretanto, distingue-se daquele em que as decisões tomadas no nível central são aplicadas de forma descentralizada segundo uma organização burocrática e administrativa de organização e implementação dessas decisões. A descentralização que

envolve participação e compartilhamento de compromissos e responsabilidades numa rede de relações não se dá sem autonomia e sem a transferência de poder. Nesse processo democrático surge a condição privilegiada na direção do planejamento em saúde.

Através das entrevistas pode-se apreender que a realização do **planejamento em saúde** na regional é visto como um processo de discussão coletiva e permanente realizado a partir de reuniões onde é discutido o dia a dia dos serviços, dimensionando as necessidades de adequação da oferta, de priorização na solução de problemas, de otimização dos recursos, do cumprimento de metas, enfim, do trabalho conjunto em prol da melhoria dos níveis de saúde da população. Este foi identificado como envolvendo os diferentes gerentes de saúde da regional (diretor da Policlínica Comunitária, Coordenador de Área do PMFN e Diretores das Unidades Básicas), bem como representantes de outras instituições e da comunidade, através de fóruns específicos. Nesse sentido, o planejamento é projetado como um processo participativo e descentralizado, portanto, mais democrático, baseando-se nas necessidades de saúde da população, segundo as características regionais. A importância da elaboração de planos regionais de saúde a partir das Policlínicas Comunitárias e envolvendo as unidades a ela referenciadas pode ser identificada no Plano Diretor do Município de 1998 / 2000 como estratégia de operacionalização da política de saúde.

Em praticamente todas as entrevistas as necessidades de saúde foram percebidas como a base do planejamento e da organização dos serviços e das ações integrais de saúde. Estas são entendidas dentro do conceito de território, cabendo à Policlínica o papel de discussão e análise. Nas palavras de um dos entrevistados:

“(A Policlínica)...tem que compor uma organização que funcione dentro daquele território, respondendo às necessidades do território. Então a Policlínica, por que eu digo que ela é a Unidade mãe? É porque ela tem que entender o dinamismo daquilo ali. Tem que conhecer a situação de saúde de todo o seu território. Tem que entender os aliados. Tem que entender as forças governamentais, as forças não governamentais, tem que entender a política em termos, vista como, como tal. As forças. Essa é a Unidade que faz a análise do território como um todo. É essa a questão. Ela faz a análise da situação de saúde, da situação socioeconômica, política daquela região e ela busca, unindo esse território, condições viáveis para a manutenção da saúde, para a implementação da qualidade de vida. Porque esse é o papel da Policlínica”.(entrevista 03)

A identificação das necessidades de saúde, bem como das medidas a serem viabilizadas a partir do planejamento regional não pode prescindir, segundo os entrevistados, de um sistema de informação. Um importante destaque foi dado a essa questão, sendo identificado a importância da centralização das informações regionais nas Policlínicas Comunitárias de forma a subsidiar a organização dos serviços e do processo de trabalho, a educação permanente, a articulação com outros setores, a vigilância em saúde, a tomada de decisões e a avaliação na direção da maior eficácia, efetividade e eficiência do setor saúde. Aspectos dessa questão serão apresentados ao longo desse capítulo.

O princípio da *integralidade* esteve relacionado principalmente à possibilidade de organização dos serviços a partir das necessidades da população. Nessa perspectiva o papel de elemento ordenador esteve relacionado à centralização e utilização de informações para o planejamento e programação horizontalizada das ações. Nessa concepção o funcionamento de cada unidade é apreendido de forma interdependente, baseado na estreita comunicação, na possibilidade de trocas e alianças e na integração. À Policlínica é projetado o papel de unidade de suporte assistencial dos serviços e exames especializados considerando a continuidade da atenção. A estratégia citada foi a realização de reuniões sistemáticas na regional e os mecanismos citados referiram à referência e contra-referência e a possibilidade de interconsulta.

Considerando a organização da atenção à saúde foram previstas diferentes possibilidades no âmbito regional. No que diz respeito ao sistema de referência e contra-referência, na medida que as Unidades que realizam a atenção básica referenciam à Policlínica, essa poderia ter uma percepção ampliada da situação de saúde compatibilizando os recursos de forma a atender aos pedidos de atenção especializada, garantindo assim a integralidade. Esse ponto foi identificado como facilitador tanto para a população quanto para os profissionais de saúde. Um outro aspecto levantado como ordenamento em relação à referência diz respeito à possibilidade de identificação da necessidade de aperfeiçoamento profissional tendo em vista a adequação dos encaminhamentos produzidos. Nesse sentido, foi colocado o papel de educação permanente, considerando as necessidades locais, através da organização de espaços conjuntos de atendimento entre os especialistas, supervisores e profissionais de saúde. Esse papel docente voltado aos estudantes em formação, através de

convênios com a Universidade, se estenderia a programas de residência e pós-graduação, especialmente direcionado à formação de especialistas em medicina da família e da comunidade, que fossem reconhecidos pela Sociedade Brasileira de Medicina Familiar e Comunitária para fins de titulação. Nesse caso a Policlínica exerceria um papel de campo de formação complementar ao do Programa Médico de Família. Outra questão colocada nessa direção diz respeito ao suporte técnico e metodológico por parte da supervisão no desenvolvimento da atenção básica, supervisão essa sentida como fundamental para cumprimento de metas estabelecidas no município, que muitas vezes a realidade local dificulta alcançar. Foi exemplificado nesse ponto a co-existência de enfoques na organização dos serviços de saúde, sendo que o enfoque por programas organizados por doenças (hipertensão, tuberculose, hanseníase), por etapas do ciclo biológico (criança, adolescente, idoso) ou por gênero (mulheres), entre outros, ainda está presente ao lado do enfoque da vigilância em saúde. Neste sentido, o fato das Unidades Básicas não disporem de recursos humanos e / ou tecnologia para o desenvolvimento de todos os programas de saúde tal como proposto é um exemplo concreto de como a organização por programas, ao assumir uma normatividade rígida, desconsidera as limitações de recursos, bem como a historicidade dos espaços de vida e de seus grupos sociais. Nesse caso, a Policlínica seria a Unidade de suporte em termos de supervisão e de educação permanente com vistas à mudança da organização dos serviços a partir dos problemas complexos e mal-estruturados identificados na realidade local. Esse aspecto da supervisão foi bastante enfatizado por um gerente da atenção básica, justificando a partir do mesmo a necessidade de ordenamento. Ao exemplificar a importância dessa questão aponta o distanciamento entre os programas propostos e as possibilidades locais de implementação, que não é muitas vezes nem conhecida ou considerada. Aponta, igualmente, que em várias situações os programas previstos são inadequados à realidade sócio sanitária local. Na superação desse quadro a supervisão é entendida como mecanismo de responsabilização, em que as responsabilidades assumidas vão estar claramente identificadas, pactuadas e motivo de prestação de contas que, nesse sentido, é vista como estimuladora e motivadora pelo acompanhamento contínuo ao processo de gestão local. A capacitação das Policlínicas ao desenvolvimento de educação permanente foi apontada através de diversas proposições aprovadas na III Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1999, estando relacionada a Centros de

Estudos. Estes seriam responsáveis pelo “*desenvolvimento de pessoal a partir da identificação das necessidades de melhoria nas ações de saúde definidas pelo planejamento da instituição*” (FMS, III CMS, 1999).

Paim (1993) ao discutir modelos assistenciais alternativos, que visam à integralidade e o impacto nos níveis de saúde, comenta a importância do estabelecimento de novas metodologias de forma a superar a organização da produção de ações de saúde baseadas em programas verticais, em campanhas sanitárias e na demanda espontânea. Nesse sentido, prevê que os órgãos centrais se responsabilizem pela elaboração de normas técnicas para grupos da população, considerando os principais problemas de saúde, a serem operacionalizados em níveis descentralizados. Esses níveis viabilizariam a programação em saúde.

No contexto de organização regional da atenção à saúde a partir das Policlínicas Comunitárias, a autonomia para estruturar a oferta dos serviços partindo da identificação dos problemas de saúde e dos recursos existentes na regional foi vista como um aspecto facilitador. A resolubilidade através de uma instância regional mais próxima à realidade local é igualmente vista como facilitadora para atendimento no menor espaço de tempo das necessidades provenientes da atenção prestada nos equipamentos de saúde vinculados. Outro aspecto favorável citado foi a capacidade de re-alocação temporária ou permanente de recursos humanos, segundo deliberações conjuntas com o nível central, de forma a garantir o ideal funcionamento das Unidades de Saúde da regional e a implementação das ações especializadas e de vigilância à saúde. Como exemplo, foi citado em entrevista o remanejamento de uma profissional médica de uma Unidade Básica para atender na Policlínica em uma especialidade identificada como necessária à população.

A concepção de ordenamento da rede foi entendida, ainda, como um processo que teve início no município com a implantação do Programa Médico de Família, a partir do caráter estruturante da atenção básica. Em documento datado de 1994 consta como observação sobre tal Programa,

“seu grande potencial como organizador da hierarquia assistencial, como provocador de nova relação entre a população e os serviços de saúde, de mobilizador de resolubilidade e qualificação dos serviços, facilitando o acesso à tecnologia e, principalmente, tornando presente os conceitos de cidadania, quando a população atendida assume a co-gestão do Modelo” (PMN, 1994).

Na prática concreta, os aspectos facilitadores dessa questão foram identificados a partir da decisão política, da capacidade técnica e da coordenação do grupo que conduziu esse processo no município e do processo de aliança com a população. Os Grupos Básicos de Trabalho deste Programa, compostos por equipes de supervisão nas áreas de clínica médica, pediatria, ginecologia / obstetrícia, enfermagem, serviço social, saúde mental e saúde coletiva, são vistos com uma missão muito próxima do que é concebido como papel da Policlínica. No sentido de que *“a supervisão seleciona, faz educação permanente, faz a referência e a contra-referência, faz a vinculação entre os serviços e cria metodologias de trabalho, faz ainda a intersectorialidade”* (entrevista 3). Posteriormente, a implantação das Policlínicas Comunitárias foi identificada como um reforço dessa lógica, o que pressupõe uma inter-relação entre os gerentes dessas Unidades com as Coordenações dos Grupos Básicos de Trabalho do Programa Médico de Família. Na perspectiva teórica adotada a partir do modelo cubano:

“em termos de programação, o conceito de medicina familiar não estabelece uma relação de subordinação entre as partes ou níveis e, sim uma matriz de inter-relações de apoio e fortalecimento, o que não é confundido com a quebra de hierarquização dos níveis de atenção” (PMN, 1994).

Na prática, essa inter-relação é vista por um dos entrevistados como a possibilidade de planejamento conjunto das ações, incluindo a discussão das áreas populacionais a serem cobertas em atenção básica, com a utilização de mapas, etc. Também foi mencionado o trabalho de discussão na comunidade sobre o modelo de atenção e do papel das diferentes unidades por ocasião do cadastramento das famílias em suas casas ou das reuniões comunitárias. Outro eixo de integração refere-se à Vigilância à Saúde. Como estratégia foi colocada a possibilidade de conhecimento por parte da Policlínica das informações referentes ao cadastro da população coberta pelo PMFN de forma a identificar, por exemplo, os casos em que os faltosos na imunização ou no pré-natal já estão monitorados pelo Programa. A vigilância foi colocada também como a forma de intervir sobre problemas e grupos identificados como prioritários a partir da análise da situação de saúde da população. Outro aspecto de articulação relacionado à vigilância foi exemplificado com riqueza de detalhes a partir da estratégia de visitação, trabalho cotidiano realizado pelas equipes do PMFN, possibilitando uma intervenção na situação de vida e de saúde,

favorecendo o tratamento realizado na Policlínica Comunitária.

“...a gente teve um caso de tuberculose, que era uma família multiresistente. Estava tratando na Policlínica e aí a gente fez uma articulação... porque na visita que a gente fez à casa a gente viu que a casa era toda fechada. A família toda já tinha tido tuberculose. Já estava multiresistente e a casa estava fechada, completamente sem ventilação. Não tinha ventilação à noite. Lógico que todos eles iam ter tuberculose. Então a gente identificou o problema indo na visita, conseguimos uma janela e o pai era pedreiro, colocou a janela. Então fez, fez esse tipo de identificação também com o território. Assim, essa visão do território. Então, assim, em relação ao território a gente trabalha nessa perspectiva, nesse olhar de vigilância. (entrevista 06)

A perspectiva da vigilância remete à responsabilidade assumida em relação à saúde de uma população numa determinada área. A responsabilidade sanitária no âmbito regional implica na capacidade das Policlínicas Comunitárias trabalharem a partir de uma base populacional dimensionando os recursos e ações necessárias à saúde da mesma. Responsabilidade tomada como pólo de ordenamento projetado no papel das Policlínicas traduziu-se como autoridade para cobrar por parte de dois entrevistados. Essas Unidades ao serem investidas pelo nível central de um papel ordenador, como parte de uma política municipal, direcionariam o trabalho segundo a lógica da petição e prestação de contas de forma permanente e sistemática, como parte de uma agenda construída no âmbito das diferentes esferas de gestão. Um peso grande foi colocado no suporte institucional para a garantia dessa lógica, partindo do entendimento compartilhado dos níveis de gestão do sistema como possibilidade de que a viabilização de tal concepção de descentralização pelas Policlínicas Comunitárias não se esgote no nível regional, ou seja, não comece e termine nela própria.

“Quer dizer, tem uma gestão regional, mas ela nunca poderá ser fora nem desconectada do nível central. Porque a gente está falando de modelo e modelo tem que ser do município” (entrevista piloto).

A concepção dessa política de saúde no município se encontra presente nos documentos institucionais analisados. Na pesquisa documental, identificamos forte ênfase

na constituição e funcionamento das Policlínicas Comunitárias segundo perfil epidemiológico e demográfico local. Algumas ações, entretanto, são previstas para todas as regionais, como a reabilitação de baixa e média complexidade, a assistência ao portador de HIV / Aids, atenção básica e especializada de odontologia, atenção médica nas especialidades de cardiologia, dermatologia, endocrinologia, cirurgia ambulatorial e neurologia, atendimento de urgência e de atenção ao trabalhador da saúde. Para tal, foram formuladas propostas prevendo a ampliação e incorporação de tecnologia visando à atuação nas situações de média complexidade (FMS, III CMS, 1999).

Em relação à oferta de atenção especializada de maior complexidade e existente nos demais níveis de atenção, a identificação das diferentes necessidades pelas unidades e consolidação na Policlínica, com o apontamento do perfil regional, foi vista como favorecedora de uma maior possibilidade de negociação com tais níveis no sentido de buscar uma adequação de tal oferta através de fóruns de gestão interinstitucionais da FMSN. Como exemplo, foi citado o atendimento de oftalmologia, no qual a oferta encontra-se inferior às necessidades previstas por uma das unidades básicas da regional, tendo em vista o perfil etário da população da mesma, em que se observa o aumento da população idosa acometida por catarata e outras patologias.

As dificuldades percebidas no ordenamento da atenção à saúde se vincularam à cultura institucionalizada originária de um sistema de saúde fragmentado, em que cabia isoladamente ao usuário o papel de identificar o Serviço mais indicado à sua necessidade e disputar o acesso ao mesmo, muitas vezes tendo que lançar mão de artifícios como enganar o endereço e se cadastrar em várias Unidades para a atenção básica, etc. A identificação de grandes centros (hospitais, Serviços de Emergência) como mais aptos pela concentração de equipamentos e recursos direciona a população a buscar atendimento em situações de baixa complexidade nesses locais, gerando uma demanda poucas vezes reorientada com mecanismos referência à atenção primária. A mudança dessa lógica foi considerada como um desafio colocado às Policlínicas, onde um trabalho regional junto à comunidade é pensado no sentido de discussão do modelo de atenção e de construção de solução conjunta aos problemas segundo as respostas mais adequadas a cada caso. O fato das Policlínicas Comunitárias terem que realizar atenção básica para uma parcela da população não coberta pelas UBS ou Módulos do PMFN também é visto como um obstáculo ao papel ordenador.

Essa questão está ligada à duplicidade de vinculação na atenção básica por parte de alguns moradores, pelos motivos colocados anteriormente, bem como a dificuldade de direcionamento das ações por parte das Policlínicas de forma a prestar uma atenção de maior complexidade como referência regional. Em uma das entrevistas foi colocada a dificuldade originária da oferta de serviços não estar compatível às necessidades em todas as regionais, gerando um suporte menos resolutivo e dependente de Policlínicas mais centrais e distantes.

A noção de **território** é outra noção importante que apareceu no contexto de definição de elemento ordenador. Entendida como espaço de vida, como processo em permanente construção produzido no espaço de relação que não se repete geograficamente traz a percepção de que as Policlínicas, igualmente, não podem se repetir no que diz respeito à sua organização. Não podem partir da definição rígida de um perfil fechado. O ponto que as une é a definição e o entendimento do seu “*papel de unidade chave na hierarquia*” (entrevista 3), não só de referência, mas também ordenadora da atenção à saúde a partir do território.

“Esse ordenamento ele se daria segundo, quer dizer assim, eu acho que primeiro um elemento que eu chamo muito de gestão territorial. O que é essa gestão territorial? É você pensar a cidade. Pensar a cidade vendo na verdade qual é a dinâmica dessa cidade, como ela se estrutura em relação as pessoas que nela vivem, como elas produzem, como elas se organizam. Como é que elas criam relações. E eu acho que na verdade o território ele é um elemento muito interessante porque é o espaço animado do ambiente, esse espaço que as pessoas vivem. Quer dizer, onde elas criam toda essa animação, e a partir dessa animação eu acho que você consegue ter um olhar sobre a vida das pessoas e sobre esse olhar mais macro, que seria o olhar da saúde. A saúde sendo entendida sob o ponto de vista assim bem, bem macro mesmo. Nessa visão mais macro, nesses espaços de relações e a gente poder, a partir desse elemento, que é a gente gerir, quer dizer, gerenciar o território, olhar o território com todas essas nuances que eu estava falando e a gente poder, a partir daí, extrair algumas percepções, como que na verdade está composto esse ambiente de viver das pessoas..., que extratos de composição seriam essas, que interferem sobre a saúde do individuo e que ao mesmo, que tem esse espaço de troca com a saúde o tempo inteiro. E eu acho que a partir desses elementos a gente começa a poder também perceber quais são as possíveis necessidades dessas pessoas e aí necessidades também vista sob o ponto de vista mais macro, desde a necessidade de moradia, de emprego, de renda, onde a gente possa estar, a

partir dessas necessidades estarem apontando, a gente começar a criar alguns elementos, que seriam elementos estruturantes de olhar sobre essa questão, e que aí se daria, desde a oferta de alguns serviços específicos de saúde, a outras políticas, que são políticas que na verdade se articulam com o segmento da saúde. Então eu veria dessa forma, entendeu? Eu, quando eu falo assim ordenamento, eixo, estrutura, eu não gosto de pensar nunca nesse, nessa coisa que às vezes agente pensa, que é o que? É a oferta específica de algum serviço dentro da própria área da saúde. Acho que a gente tem que olhar isso com um olhar muito mais global, muito mais amplo, que eu acho que é o ponto que a gente mais ou menos chegou no Médico de Família.. Porque você fica vendo que o tempo ele dá uma medida de aprofundamento que é muito interessante que é você perceber tudo isso que eu estou te falando, essa visão que é quase um gerenciamento territorial mesmo, que é você pensar e poder trocar com todas as pessoas que vivem naquele local toda, todo esse olhar sobre a região mesmo, então eu acho é que ter essa coisa na pele” (entrevista 04).

O território é visto por este entrevistado como base do ordenamento, este definido como “orientar, organizar, dar o eixo, estruturar. É você olhar a situação, pensar a situação, como um todo” (entrevista 4). Para que essa concepção de ordenamento esteja presente como papel das Policlínicas Comunitárias, entretanto, foi identificada a necessidade de maior discussão, clareza e pactuação ao nível da gestão. Na prática concreta, esse espaço de discussão sistematizado da regionalização pelas Policlínicas Comunitárias foi projetado a partir do “*fórum permanente*” (entrevista 3) de Policlínicas, em que o nível central da secretaria conduziria esse processo, estabelecendo mecanismos de compartilhamento gerencial entre as diferentes instâncias.

O conceito de **rede** foi colocado nas entrevistas como um importante aspecto na organização do microprocesso de trabalho a partir do território. Nessa lógica de organização parte-se de um planejamento ascendente dos serviços de saúde.

Setorialmente a conformação da rede de atenção à saúde ao ser organizada em níveis com densidades tecnológicas diferenciadas leva em conta a pressão estruturante dada pela atenção básica, em que as Policlínicas Comunitárias cumpriram o papel não só de primeiro nível de referência, mas de planejamento. Como exemplo dessa estruturação ocorrida no município a partir da atenção básica foi citada, a partir de uma entrevista, a organização de centrais de marcação de consulta e internação, a criação de laboratórios regionais e de estruturas hospitalares. A organização da rede com vistas a viabilizar o modelo de atenção pode ser apreendida a partir dos documentos pesquisados, entre eles

destacamos o trecho a seguir.

“A ampliação da rede básica foi uma das estratégias apontadas para a reversão do modelo de assistência tradicional e a aproximação mais estreita com a população, perseguindo assim os princípios de universalização, integração, acesso, hierarquização e controle social. As Unidades de 1º nível, modelos do Médico de Família e Unidades Básicas de Saúde garantem o atendimento de sua clientela adscrita. O pólo articulador das ações desenvolvidas pela rede básica de saúde são as Policlínicas Comunitárias que atuam como referência em algumas especialidades médicas, laboratórios de análises clínicas e serviço de imagem, exercendo autoridade sanitária em sua área de abrangência” (FMS, Plano Diretor de Saúde 1998/2000 e Plano Diretor de Saúde 2001/2004)

Em uma das entrevistas foi projetado o papel das Policlínicas de Especialidades como suporte às Policlínicas Comunitárias nas especialidades ou exames inexistentes nas mesmas, garantindo o acesso do usuário através de uma Central de marcação de consultas, segundo agendamento pelas Unidades de Saúde. A caracterização das Policlínicas de Especialidades em sua maior densidade tecnológica e centralização de recursos e como unidades que respondem às demandas mais complexas oriundas das Policlínicas Comunitárias encontra-se documentada nos dois últimos Planos Diretores do Município de Niterói.

O sentido dado à organização de rede e sua direcionalidade ao princípio de hierarquização se encontrava presente no primeiro plano de saúde do município referente ao Plano de Ação da Secretaria de Saúde e Assistência para 1977 / 1980, já citado nesse trabalho. No mesmo, previu-se um modelo de intervenção voltado ao aumento de cobertura populacional por unidades de saúde organizadas de forma hierarquizada considerando níveis de complexidade.

Mais recentemente, a consolidação do modelo de atenção proposto pelo município, debatido em amplos fóruns de participação, indica um direcionamento da organização da rede que considera a integração das ações através da regionalização e a partir das Policlínicas Comunitárias. Tais fóruns são representados pelas Conferências Municipais de Saúde. Na última Conferência, realizada setembro de 2003, com aproximadamente 600 participantes, várias propostas expressaram essa concepção, como as que selecionamos a seguir.

“- garantir a integração das ações da Rede de Saúde e a hierarquização do atendimento, integrando o Programa Médico de Família ao sistema e tendo como eixo a Policlínica Comunitária que efetivará sua missão de organização de serviços e pólo de responsabilidade sanitária da região consolidando o modelo da vigilância em saúde”

“- consolidar o modelo de vigilância em saúde como modelo de atenção, reforçando o papel das Policlínicas Comunitárias no planejamento e gestão das ações regionais” (IV CMS, 2003).

Em uma das entrevistas foi colocado que ao assumir a responsabilidade sanitária por uma determinada região as Policlínicas Comunitárias integram a rede e permitem a superação da fragmentação entre os serviços e instâncias existentes. Neste sentido, possibilitam a continuidade das ações de saúde, permitindo o acesso dos usuários a serviços de maior complexidade mais próximo de sua moradia, aumentando o grau de resolubilidade através da adequação da oferta ao perfil da população e a hierarquização das ações.

A integração do sistema como um todo é destacado como de fundamental importância para a atenção à saúde e garantia da integralidade. Como exemplo foi colocada a necessidade de integração dos modelos de atenção básica existentes no município, referente ao PMFN e as UBS, a partir das Policlínicas Comunitárias. Tal integração da rede se daria horizontalmente a partir da coordenação dos pontos de atenção à saúde na regional.

A superação da visão de hierarquização prevista no modelo em forma de pirâmide potencializaria as trocas entre os diferentes níveis, garantindo, entretanto a autonomia e perfil de atenção de cada serviço. Tal perspectiva dos sistemas integrados de saúde proposta por Mendes (2002) favoreceria um modelo de integração com os hospitais e outros níveis de maior densidade tecnológica.

Com vistas a alcançar uma maior integração com os hospitais os mesmos mecanismos já citados podem ser empregados, ou seja, utilização de reuniões sistemáticas, troca de informações de forma ágil, estabelecimento de protocolos e rotinas, entre outros, num processo de cooperação e monitoramento do paciente entre os níveis de atenção, como apontado por Gittell & Weiss (2004).

Ao tomarmos o apontamento realizado por Cecílio (1997) de que a missão institucional das unidades nem sempre é entendida com clareza, percebemos uma busca de transformação desse entendimento junto à população por ocasião do cadastramento no PMFN, a partir do trabalho integrado na regional estudada. A estratégia utilizada partiu do

acompanhamento da direção da Policlínica ao trabalho inicial de identificação de área a ser coberta pelo Programa com participação na discussão do papel de cada serviço junto aos moradores. Através da realização de reuniões nas comunidades, além da participação da Coordenação de Área do PMFN, estiveram presentes os gerentes da Policlínica Comunitária e do Serviço de Urgência discutindo o papel de cada unidade e do hospital. Essa estratégia realizada foi exemplificada como fundamental para a organização do trabalho e participação da comunidade. Igualmente, o trabalho cotidiano com a população no sentido de identificação do papel da Policlínica Comunitária é visto como um aspecto facilitador.

Outra questão se referiu à Vigilância à Saúde regional como integração entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental. Trabalhar as diferentes forças presentes no sentido de um compartilhamento do poder decisório, entretanto, não é visto como um processo simples. Um dos entrevistados aponta essa questão como um possível obstáculo ao pleno desenvolvimento do ordenamento das ações regionais.

No sentido dado à rede, a articulação entre as estruturas sociais que repercutem na atenção à saúde e entre os diferentes atores, sejam profissionais de saúde, gerentes, representantes comunitários e dos demais equipamentos sociais é vista como fundamental às ações e serviços de saúde e condição para a qualidade da atenção, seja esta pensada como resposta às necessidades individuais ou coletivas.

Tal idéia de rede remete à integração de políticas que se articulam à saúde. Em outras entrevistas, bem como na análise documental, identificamos a importância dada a ***intersetorialidade*** prevista no papel das Policlínicas Comunitárias como gerenciadora de área responsável pela organização e o apoio às ações conjuntas. Pensada no contexto de articulação regional, tal política é vista como facilitadora pela interlocução entre os diferentes atores.

“(Policlínica)...Ela é gerenciadora dessas articulações porque ela é um serviço que naturalmente vai responder muito mais às demandas de todos os setores, não só da saúde, porque ela vai trabalhar com as escolas, ela vai trabalhar com a Secretaria Regional, ela vai trabalhar com o Orçamento Participativo, ela vai trabalhar com a organização dos pescadores, por exemplo, lá em Itaipu, com a associação de moradores, com a Igreja, com o Forte, com o Quartel” (entrevista 03).

A proximidade com as questões concretas da vida cotidiana a partir da inserção no território traz como aspecto facilitador a perspectiva de organização de ações conjuntas com outros setores na solução dos problemas identificados. Nesse sentido, a intersetorialidade não é entendida como a soma de ações setoriais ou a superação das singularidades de cada setor, mas um permanente processo de troca e diálogo entre os setores. A articulação entre os mesmos pressupõe, desta forma, a identificação de problemas multideterminados e o planejamento conjunto de ações compartilhadas. Em uma das entrevistas a intersetorialidade foi colocada como um aspecto facilitador por permitir um suporte à atuação do profissional que se encontra em estreito contato com a realidade local, como foi citado na experiência do PMFN. Em relação a essa questão foi apontada a possibilidade desse profissional compartilhar com outros atores sociais a representação do poder público junto à comunidade e agilizar a solução dos problemas em suas múltiplas determinações. Nesse sentido, a idéia de um elemento ordenador da rede é projetado no papel das Policlínicas Comunitárias como uma Unidade que, para além das questões da saúde, passa a ser referência junto às outras instâncias do governo, organizações sociais e associações comunitárias na formulação de demandas políticas ao âmbito mais geral de governo da cidade.

Segundo Junqueira (2000) a intersetorialidade incorpora a idéia de integração, sendo uma forma de enfrentar os problemas sociais. Esses são considerados no espaço onde se manifestam, ou seja, no espaço da cidade, do território, do lugar de vida e reprodução social. Busca, desta forma, a superação da fragmentação das políticas. Para esse autor,

“A intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses” (Junqueira, 2000: 42).

A intersetorialidade envolve a construção de práticas compartilhadas num processo de aliança e trocas. Aponta, assim, ao dimensionamento de redes sociais e à garantia ao acesso.

Pela importância dada ao **acesso**, nos reportamos a esta categoria no contexto de

análise de elemento ordenador. Nas entrevistas o acesso é citado como princípio relacionado à equidade na medida em que a oferta de atenção à saúde pela Policlínica se pautou nas necessidades regionais de saúde. O acesso é tomado de forma ampla não se reduzindo somente à possibilidade de atendimento aos serviços de saúde, mas também a outras políticas públicas. Na prática, isso significa a identificação dos problemas de saúde e a sua distribuição no território com a correspondente organização de ações capazes de fazer frente aos mesmos, com discriminação positiva dos grupos sociais excluídos.

Num estudo voltado à análise da integralidade da atenção no PMFN, Sá (2003) concluiu que a organização das Policlínicas Comunitárias de forma regionalizada pode ser vista como um passo na garantia de acesso. Para esse autor:

“Essa regionalização permitiu uma articulação entre as diferentes unidades e módulos não só do ponto de vista administrativo, mas do ponto de vista das estratégias e práticas de saúde envolvendo todos os atores, entre profissionais de saúde e atores sociais. Um investimento nas Policlínicas Comunitárias mais direcionado às necessidades apontadas em cada região certamente qualificaria e integraria mais o sistema regional” (Sá, 2003:103).

Na regional estudada uma das estratégias de facilitação do acesso aos serviços da Policlínica, mencionada em entrevista, diz respeito ao acolhimento pela equipe de recepção da unidade. Essa estratégia tem por objetivo não só viabilizar o acesso, mas igualmente ampliar o grau de resolubilidade e humanizar o atendimento através de uma escuta atenta em relação ao pedido do usuário, de forma a favorecer a identificação de suas necessidades e o atendimento das mesmas, bem como o ordenamento da demanda, permitindo a priorização do atendimento às situações de maior gravidade e / ou urgência.

Operacionalmente um recurso mencionado na agilização do atendimento se refere à marcação telefônica junto ao Serviço de Atendimento ao Usuário da Policlínica Comunitária, evitando o deslocamento do usuário para agendamento, a situação de filas e a espera pelo agendamento.

O atendimento especializado pela Policlínica é colocado como oferecido de forma equânime aos moradores da regional, a partir de critérios consensuados e independente da origem de vinculação do usuário aos serviços de saúde da regional e realizada em curto prazo. Nesse sentido, o usuário ao ser atendido na atenção básica é referenciado para uma

especialidade ou exame existente na Policlínica Comunitária estudada, este atendimento é agendado na hora através da comunicação entre a Unidade de Saúde de origem e a Policlínica Comunitária.

O ordenamento da demanda foi colocado, igualmente, como a possibilidade da Policlínica re-orientar os usuários para a atenção básica, segundo a adscrição de clientela, garantindo o vínculo com a equipe de referência através do agendamento telefônico com a unidade de origem, segundo a necessidade identificada após o atendimento. Uma importante ênfase foi dada à comunicação entre as equipes de forma ágil em direção da garantia do acesso e resolubilidade da atenção.

Uma das condições de possibilidade para o cumprimento do papel ordenador é vista como relacionada à equipe da Policlínica, *“que tem que estar ganha para essa proposta, tem que ser integradora, tem que ser acolhedora da sua região”* (entrevista 3), bem como à gerência, o fato de estar disponível, presente e comprometida, de conhecer o território, realizar reuniões na comunidade, discutir estratégias, buscar parcerias. Para esse entrevistado na gerência

“você tem que assumir as reuniões comunitárias, você tem que atravessar sua rua e ir para a favela ..., você tem que sair da sua cadeira, do seu quatro por quatro e andar no seu território e conhecer a viela do seu território, conhecer os dilemas do seu território, os sofrimentos e as alegrias, aonde você tem que estar junto discutindo com a população, .. discutir com a CLIN, discutir com a Obras, discutir. Você tem que se tornar responsável pelo tal do seu território e o teu território tem que reconhecer em você o Serviço que se preocupa com a saúde deles e não é aquele serviço que bota fila 5 horas da manhã para o sujeito ficar apanhando lá e não conseguir pegar número. É essa a visão. Então o gerente ...de Policlínica não pode ser um burocrata sentado administrando briguinha interna ou vendo número, não sei o que, não é isso. Ele tem que ser um grande articulador do território. Tem que percorrer o seu território, saber juntar, começar a discutir as coisas. E trazer, aí sim, qual é o papel do território? Trazer para a Secretaria, não diversas Secretarias de saúde, trazer para a Secretaria o conteúdo daquele território, que você juntou com os territórios todos e forma a cidade. Então você não perde a unidade da Secretaria, que eu acho que era o grande problema do distrito, nem a unidade metodológica, nem a unidade de organização, de hierarquia”. (entrevista 03).

Nessa perspectiva, é ressaltada a importância por parte desse entrevistado da

capacitação gerencial de forma permanente, num processo de contínuo amadurecimento para lidar com os diferentes desafios colocados pela gerência. Entre eles, a identificação e manejo das linhas de forças inerentes à estrutura de poder das organizações. Nesse sentido, sua capacidade gerencial mais do que se referir a uma competência técnica em procedimentos assistenciais, tão comumente valorizada na escolha desses profissionais como parte de uma cultura institucionalizada, deve vincular-se principalmente às questões técnicas inerentes à gerência, ou seja, ao conhecimento de planejamento, gestão de pessoas, custeio, cálculo de insumos, entre outros.

Ainda no que se refere a recursos humanos, os obstáculos ao cumprimento do papel de elemento ordenador estiveram ligados tanto à questão da possibilidade de dimensionamento dos mesmos para atendimento à população nos diferentes níveis de atenção e para a realização de supervisão aos serviços vinculados, quanto à formação dos profissionais voltada em grande parte ao modelo flexneriano. Nesse sentido, são colocadas as dificuldades na superação da lógica de atendimento à demanda que consegue chegar à Unidade em direção à lógica da responsabilidade sanitária por um determinado território.

A Policlínica também é vista pela sua maior complexidade como unidade de suporte às demais unidades de saúde a ela vinculada no que se refere ao ***suporte técnico, especializado, metodológico e administrativo***.

“Eu diria que a Policlínica trabalha com a visão de população adscrita, de relacionamento constante e de rotina com as Unidades do seu entorno, de troca de informações,...e como ela é naquela região a Unidade mais capacitada, seja do ponto de vista de recursos humanos, seja do ponto de vista de equipamentos.” (entrevista 05)

Quanto às questões de estrutura ou processos de trabalho estas são percebidas como questões que podem ser analisadas no âmbito regional. A integração regional é vista ainda como estratégica para a otimização dos recursos existentes (impressos, medicamentos, material médico-hospitalar, equipamentos, transporte, recursos humanos, etc). Esta integração a partir da Policlínica é entendida também como um dispositivo de fortalecimento do conjunto das Unidades que, a partir do planejamento regional, podem remeter ao nível da Vice-Presidência Ambulatorial, Coletiva e da Saúde da Família as

necessidades da área, integrando assim o planejamento regional com os demais níveis de gestão a partir do apontamento da realidade local e regional. O bom entrosamento entre as unidades e a comunicação entre os gerentes e os profissionais são vistos como facilitadores do processo de ordenamento das ações.

Esse direcionamento ao nível central pressupõe o suporte de estrutura por parte do mesmo no sentido de efetivar as ações integradas, viabilizar recursos humanos e materiais, entre outros.

“Eu posso levar para o nível central que eu preciso montar um serviço aqui (de antitabagismo). E lá eles vão estar me ouvindo porque vão estar entendendo que eu estou baseada em dados concretos de avaliação. E aí eles têm que estar reforçando aqui um serviço de antitabagismo. Vão colocar médicos, promover o que eu preciso para fazer isso” (entrevista piloto).

Na entrevista acima se encontra presente a idéia de organização de serviços com base na realidade local. Um componente destacado diz respeito à avaliação do impacto das ações. Pela presença nas entrevistas e importância desse componente no processo de gestão, agrupamos abaixo as concepções encontradas.

A **avaliação** das ações de saúde a partir de indicadores foi projetada como importante passo na organização das ações regionais a serem analisados e discutidos a partir das Policlínicas Comunitárias. Tal percepção é colocada por um entrevistado em oposição à forma exclusiva de avaliação baseada em elogios e reclamações. Nesse sentido, o papel das Policlínicas estaria relacionado a um complexo conjunto de ações, que incluiriam o processo de avaliação, superando a visão da Policlínica como de “*mero prestador de serviços*” (entrevista 1).

Uma das estratégias pensadas vincula-se à consolidação dos dados gerados a partir do cadastro das famílias atendidas no PMF. Estes ao possibilitarem uma leitura ambiental, da composição da comunidade local, do perfil epidemiológico de cada setor, podem ser reunidos e ser objeto de reflexão nas Policlínicas, fornecendo elementos aos atores sociais em situação para se pensar a macroterritorialidade e a construção de um projeto de saúde para a região.

Outras estratégias vinculadas à metodologia do PMFN referem-se ao conjunto de

informações obtidas nas reuniões de setor e no trabalho de campo, que trazem uma dimensão da realidade de vida a partir da interlocução dentro da comunidade.

Nessa perspectiva, o sentido do planejamento assume uma mudança radical direcionando-se a partir da visão da localidade e o sentido da avaliação deixa de centrar-se no perfil de adoecimento apreendido pela demanda espontânea e passa a envolver indicadores de saúde relacionados a fatores sócio-econômicos, políticos e culturais que representem as condições de vida e situação de saúde.

Para que tal processo possa ocorrer na lógica de regionalização, o papel das Policlínicas envolveria a centralização das informações obtidas, processadas e analisadas com a participação das instâncias locais e centrais dos diferentes Setores e Secretarias do município.

Nessa direção, os dados processados e analisados centralmente no município, relacionados aos indicadores epidemiológicos de morbidade, mortalidade e de nascidos vivos, bem como pelos sistemas informatizados de imunização, de controle de doenças de notificação compulsória e de doenças crônicas, entre outros, poderiam ser organizados visando subsidiar o trabalho regional, considerando sua disponibilidade em menor tempo. A partir da regional esse conjunto de informações seria disseminado para o nível local de cada unidade. Desta forma, os bancos de dados alimentados a partir do trabalho cotidiano dos profissionais de saúde seriam transformados em informações que favoreceriam a prática dos mesmos, num processo de retro-alimentação necessário à avaliação, à tomada de decisões e ao planejamento local ou regional. Nesse sentido, a descentralização dessas informações para as Policlínicas Comunitárias pode ser vista como uma estratégia fundamental na lógica de regionalização e superação da “*desarticulação das informações*” (entrevista piloto). Cabe ressaltar que a maior parte dos recursos para tal são existentes no município sendo necessário apenas um passo em direção à mudança na metodologia do trabalho no sentido de uma organização gerencial que considere a lógica da descentralização do planejamento, da programação e da avaliação em saúde de forma a evidenciar as necessidades da realidade de vida de cada localidade.

Ao explorarmos a questão da necessidade de um elemento ordenador de rede com base no território identificamos nas respostas dadas uma vinculação ao processo histórico de organização dos serviços. Nesse sentido, a lógica de descentralização e integração de

forma regionalizada no município foi associada à constituição de três distritos sanitários no início da década de 90. Muitos dos atuais gerentes viveram esse processo e possuem um amadurecimento da concepção que fundamentou a sua criação, trazendo essas noções nas entrevistas a partir da discussão do papel das Policlínicas Comunitárias. Na pesquisa documental identificou-se através do relatório da I Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1991, que a perspectiva de gerenciamento do sistema previa uma autonomia dos Distritos Sanitários e Unidades de Saúde, objetivando a gestão de recursos e prioridades de aplicação, definidos pela base do sistema. O gerenciamento, entretanto, pressupunha uma instância deliberativa, composta de forma paritária entre servidores e diretores de distrito com os usuários, organizada na forma de Conselhos Distritais. Foram previstos como atribuições dos Conselhos Distritais realizar o planejamento e implantação da política, regionalização e hierarquização das unidades do distrito, bem como a fiscalização dos recursos alocados e ações realizadas.

Neste sentido, a organização de instâncias intermediárias (distritos de saúde e conselhos distritais) em municípios de maior porte são colocadas como estratégias de descentralização de poder em relação à autoridade municipal, criando mecanismos favoráveis ao controle público e à participação comunitária, conferindo assim maior capacidade de planejamento pelo maior conhecimento dos problemas de saúde (Heimann et al, 2000).

A organização de Conselhos Gestores nas Regionais foi colocada como um fator fundamental nessa lógica, estando presente tanto na fala de um dos entrevistados como em material documental. Em uma das entrevistas a associação do papel das Policlínicas Comunitárias à organização distrital foi tratado como se segue:

“Eu vejo a Policlínica muito próxima ao distrito sanitário, quer dizer, mudando de nome. Mas, no meu entender a concepção seria uma certa autonomia e ordenamento dessa coisa da regional mesmo. Então eu acho que a gente tem que aprofundar isso. Eu acho necessário sim, eu acho legal porque você está mais próxima, você resolve mais rápido as questões (...) E a gente percebe que a população fica muito feliz e agradecida mesmo tendo a possibilidade de ser atendido na Policlínica, não tendo que se deslocar para o nível central pra fazer esse tipo de atendimento e tudo o mais. Acho que é muito importante.” (entrevista 01)

Assim como no relato acima, os demais entrevistados consideraram necessária uma instância com papel ordenador da rede. Os entrevistados consideraram ser a Policlínica Comunitária essa instância, entretanto, um dos entrevistados colocou uma forte ênfase no funcionamento de um fórum de Policlínicas e outro destacou a importância das Secretarias Regionais, que funcionam na lógica da descentralização da Prefeitura, como fomentadoras da intersectorialidade. Nesse aspecto da articulação entre setores esse papel é projetado em relação às Secretarias Regionais, mas também às Policlínicas Comunitárias, de forma a viabilizar a atenção à saúde envolvendo os diferentes fatores determinantes e condicionantes no âmbito da regional, como pode ser identificado no relatório final da III Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1999.

Ainda sobre a necessidade de um elemento ordenador, a importância das Policlínicas Comunitárias como unidades de referência foi destacada em relação à possibilidade de oferta de recursos especializados compatível com a situação de saúde identificada a partir do território. A garantia do acesso à atenção especializada na própria região, evitando o deslocamento da população para áreas mais distantes, bem como a continuidade da atenção foi vista como pontos importantes a serem viabilizados através dessas unidades. Outro aspecto apontado corresponde à articulação com outros níveis de maior densidade tecnológica, através de fóruns interinstitucionais de gestão, de forma a compatibilizar a atenção especializada necessária à regional com o perfil da mesma. O ordenamento das ações de saúde, desta forma, é visto como necessário para o maior grau de resolubilidade, efetividade e satisfação da clientela.

A possibilidade de acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelos equipamentos de saúde da regional é vista como um papel necessário projetado para as Policlínicas Comunitárias. Este, alcançado através de supervisão contínua, buscaria a solução dos problemas de forma integrada ao nível central. Este suporte corresponderia às questões técnicas, metodológicas e administrativas.

A idéia de funcionamento como pólo do planejamento regional, foi destacada em várias entrevistas ao atribuir a importância e a necessidade do papel desta unidade. Em uma das entrevistas, contudo, essa idéia se expressou de forma mais marcada no sentido de pactuação a partir dessas unidades de uma *“diretriz única do trabalho, uma linha de condução”* (entrevista 6), obtida num processo de planejamento conjunto. É interessante

destacar a percepção dessa idéia como uma estratégia de cumprimento de metas a partir da cobrança por parte da Policlínica de forma a manter a coerência, a continuidade e a unificação das ações na solução dos problemas de saúde identificados. Caso contrário foi citado a possibilidade de que a execução do que foi planejado se perca pela imposição constante de novas demandas às gerências.

Outro aspecto mencionado foi a mudança do perfil das unidades básicas tal como eram organizadas no início dos anos 80. Atualmente estas unidades ao associarem as ações de prevenção e promoção com ações assistenciais se tornaram mais complexas. No modelo adotado atualmente passaram a trabalhar segundo o conceito de responsabilidade sanitária e não mais pelo conceito de demanda espontânea. Desta forma, o cuidado prestado à população da área pressupõe o vínculo com o serviço e com os profissionais e necessita ser viabilizado de forma contínua e humanizada, com a integração com outros serviços da rede. Nesse sentido, o papel das Policlínicas é visto como necessário por viabilizar essa integração da rede na região de saúde, por articular outros Serviços e Setores e garantir a integralidade da atenção.

Para além das ações próprias ao setor saúde, as Policlínicas são vistas desempenhando um papel importante para a articulação de outras ações necessárias naquele segmento da cidade. Envolver outros atores sociais, compartilhar responsabilidades em espaços democráticos, são no modo de ver de um entrevistado uma “*política saudável*” (entrevista 4). Uma política que deve encontrar sua base de sustentação nos diferentes espaços de vida dados pelo território.

- A experiência concreta e as dimensões da integralidade

A operacionalização na experiência concreta do princípio da integralidade é um processo em construção assim como dos demais princípios do SUS. Representa o rompimento de uma lógica hegemônica historicamente construída, colocando-se como um desafio na estruturação dos sistemas, na organização dos serviços e na realização das práticas de saúde. O modelo de atenção analisado, de organização da atenção a partir das Policlínicas Comunitárias ao buscar efetivar esse princípio apresenta aspectos de maior ou menor aproximação, que passaremos a analisar a partir do estudo empírico realizado.

Ao explorarmos as dimensões colocadas por Giovanella et al (2002) identificamos em relação à dimensão 1 (primazia das ações de promoção e prevenção), que, no se refere aos critérios de existência de fóruns intersetoriais, do monitoramento e análise espacial de indicadores sociais e de ambiente e de programas de educação em saúde, estes apresentam diferenciações na viabilização da atenção integral da saúde.

A primazia das ações de promoção e prevenção a partir de fóruns intersetoriais da Policlínica Comunitária atualmente encontra limites que foram associados ao processo de implantação da mesma. Originárias de antigas unidades estaduais ou municipais a transformação do papel dessas unidades é percebido como um processo que ainda demanda maior avanço a ser obtido a partir de uma ampliação da discussão do seu papel e pactuação do mesmo. Em relação à organização da atenção à saúde regional, o processo de trabalho está mais fortemente relacionado com o suporte assistencial diagnóstico e especializado. Nesse sentido, são apontados espaços de problematização dessa questão aonde o processo de gestão regional vem sendo discutido através de encontros no nível central da Secretaria, com o desencadeamento recente de diferentes estratégias para sua implementação. Essa medida poderá trazer um privilegiamento da realização de fóruns intersetoriais a partir dessas Unidades, de forma a superar a sua realização em caráter esporádico e dependente de demandas ou de problemas pontuais, permitindo, a partir do mesmo, o planejamento em saúde com ampla participação social.

O monitoramento de indicadores sociais e ambientais é considerado um critério importante na organização de ações promocionais e de prevenção. O alcance do mesmo pode ser facilitado pelo fato do município disponibilizar dados de tais indicadores por

regiões de planejamento e bairros através da Secretaria de Ciência e Tecnologia. Na prática, entretanto, a sistematização de tais dados é colocada como insuficiente para a programação das ações o que foi atribuída à falta de recursos humanos para a para sua análise.

No critério relacionado a programas de educação em saúde procuramos identificar a realização de atividades e a sua organização. Nesse sentido, identificamos que tais ações de educação em saúde são realizadas por uma equipe multidisciplinar em diferentes momentos de encontro com o usuário. Esses são também estruturados em grupos relativos à atenção à mulher, ao adolescente, aos hipertensos e diabéticos, entre outros, realizados regularmente. O trabalho de educação em saúde é realizado também junto às escolas da área.

No que se refere à dimensão 2 (garantia da atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica), esta foi tomada segundo os critérios de funcionamento de centrais de marcação de consultas e de exames especializados e de centrais de regulação de internações; protocolos de atenção para doenças / agravos específicos; medidas de garantia para contra-referência; integração do Programa de Saúde da Família (PSF) à rede.

Quanto ao sistema de marcação de consultas e exames especializados, este funciona através de um serviço descentralizado na Policlínica Comunitária e através da Divisão de Atendimento ao Usuário no nível central, que oferece consultas dos níveis de Policlínicas Especializadas e Hospitais. Na regional estudada foi mencionado não haver demanda reprimida nas especialidades ofertadas pela Policlínica, havendo uma preocupação no agendamento sempre para o mesmo especialista de forma a garantir o vínculo profissional-paciente com um prazo de marcação que não ultrapassa a 15 dias. Em relação à oferta do nível central foi referido haver demanda reprimida em duas especialidades médicas e em exames de ultra-sonografia. As vagas são recebidas do nível central através de contato telefônico uma vez por mês. As internações são viabilizadas através de central de regulação municipal.

Na regional estudada a integração da PC com as Unidades Básicas e módulos do PMFN é referida a partir do suporte assistencial e colocada como um processo estabelecido no sentido de possibilitar um fluxo de encaminhamento resolutivo, com a utilização de mecanismos de referência e contra-referência e uma comunicação entre as equipes de forma a atender às urgências. A organização regional é percebida como favorável ao acesso aos serviços de suporte à atenção básica, aumentando a resolubilidade e a satisfação da

clientela. Em relação ao nível hospitalar essa situação se apresenta de forma bastante distinta, variando na possibilidade de interlocução dependendo da unidade hospitalar e não existindo, de forma geral, um estreitamento na relação entre as equipes. Apesar de haver um fluxo de encaminhamento definido para o nível hospitalar, ainda existem dificuldades na condução de alguns casos e na integração entre os serviços. As reuniões com essas instâncias são inexistentes.

Em relação à contra-referência essa é emitida de uma forma mais sistemática por alguns profissionais, apesar das constantes orientações da gerência em relação à sua obrigatoriedade para todos. Apesar dessa questão ser vista como um problema que afeta a integração e a continuidade da assistência, sendo um nó crítico em vários sistemas municipais de saúde, identificamos que na regional em estudo não se conseguiu uma forma mais efetiva de superar essa dificuldade. Dessa maneira, no presente momento, não existem medidas para garantir a emissão da contra-referência. Tal fato também é apontado como um problema em relação aos níveis de maior complexidade, pelo fato dos mesmos enviarem de forma muito esporádica a ficha de contra-referência.

Os profissionais de saúde seguem protocolos de atenção para doenças / agravos específicos. Alguns deles foram adaptados pela FMSN. Tal critério é indicativo de organização da oferta e permite maior eficiência em consequência da definição de fluxos de pacientes nos serviços nos diversos níveis de atenção e da diminuição da probabilidade de encaminhamentos incorretos.

A dimensão 3 se relaciona à articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação. Corresponde ao nível de gestão do sistema. Os critérios adotados foram a existência de instâncias de integração em atividade; programação articulada de ações de promoção, prevenção e recuperação em consonância com os problemas locais de saúde; mecanismos de uso e difusão das informações para a vigilância à saúde; utilização das informações contidas nas declarações de nascidos vivos no município.

O município em questão ao adotar o princípio da regionalidade na organização do sistema, tomou no processo de gestão descentralizado através da Policlínica Comunitária esta unidade como instância de integração e coordenação da organização das ações e serviços de saúde. Como estratégia de operacionalização foram previstos espaços de gestão compartilhada entre o gerente da Policlínica e demais gerentes das unidades básicas e

coordenação do PMF. Em relação a esse aspecto, foi mencionada a existência de reuniões no nível de gestão regional, bem como no nível de gestão da Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família. Esses espaços de gestão estão pouco sistematizados, sendo percebidos num processo em construção. A realização de encontros na regional com representantes de diferentes organizações sociais e representantes da comunidade da mesma forma foram referidos como de realização pontual, o que foi justificado pelo fato dos representantes da comunidade não solicitarem reuniões por estarem satisfeitos com o trabalho. Percebe-se que a importância das reuniões ainda está vinculada à solução de problemas e não a uma participação no planejamento e gestão das ações de saúde.

Na questão formulada sobre a utilização de dados foi colocado que o planejamento e a tomada de decisões se baseiam em informações epidemiológicas. Como facilitador foi identificada a existência de um sistema informatizado na regional. Um exemplo citado da possibilidade de utilização de dados foi a conjugação de informações epidemiológicas com dados demográficos da população levando a uma organização de oferta de atenção médica especializada na Policlínica, compatibilizando a oferta às necessidades da população. Foi colocada nesse ponto a idéia de que através do Programa Médico de Família pode-se ter um conjunto de informações sócio-econômicas e demográficas que são processadas na Coordenação do Programa e disponibilizadas às Coordenações de Área. Nesse Programa existe a identificação dos setores através de sua distribuição espacial pelo uso de mapas. Nesse sentido, a incorporação na rede dessa metodologia de trabalho pode vir a potencializar o trabalho de vigilância em saúde nos espaços dos diferentes territórios. A análise desses dados de forma regional, a partir das Policlínicas, pode favorecer a dimensão da integralidade no que diz respeito à implementação de ações de promoção, prevenção e recuperação como já apontado anteriormente. Para tal, a dificuldade relacionada aos recursos humanos (insuficiência e perfil profissional) precisa ser motivo de maior investimento.

Sobre a utilização das informações contidas nas declarações de nascidos vivos foi evidenciado, por ocasião da pesquisa, que esta não tem ocorrido pela suspensão do recebimento das mesmas. Uma das vias dessa declaração, emitida na maternidade, são distribuídas nas diferentes unidades, sendo que tal suspensão referiu-se somente a um período. Num momento anterior, em que as declarações estavam disponibilizadas, essas

informações subsidiavam a captação da criança nos serviços de imunização e puericultura e as ações de vigilância em saúde, com a realização de visitas domiciliares, sendo priorizado as crianças de baixo peso, prematuras e filhos de mães jovens. Essas informações orientavam ainda o planejamento de recursos humanos necessários para a atenção à mulher e à criança, que atualmente são feitos através de informações originárias de outras fontes. Não foi citada a utilização dessas informações para a identificação de problemas na atenção pré-natal e materna, provavelmente por já existir em funcionamento um programa informatizado específico, o SISPRENATAL.

Na dimensão 4 enfoca-se a abordagem integral do indivíduo e famílias através dos critérios de existência de rede básica com adscrição populacional; estratégias de acolhimento; equipe multidisciplinar; realização de atividades de grupo; realização de atividades extra-unidade; discussão de casos pela equipe multidisciplinar na unidade e / ou entre profissionais de distintos níveis de assistência.

Em relação à rede básica essa funciona com adscrição populacional a partir do cadastramento familiar pelo PMFN e pela identificação de áreas de abrangência nas Unidades Básicas e Policlínicas Comunitárias. Do total da população da região foi informado que 37% é coberta pelo PMFN, com previsão de expansão dessa cobertura pela criação de novos módulos em curto prazo. Da população da área foi colocado que aproximadamente 80% encontra-se cadastrada na Policlínica. Tendo em vista que esse critério é indicativo do estabelecimento de vínculos entre usuários e unidades, sendo um facilitador da vinculação dos profissionais com os usuários, pode-se inferir uma cobertura na atenção básica favorecedora à integralidade.

As estratégias de acolhimento são colocadas como amplas e apoiadas na escuta e entendimento do pedido do usuário, buscando uma definição conjunta com o mesmo sobre as respostas necessárias. Esse contato é colocado como permanente e baseado no suporte gerencial cotidiano à equipe responsável pela recepção da unidade. O mesmo foi mencionado ainda como orientador da organização dos serviços. Esse aspecto foi relacionado à humanização e também a resolubilidade. Os recursos mencionados foram o agendamento telefônico e a utilização de agenda eletrônica através do Sistema Gerencial de Atenção Básica e o investimento constante nos recursos humanos.

Em relação ao critério referente ao trabalho multidisciplinar foi relatada a existência de equipes compostas por profissionais de nível superior, médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, entre outros, e profissionais de nível médio, técnicos, auxiliares de enfermagem e administrativos. Estas equipes funcionam como referência para as ações voltadas ao controle da tuberculose, ao acompanhamento do pré-natal, para a atenção à saúde mental, etc. Nas mesmas ocorre a discussão de casos em espaços pouco sistematizados. Os casos são discutidos ainda no contato dos especialistas com os médicos de família, dependendo da necessidade. O contato com os outros níveis, em relação a esse aspecto, foi mencionado como inexistente.

Várias atividades de grupo são realizadas, como já citado anteriormente. O trabalho extra-unidade ocorre de forma pontual, o que é visto como derivado da insuficiência de recursos humanos.

Considerando o exposto, acreditamos que a concepção de elemento ordenador de rede presente tanto nos documentos quanto nos discursos dos gerentes favorece a organização da atenção integral à saúde. Nesse sentido a integralidade é um dos princípios a serem viabilizados a partir da conformação de uma rede ordenada. Na prática concreta, a verificação da operacionalização da integralidade apontou avanços, mas também limites, demonstrando que ainda se tem um caminho a percorrer.

CAPÍTULO VII: CONSIDERAÇÕES FINAIS

De absoluto, só a relatividade.

Albert Einstein

A análise do papel das Policlínicas Comunitárias enquanto elemento ordenador da rede no que se refere ao planejamento e gestão de ações integrais de saúde com base no território envolveu um conjunto de conceitos caracterizados pela sua complexidade. O presente estudo ao buscar interpretá-los à luz de uma experiência concreta, procurando apreender a expressão de seus múltiplos sentidos, se constitui como um trabalho que apresenta conclusões provisórias, não tendo a pretensão de esgotar o assunto. Desta forma, mais do que tomado como um estudo conclusivo, pode ser visto apenas como um ensaio que poderá ser objeto de aprofundamento em outras investigações futuras.

Ao nos voltarmos ao papel das Policlínicas Comunitárias, procuramos identificar o significado e a necessidade de um elemento ordenador da rede no sentido de organizar a atenção à saúde de forma integral considerando as necessidades de saúde de um determinado território.

Em nossa pesquisa encontramos que tal estratégia operacional envolve uma concepção de saúde vinculada à qualidade de vida e resultado de um processo de produção social, passível de acumulação e desacumulação, e resultante de fatores econômicos, ideológicos e cognitivo, tal como definida por Mendes (1996). Essa concepção de saúde leva a entendê-la mais do que um objetivo a ser alcançado e passa a tomá-la como um recurso fundamental para a vida cotidiana (Buss, 2000). Tal concepção prevê um conjunto de práticas que visam à superação do reducionismo dado pelo campo de intervenção que considera saúde como ausência de doença. Para tal, faz-se necessário um campo de intervenção que considere a possibilidade de comunicação com as diferentes formas de conhecimento valorizando a interação entre sensibilidade e pensamento e a tentativa de conciliar razão e intuição, incorporando as dimensões biológicas e ambientais à dimensão social e à dimensão da singularidade e subjetividade (Czeresnia, 1999).

Essa concepção, ao não se restringir ao setor saúde, prevê um campo de intervenção que considera a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Está ligada a um conjunto de

condições coletivas de existência, que envolvem o direito às mais diferentes políticas sociais e a participação nas decisões e gestões de políticas institucionais como exercício de cidadania (Luz, 1991).

A incorporação desse conceito e prática de saúde remete à organização de um sistema de saúde que vise à promoção, proteção e recuperação não apenas como mecanismo de racionalização e estabilização social, mas que seja construído a partir de uma base ideológica que considere a participação da sociedade nas políticas de saúde, não só no aspecto de democratização do acesso a bens e serviços, segundo políticas redistributivas e focalizadoras do Estado, mas como forma de direito de cidadania e de acesso ao poder considerando os mecanismos de funcionamento Estatal.

A implementação de um Sistema democratizante envolve uma série de transformações nos diferentes âmbitos, não sendo suficiente que se dêem parcialmente em cada um isoladamente. Desta forma, as transformações devem envolver os âmbitos político - jurídico, político - institucional e político – operativo (Mendes, 1996). Consideram ainda mudanças nas representações sociais e manifestações culturais num processo que assume diferentes conformações históricas.

O Sistema Único de Saúde foi criado a partir dessas concepções presentes na proposta de reforma sanitária. Entretanto, a permanência de uma lógica de organização de serviços fragmentada, da segmentação da assistência, da existência de poderosos interesses privatizantes, de um modelo econômico restritivo e de uma política neoliberal, torna a implementação desse Sistema um desafio à gestão pública.

Nesse contexto, mecanismos e estratégias vem sendo buscados no sentido de superação de tais obstáculos e alcance da universalidade, da integralidade e da equidade, diretrizes fundamentais na implementação do SUS.

Destaca-se, nesse processo, a descentralização política-administrativa, prevendo a regionalização e a organização de redes de atenção, considerando a possibilidade da participação comunitária na política de saúde, e da democratização das decisões nos níveis de planejamento, gestão, execução e avaliação. Para tal, foram previstos diferentes espaços de participação como os Conselhos de Saúde, as Conferências, órgãos colegiados e outras formas previstas em experiências locais.

Nesse conjunto de propostas de transformação coloca-se igualmente o tema da

unificação institucional dos serviços de saúde como um desafio no âmbito do planejamento e da gestão do SUS. A superação da dicotomia entre saúde pública e atenção médica curativa tem levado a uma organização da atenção que prevê a formação de redes integradas, sob a lógica da coordenação, articulação, negociação, comunicação e pactuação na perspectiva intergovernamental e interinstitucional. Nesse sentido, busca-se a identificação de objetivos de forma compartilhada, visando à definição de prioridades de intervenção voltadas às necessidades de saúde da população, identificadas a partir do conceito de território, e através do planejamento integrado, compreendendo a garantia de acesso a todos os níveis de atenção.

No contexto de conformação de sistemas integrados de saúde proposta por Mendes (2001) a organização se dá através da integração dos pontos de atenção à saúde de forma horizontalizada, com a existência de centros de coordenação localizados na atenção primária à saúde, permitindo a continuidade da atenção e, conseqüentemente, a viabilização do princípio da integralidade.

A idéia de um elemento ordenador, explorada nesse estudo, e adotada como papel das Policlínicas Comunitárias no município de Niterói, é tomada como um mecanismo de organização da atenção à saúde com base no território no sentido de integração de outros serviços e ações numa rede de saúde. Ao exploramos a concepção dos diferentes gestores e os documentos oficiais que representam a política do município, identificamos que se encontram presentes nos mesmos os pontos levantados como facilitadores da implementação de um sistema integrado de saúde. Entretanto, a operacionalização dessa política de integração, coordenação, planejamento e suporte regional contida na idéia de elemento ordenador como papel das Policlínicas Comunitárias encontra-se em processo de organização com avanços e obstáculos. Em relação a esses últimos destacamos a organização de rede numa lógica ainda bastante hierarquizada com um distanciamento da gestão das unidades hospitalares e a falta de organização da atenção especializada no âmbito das Policlínicas de Especialidades de forma a compatibilizar a oferta dessas unidades com as necessidades regionais, provocando um estrangulamento do acesso a esses níveis. A integração regional, entretanto, já tem avanços consideráveis a serem incrementados a partir de um maior investimento no modelo de gestão regional, com recursos, estímulos aos profissionais nessa lógica, na sistematização do funcionamento de

Conselhos Gestores Regionais, prevendo uma ampla participação dos atores sociais, bem como o compartilhamento da concepção encontrada na política como orientação concreta do trabalho diário.

Ao tomarmos os aspectos facilitadores para a implantação de um sistema integrado propostos por Mendes (2001), observamos que a idéia de um elemento ordenador proposta no papel das Policlínicas aponta para a existência de uma cultura de integração, segundo organização em sistemas microrregionais de serviços. Nestes, já se encontra em funcionamento uma estreita comunicação entre os serviços regionais, facilitando os fluxos e a organização das ações. Outro aspecto importante diz respeito ao planejamento integrado como meta da regionalização. Este, ao envolver diferentes atores sociais, possibilita o envolvimento, compromisso e responsabilização pela construção da saúde de forma compartilhada, bem como a identificação das necessidades individuais e coletivas favorecendo a organização da atenção segundo as características evidenciadas na regional, inclusive a necessidade de ampliação de pontos de atenção considerando a cobertura na atenção básica e o suporte nos demais níveis de atenção. A estratégia da Saúde da Família através do PMFN, com cobertura de uma população de maior risco social aliada à atenção básica prestada nas UBS e PC, bem como o suporte de atenção de maior complexidade na regional pela PC favorece a resolubilidade da atenção nesses níveis. A adscrição de clientela, a formação de vínculos, as trocas entre os atores sociais e o conhecimento do contexto de vida a partir do território corresponde a uma possibilidade de conhecimento das necessidades da população, fundamental para a construção da saúde.

Nesse sentido, identificamos que tal estratégia de organização apresenta possibilidades férteis na direção da implementação da atenção integral à saúde prevista no SUS, promovendo uma atenção mais voltada às pessoas em suas diferenças, necessidades, subjetividades, entendendo da mesma forma os processos coletivos, sendo potencializadora de uma atenção humanizada e facilitadora da construção de um sistema de saúde mais democrático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARATA, LRB; TANAKA, OY; MENDES, JD. “Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde”. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13 (1), 2004, p. 5-24.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Presidência da República. Decreto-lei 6229, Brasília – Distrito Federal, 17 de julho de 1975.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, p. 18055-18059, 20 set. 1990. Seção I.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde - concepção e fundamentos, diretrizes e estratégias de implementação. Brasília, Ministério da Saúde / SESUS, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Manual para Organização da Atenção Básica. Brasília. 2ª ed., 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS) / Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde, Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS) / Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. DF, 2003.

BUSS, P. “Promoção da Saúde e qualidade de vida”. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(1), 2000, p. 163-177.

CAMPOS, C.E.A. “O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família”. *Ciência & Saúde Coletiva*. 8 (2), 2003, p. 569-584.

CARVALHO, A.I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: *Saúde e Democracia. A luta do CEBES* (S. Fleury, org.) São Paulo, Lemos Editorial, 1997. p 93-111.

CARVALHO, A.I. Política de saúde e organização setorial do país. In: *Curso de Especialização Autogestão em Saúde* (P.R. Barbosa, org.). Rio de Janeiro, FIOCRUZ, v.1, 2001, p. 111-129.

CARVALHO, G.C.M. “O momento atual do SUS. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. *Saúde soc.* São Paulo, 2 (1), 1993, p. 9-24

CARVALHO, G.C.M. “A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais”. *Ciência & Saúde Coletiva.* 6 (2), 2001, p. 435-444.

CARVALHO, M.R. “Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade”. In: *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas.* (Bodstein, R.C.A., org.). Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993, p. 117-130.

CEBES, - “A Questão Democrática na Área de Saúde”, *Revista Saúde em Debate.* n 9, jan/fev/mar, RJ, 1980, p. 11-13.

CEBES, - “Atenção Primária à Saúde”, *Revista Saúde em Debate.* n 9, jan/fev/mar, RJ, 1980, p. 14-20.

CECÍLIO, L.C.O. “As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde”. In: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* (Pinheiro, R; Mattos, R.A., org.). Rio de Janeiro: UERJ / IMS / ABRASCO, 2001.

CECÍLIO, L.C.O. & MERHY, E.E. “A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar”. In: *Construção da Integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde* (Pinheiro, R; Mattos, R.A, org.). Rio de Janeiro, IMS / ABRASCO, 2003. p 197-210.

CECÍLIO, L.C.O. “Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada”. *Cad. Saúde Pública,* 13 (3), Setembro 1997, p.469-478.

CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde.* Rio de Janeiro, Ayuri Editorial, 1991.

CUBA, Ministerio de Salud Publica. Programa de Tragajo del Médico y Enfermera de la

Família el Policlínico y el Hospital. Havana, 1988.

CZERESNIA, D. “The Concept of Health and the Diference between Promotion and Prevention”. *Cad. de Saúde Pública*. v.15 (4), 1999, p. 701-710.

DONABEDIAN A. “The assessment of need”. In: *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge, Boston: Harvard University Press, 1973, p. 58-77.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1990.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI (FMSN), *Revista da Saúde*, 1995.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI (FMSN). Plano Municipal de Saúde 1994 / 1996.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI (FMSN). Plano Diretor 1998 / 2000.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI (FMSN). Plano Diretor 2001 / 2004.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI (FMSN). Relatório Final da II Conferência Municipal de Saúde.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI (FMSN). Relatório Final da III Conferência Municipal de Saúde, 1999.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI (FMSN). Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde, 2003.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI (FMSN). Relatório de Gestão, 2003.

FRANCO, T.B. & MAGALHÃES Jr. H.M. “Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: *O trabalho em saúde. Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. (Merhy, E.E; Magalhães Jr.H.M; Rimoli, J.; Franco, T.B.;Bueno,W.S.).

São Paulo, editora HUCITEC, 2003, p. 125-133.

GIOVANELLA, L., LOBATO, L.V.C., CARVALHO, A.I., CONILL, E.M., CUNHA, E.M. “Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação”. *Revista Saúde em Debate*, v. 26, n.60, jan./ abr. 2002, p. 37-61.

GITTELL, J.H. & WEISS, L. “Coordination Networks Within and Across Organizations: A Multi-Level Framework”. *Journal of Management Studies*. 41: 1 January, 2004.

GITTONI, R.M. “Privatizar ou Estatizar” - *Revista Saúde em Debate* n 2, jan/fev/mar. 1977, p 33-36.

GOULART, F. *Municipalização: veredas e caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO / CONASEMS, 1996.

JUNQUEIRA, L.A.P. “Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde”. *Rev.Adm. Pública*; 34 (6): 35-45 nov. - dez. 2000.

KEHRIG, R.T. *Integralidade da atenção à saúde: Sua expressão na Organização Tecnológica do Trabalho em Serviços Locais de Saúde*. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

LEVCOVITZ E, LIMA LD, MACHADO CV. “Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas”. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (2), 2001, p. 269-291.

LUCHESE, P.T.R (coord.); NASCIMENTO, A.; COHEN, M.M.; VASCONCELOS, M.M; GARCIA, M. *A Gestão Compartilhada do Sistema Único de Saúde. O Diálogo na Comissão Intergestores Tripartite*. Rio de Janeiro: Escola de Governo em Saúde / FIOCRUZ, 2003.

LUZ, T.M. “Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática”- anos 80”. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 1, número 1, 1991.

MASCARENHAS & ALMEIDA. “O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN):

uma agenda para reflexão”. *Revista Saúde em Debate*, v.26, 60, 2002, p. 82 - 102.

MATTOS, R.A. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. (Pinheiro,R; Mattos, R.A.org) Rio de Janeiro, UERJ, IMS, ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MENDES, E.V. O processo social de distritalização da saúde. s.l; s.n; s.d. 85p

MENDES, E.V. *Os Grandes dilemas do SUS*. Salvador, Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, E.V. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Hucitec / ABRASCO, 1996.

MENDES, E.V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*, São Paulo / Rio de Janeiro, HUCITEC / ABRASCO, 1999.

MENDES, E.V. As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da Reforma Sanitária e a construção da Hegemonia do Projeto Neoliberal. In: *Distrito Sanitário – o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. (Mendes, E.V. org), São Paulo / Rio de Janeiro, HUCITEC / ABRASCO, 1999.

NETO, E.R & BÓGUS, C. M. (org). *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília. Organizações Pan-americanas da Saúde, 2003.

NETO, O.C. O Trabalho de Campo como descoberta e criação. In: *Pesquisa Social - Teoria, método e criatividade*. (Minayo, M.C.S., org.), Petrópolis, Editora Vozes, 6a edição, 1994.

O'DWYER, G.C. A Crise de Financiamento na Saúde. Niterói, mimeo, 1993.

OLIVEIRA, J. A. de A. O “Sistema Nacional de Saúde” – *Revista Saúde em Debate*. n 4 jul/ ago/ set. 1977, p 54-62.

PAIM, J.S. & ALMEIDA. F.N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*.

Salvador, Casa da Qualidade Editora, 2000.

PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: *Epidemiologia & Saúde*. (Rouquayrol, M.Z.org), Rio de Janeiro, MEDSI, 1993, p. 455-466.

PAIM, J. S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: *Saúde e Democracia. A luta do CEBES*. (Fleury, S. org.). São Paulo, Lemos Editorial, 1997, p. 11-24.

PIMENTA, A.L. “O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta”. *Saúde soc.*, São Paulo, 2 (1), 1993, p. 25-40.

PINHEIRO, O.G. Entrevista: uma prática discursiva. In: *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. (Spink, M.J.P. org.). São Paulo, Cortez, 1999.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI (PMN). Implantação do Médico de Família em Niterói: Relato de Experiência. Niterói: Secretaria Municipal de Saúde, Superintendência de Atenção Ambulatorial e Saúde Coletiva, Programa Médico de Família, 1994.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI (PMN). Niterói: Perfil de uma cidade. Secretaria de Ciência e Tecnologia, 1999.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI (PMN). Saúde em Niterói. Compromisso com a vida, s/d.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI (PMN). Fundação Municipal de Saúde / Programa Médico de Família. Folder institucional, s.d.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI (PMN). Secretaria de Ciência e Tecnologia, SECITEC <www.secitec.niteroi.rj.gov.br/principal.html> acessado em 07 de julho de 2004.

ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo, Editora Unesp / ABRASCO/ Hucitec, 1994.

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre história da assistência médica*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

SABROZA, P.C. Concepções sobre saúde e doença. Rio de Janeiro: ENSP / FIOCRUZ, s/d, mimeo.

SABROZA, P.C; Leal, M.C; Buss, P. M. “A Ética do desenvolvimento e a proteção às condições de saúde”. *Cad. Saúde Pública*, vol 8, nº 1, jan. / mar. 1992, p. 88-95.

SÁ, P.K. *A integralidade da atenção no Programa Médico de Família de Niterói / RJ*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRUZ, 2003.

SANTOS, M. Guerra dos Lugares. Áreas inteiras do Brasil têm sido retiradas do controle do país. Especial para a Folha. Publicado em 08/09/99 no caderno Mais! Folha de São Paulo. São Paulo, 1999.

SANTOS, Milton. *O País distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania*. São Paulo, Publifolha, 2002.

SAÚDE E CIDADANIA. Processo de Regionalização / Distritalização - Sistemas Locais de Saúde, Silos / Distritos Sanitários, D.S. <www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_01/04.html> acessado em 15 de janeiro de 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO / Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa / Centro de Vigilância Epidemiológica. Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica. Histórico do Combate às Doenças Transmissíveis no Brasil, 1998.

SILVA Jr., A.G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo, Hucitec, 1998.

SPINK, M. J. & MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. (Spink, M.J.P. org.).São Paulo, Cortez, 1999.

STARFIELD, B. Integralidade da Atenção: quem deveria oferecer o que. In: Atenção

Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 313 -363.

TEIXEIRA, C. F. *Planejamento Municipal em Saúde*. Salvador. ISC, 2001.

TEIXEIRA, C.F.; JACOBINA, R.R.; SOUZA, A.L. “Para uma Análise da Conjuntura Política em Saúde”. *Revista Saúde em Debate*. n 9 jan/fev/mar, 1980, p. 14-20.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM,J.S.; VILASBÔAS, A.L.. “SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde”. In: Ministério da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v.7, n.2, 1998, p. 7-28.

WHO. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde / FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde / IEC, Brasília, 1986, p 11-18.

ANEXOS

- Roteiro de Entrevista com os gestores do sistema municipal

Dados de identificação: nome, formação profissional, cargo, tempo de vinculação ao cargo, tempo de vinculação à secretaria municipal de saúde.

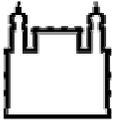
1. No seu entendimento o que é ser um elemento ordenador de rede?
2. O que significa na prática concreta ser o elemento ordenador? Que tipo de estratégias, mecanismos e recursos são utilizados?
3. Quais são os aspectos facilitadores e os obstáculos no cumprimento desse papel?
4. Na sua experiência, você acredita ser necessário um serviço que seja o elemento ordenador da rede?

- Roteiro de Entrevista com o gerente da Policlínica Comunitária

Dados de identificação: nome, formação profissional, cargo, tempo de vinculação ao cargo, tempo de vinculação à secretaria municipal de saúde.

1. No seu entendimento o que é ser um elemento ordenador de rede?
2. O que significa na prática concreta ser o elemento ordenador? Que tipo de estratégias, mecanismos e recursos são utilizados?
3. Quais são os aspectos facilitadores e os obstáculos no cumprimento desse papel?
4. Na sua experiência, você acredita ser necessário um serviço que seja o elemento ordenador da rede?
5. Qual a participação da Policlínica Comunitária na organização da atenção à saúde desta regional?
6. Existem encontros com outras instâncias para discutir a organização da atenção à saúde? Em caso afirmativo, com quais instâncias? Quais têm sido os objetivos desses encontros? Têm sido realizados regularmente?
7. Você utiliza dados sociais, epidemiológicos e de ambiente no planejamento das ações regionais? As informações das fichas de DNV são processadas e consideradas na organização da atenção à criança e à mulher? Quais as facilidades e dificuldades para a utilização desses dados?
8. Como você identifica os problemas de saúde de sua população? E para solucioná-los, há alguma articulação dos diferentes serviços da secretaria de saúde?
9. Quais são as atividades de educação em saúde desenvolvidas na unidade? Elas são regulares? Estão relacionadas a que temas? A partir do que foram formuladas?
10. Como funcionam os fluxos de encaminhamento de sua unidade para outros serviços? Quais os problemas percebidos na referência a outras unidades?
11. Como você organiza o atendimento das solicitações para os pacientes encaminhados pelas unidades da sua região ou de outras regiões de Niterói?
12. Como a Policlínica Comunitária se relaciona com os módulos do PMF? E com as unidades básicas da regional? E com os hospitais?

13. Considerando a adscrição de clientela, qual o percentual da população da área de abrangência cadastrada? Da população regional, qual o percentual coberto pelo PMF?
14. Quais são as estratégias de acolhimento viabilizadas na Policlínica?
15. A atenção prestada considera o trabalho multidisciplinar através da composição de equipes? As mesmas possuem uma prática sistemática de discussão de casos na unidade e / ou entre profissionais de distintos níveis de assistência? Seguem protocolos de atenção para doenças / agravos específicos?
16. Quais atividades de grupo são realizadas? Existem atividades extra-unidade?
17. Como vocês verificam se os usuários estão ou não satisfeitos com os serviços prestados na unidade?
18. Qual o nível de autonomia e de suporte institucional que a Policlínica Comunitária possui para conduzir o planejamento e gestão regional?
19. Em sua opinião, quais elementos são fundamentais para o desenvolvimento das ações de saúde regionais a partir das Policlínicas Comunitárias?



MINISTÉRIO DA SAÚDE



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

SUB-ÁREA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este documento visa solicitar sua participação em entrevista, com roteiro de temas a serem abordados, para o Estudo sobre o papel das Policlínicas Comunitárias no planejamento e gestão das ações integrais de saúde com base no território, projeto de Dissertação de Mestrado para obtenção do título de Mestre em Ciências na Área de Saúde Pública, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, de Maria Luiza Silva Cunha.

Por intermédio deste Termo lhe são garantidos os seguintes direitos:

(1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esse Estudo; (2) sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, local de trabalho; bem como quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal; (3) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum outro documentos oficial, o que será prontamente atendido; (5) desistir a qualquer tempo, de participar da entrevista.

“Declaro estar ciente das informações constantes neste ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação na Entrevista. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre este Estudo, recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar desse Estudo. Fico ciente também que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com o pesquisador/aluno do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública responsável por esse Estudo”.

Niterói, _____ de _____ de 2004.

Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Endereço de Trabalho: _____

Endereço Residencial: _____

Tel: _____

