MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
*ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA*
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
*PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE*

# O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde

por

*Vanessa Costa e Silva*

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de
Mestre em Ciências na área de Saúde Pública
sob orientação do Professor Doutor Francisco Javier Uribe Rivera

Rio de Janeiro, maio de 2004

# EXAME DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde

por

Vanessa Costa e Silva

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professor Doutor Francisco Javier Uribe Rivera (ENSP/Fiocruz)
Orientador

---

Professora Doutora Ligia Bahia (NESC/UFRJ)

---

Professora Doutora Maria Helena Mendonça (ENSP/Fiocruz)

---

Professora Doutora Ivani Bursztyn (NESC/UFRJ)

---

Professora Doutora Virginia Alonso Hortale (ENSP/Fiocruz)

Dissertação defendida e aprovada em: 27/05/2004

## Dedicatória

*Esta dissertação é dedicada a Eugênio Vilaça Mendes pelo conjunto de sua obra e militância em defesa do SUS; seu envolvente otimismo quanto a possibilidade de construção de um Sistema Público de Saúde de qualidade; sua mansidão e mineirice que fazem os maiores problemas se tornarem simples; e por todo o apoio que me concedeu na produção deste trabalho.*

## Agradecimentos

Este é o momento onde as normas técnicas e o rigor acadêmico cedem lugar somente para a emoção...

Sim, tenho muito que agradecer a várias pessoas que me incentivaram no objetivo de morar na Cidade Maravilhosa e estudar nesta escola.

Começo por agradecer à força divina que me tirou de dentro de um carro, no fundo de um rio, me dando uma nova oportunidade de viver e continuar meus sonhos.

Também aos meus pais que sempre estiveram ao meu lado respeitando e apoiando minhas decisões, à Ana que está sempre comigo, minha irmã Fabíola que se tornou minha melhor amiga e companheira e aos 'amigos de antes': Helena, Ana Lúcia, Rita, Arlete, Sara e Pedro, além de Anselmo e Chiquinho, que tornaram possível minha vinda.

Chegando a ENSP tive o privilégio de ser orientada pelo Dr. Javier que conduziu o processo que culminou neste estudo com firmeza, sabedoria e, ao mesmo tempo, a serenidade necessária, tornando-se meu mestre.

Outros professores também de destacaram em minha busca pelo saber e também por palavras acolhedoras: Sheila Lemos, que contribuiu também na qualificação do projeto, Célia Ramos, Virgínia Hortale, Ligia Giovanella e Ana Pacífico.

Agradeço também às professoras Maria Helena e Ligia Bahia pelas preciosas contribuições e participação na banca de avaliação.

Os funcionários da escola também tiveram importante papel no resultado deste trabalho, em especial Marcos e Vânia da biblioteca, Carmem do DAPS, e Gustavo, companhia constante no laboratório de informática.

Sou grata, ainda, ao Pedro Barbosa que me deu boas oportunidades de crescimento profissional.

Mas, em meio a tantos estudos, encontrei 'amigos de agora': Islândia, que me despertou saudáveis instintos maternais, Paula, Flávia, Paulo, Dudu e Otávio.

Amigos de antes, de agora e de sempre...

Além dessas pessoas que compartilharam minha vida nos últimos dois anos, quero ressaltar a importância do meu primo Railer, uma pessoa muito especial, com quem dividi, além da casa, minhas angústias e alegrias.

Família, amigos e mestres. Estaria já muito bom... mas Eduardo entrou em minha vida para torná-la melhor e me fazer uma pessoa melhor. Seu companheirismo, compreensão e amor tornaram essa jornada muito mais fácil.

Enfim...todo trabalho de pesquisa é fruto de muitos encontros durante o percurso. A todos, muito obrigada!!!

## Epígrafe

*A defesa da vida e o compromisso com a vida são valores que nem a mão invisível do mercado, nem a mão pesada do planejamento centralizado e burocrático são capazes de garantir. Valores que, ou vingarão através de empenho, luta, coragem e convicções firmes, ou simplesmente serão suplantados pelo cinismo, pela indiferença, pela estupidez e pelo individualismo mais feroz* (Capistrano Filho, 1995:41).

## Resumo

A construção do Sistema Único de Saúde impõe respostas a vários desafios herdados das políticas sanitárias anteriores e próprios de seu desenvolvimento. Entre eles, destacou-se nesse estudo, a necessidade de busca da integralidade nas ações em saúde através de tecnologias de gestão que reduzam a fragmentação existente entre os diversos serviços cuja lógica é voltada para os eventos agudos das enfermidades e sem garantias de continuidade assistencial.

Nesse sentido, realizou-se um estudo de caso sobre o processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde no município de Vitória – ES, com o objetivo de sistematizar algumas bases teórico-conceituais na perspectiva da gestão e também da microgestão de um sistema integrado que promova a coordenação do cuidado em saúde e identificar, através da análise dos documentos oficiais e da percepção de diversos atores envolvidos, os efeitos, limites, e potencialidades desse projeto como contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde.

Os resultados apontaram para a institucionalização de novas práticas na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, ou mais precisamente, nos profissionais de saúde, demonstrando novas outras possibilidades de microgestão no movimento real da assistência à saúde para a construção da integralidade.

Duas questões se destacaram como limitantes e merecem ser mais exploradas em estudos futuros: o desenvolvimento de uma maior cooperação formal, para além da coordenação informal que existiria hoje, entre indivíduos, equipes ou serviços, através da contratualização nos serviços públicos de saúde, criando-se paulatinamente uma cultura regulatória; e a incorporação, na prática cotidiana, da gestão da clínica, ampliando-se o foco da gestão também para os fins ou resultados.

Nesse contexto, ampliando-se as prescrições da atual Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/02, o SUS poderá desenvolver estratégias essenciais para seu avanço: regulação e regionalização com integração. Isso supõe o envolvimento de todos os profissionais no compartilhamento de metas comuns e mudança na forma de execução das ações. Mudança através de ferramentas gerenciais e também dos valores, novos valores que tragam responsabilização.



Palavras-chave: sistema integrado de serviços de saúde; responsabilização; gestão da clínica; contratualização e integralidade

## Abstract

The present stage of development of the Brazilian Public Health National System raises any challenges: one inherited from the former sanitary policies and the current one. Among the challenges, one can emphasize the search the a more comprehensive health care through management technologies that reduce the existing fragmentation among services. This health services is focused on the acute disease events and does not guarantee the continuity of care.

The purpose of this study is to analyze the construction process of the Integrated Delivery Health System in the city of Vitória – ES to identify the effects and limits through a case study method. This study will systematized some conceptual bases in the management and micromanagement perspective of an integrated system. These bases aim to improve the coordination of health care system. The analysis of the Health System in the city of Vitória hopes to contribute to the debate of the comprehensiveness in health care.

The results of this study identified the institutionalization of new practices in the Vitória's Health Care Department by demonstrating other possibilities of micromanagement in the construction of a comprehensive health care service.

Two questions stand out as a limiting factor and ought to be more explored in future studies: the encouragement for formal cooperation through the use of management contracts in the health public services and the incorporation of clinical governance. The ideia is to stimulate the management models that ensure more internal and external accountability concerning the products and results.

Key words: integrated delivery health system; accountability; clinical governance; management contracts

## Sumário


RESUMO **v**

ABSTRACT **vi**

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS **viii**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS **x**

INTRODUÇÃO **11**

CAPÍTULO I: CONSTITUIÇÃO E EVOLUÇÃO DO SABER E DAS PRÁTICAS DA INTEGRALIDADE NOS SISTEMAS DE SAÚDE

1.1. As dimensões da integralidade na atenção à saúde **18**

1.2. Contextualização do debate: a fragmentação dos sistemas de saúde **20**

1.3. Sistema Integrado de Serviços de Saúde **28**

1.3.1. As singularidades das organizações de saúde **34**

1.3.2. A contratação nos sistemas de saúde **39**

1.3.3. Organizações em rede **43**

CAPÍTULO II: METODOLOGIA

2.1. Caracterização do estudo **48**

2.2. Procedimentos de coleta e análise dos dados **50**

CAPÍTULO III: O MUNICÍPIO DE VITÓRIA E A REGIÃO DE SÃO PEDRO

3.1. Características gerais **56**

3.2. Características do Sistema de Saúde **58**

CAPÍTULO IV: A DINÂMICA DA INCORPORAÇÃO DA INTEGRALIDADE NAS AÇÕES EM SAÚDE

4.1. O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde **66**

4.2. Efeitos do processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde no Sistema Municipal de Saúde **74**

4.3. A integralidade das ações em saúde na Região de São Pedro na perspectiva do Sistema Integrado de Serviços de Saúde **84**

CAPÍTULO V: OS CAMINHOS DO SISTEMA DE INTEGRADO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM VITÓRIA **110**

CONSIDERAÇÕES FINAIS **119**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **125**

ANEXOS **136**

## Lista de quadros, gráficos e figuras


Quadro 1: YLD percentual por grandes grupos de causa, Brasil, 1998. **27**

Quadro 2: Distribuição das USFs de acordo com os bairros, territórios, população e número de equipes de saúde da família, Região de São Pedro, 2003. **62**

Quadro 3: Percentual de acompanhamento principais agravos/condições pelo PSF, Região de São Pedro, Vitória, 2003. **63**

Quadro 4: Média de consultas nas USFs de residentes, por faixa etária, Região de São Pedro, Vitória, 2003. **63**

Quadro 5: Taxa de mortalidade infantil, por mil nascidos vivos, Vitória, 1994 a 2002 **80**

Quadro 6: Percepção dos profissionais das USFs quanto ao trabalho em equipe, Região de São Pedro, Vitória, 2003. **86**

Quadro 7: Total geral de consultas médicas realizadas pelas USFs e total de consultas que derivaram encaminhamentos para atendimento especializado, número absoluto e percentual, Região de São Pedro, Vitória, 2003. **88**

Quadro 8: Formas de encaminhamento de retorno às USFs, realizadas pelos especialistas da Policlínica São Pedro, Região de São Pedro, Vitória, 2003. **95**

Quadro 9 Síntese da análise da integralidade das ações em saúde na perspectiva do Sistema Integrado de Serviços de Saúde na Região de São Pedro, Vitória, 2004. **108**

Figura 1: O ciclo da contratação **42**

Figura 2: Do sistema piramidal hierárquico à rede integrada de serviços de saúde. **45**

Figura 3: Mapa da regionalização da saúde e equipamentos próprios da rede municipal, Vitória, 2003. **60**

Figura 4: Divisão por bairros e territórios de saúde , Região de São Pedro, Vitória, 2003. **62**

Figura 5: O modelo de desenvolvimento da capacidade institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, proposto para a segunda fase de implantação do SISS. **73**

Gráfico 1: Distribuição percentual dos profissionais do nível local que participaram da pesquisa, por categoria, Região de São Pedro, Vitória, 2003. **85**

| | | |
|---|---|---|
| Gráfico 2 | Grau de concordância dos profissionais das USFs quanto à pergunta: *A estratégia de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade?* Região de São Pedro, Vitória, 2003. | **87** |
| Gráfico 3: | Percepção dos profissionais das USFs em relação ao desempenho obtido pela equipe quanto à capacidade de resolução de 80% ou mais dos casos atendidos sem a necessidade de encaminhamento, Região de São Pedro, Vitória, 2003. | **88** |
| Gráfico 4 | Percepção dos profissionais das USFs a respeito de que a maioria da população sob sua responsabilidade reconhece a equipe/unidade como porta de entrada no sistema de saúde, Região de São Pedro, Vitória, 2003. | **89** |
| Gráfico 5 | Percepção dos profissionais das USFs sobre o desempenho obtido pela equipe quanto ao estabelecimento de vínculos com a população da área, Região de São Pedro, Vitória, 2003. | **89** |
| Gráfico 6: | Percepção dos profissionais das USFs em relação ao desempenho obtido pela equipe quanto ao acolhimento de usuários não agendados, Região de São Pedro, Vitória, 2003. | **91** |
| Gráfico 7: | Percepção dos profissionais das USFs quanto à equipe utilizar protocolos de atendimento para doenças específicas, Região de São Pedro, Vitória, 2003. | **92** |
| Gráfico 8: | Percepção dos profissionais das USFs sobre a realização de interconsultas/discussão de casos com especialistas da Policlínica, Região de São Pedro, Vitória, 2003. | **94** |
| Gráfico 9: | Percepção dos profissionais das USFs em relação ao acompanhamento de pacientes hospitalizados, Região de São Pedro, Vitória, 2003. | **102** |
| Gráfico 10: | Percepção dos profissionais das USFs quanto à forma de acompanhamento do paciente hospitalizado, Região de São Pedro, Vitória, 2003. | **102** |
| Gráfico 11: | Percepção dos profissionais das USFs quanto ao acompanhamento das gestantes na maternidade, Região de São Pedro, Vitória, 2003. | **103** |
| Gráfico 12: | Percepção dos profissionais das USFs quanto ao fato da estratégia de saúde da família contar com um sistema de referência e contra referência que permita ampliar a confiança no trabalho e na resolutividade da rede básica, Região de São Pedro, Vitória, 2003. | **105** |

## Lista de abreviaturas e siglas

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS – Atenção Primária em Saúde

CEDOC – Centro de Documentação

COPEMI – Comitê Municipal de Prevenção e Estudo da Mortalidade Materna e Infantil

DAÍ – Departamento de Ações Integrais em Saúde

DAS – Departamento de Administração em Saúde

DASS – Departamento de Assistência à Saúde

GAP – Grupo de Aperfeiçoamento Profissional

GT – Grupo de Trabalho

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEPenf – Programa de Educação Permanente para Enfermeiros

PEPmed – Programa de Educação Permanente para Médicos

PPI – Programação Pactuada Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SESA – Secretaria Estadual de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISS – Sistema Integrado de Serviços de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

# Introdução

Grandes reformas sanitárias e políticas foram realizadas em vários países desde a década de oitenta. Tais reformas se caracterizam pela expansão da economia de mercado, privatização dos serviços públicos, limitação dos gastos sociais, democratização e descentralização dos processos políticos e administrativos.

Esse contexto desencadeou mudanças e inovações na atenção à saúde, em um ambiente carregado de incertezas e turbulências para o desenvolvimento e gestão dos serviços. A eficiência, a qualidade do cuidado, a contenção de custos, a responsabilização dos prestadores da assistência com a qualidade e também com uso dos recursos, e a gestão responsável passam a ocupar lugar de destaque nas agendas nacionais através de um incremento das ações de gestão da atenção à saúde.

No Brasil, não obstante a afirmação da saúde como direito de todos e dever do Estado; a criação do Sistema Único de Saúde; e a preocupação pelo estabelecimento de prioridades e pelo melhor funcionamento dos sistemas assistenciais, importantes questões continuam desatendidas como a equidade e a integralidade nas ações de saúde.

Assim, apesar dos avanços na implementação do SUS, seus princípios orientadores ainda não são realidade no cotidiano dos serviços de saúde. Alguns são mais visíveis, como a universalização, uma vez que o atendimento não está mais condicionado à participação no mercado formal de trabalho e à contribuições prévias, e a descentralização através da adesão dos municípios; outros, ainda distantes, como o controle social e a integralidade, talvez o mais ausente até aqui (Giovanella et al., 2002) e com um conceito pouco trabalhado na perspectiva do planejamento e da organização dos serviços.

Considera-se que 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 às 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).

Entretanto, a legislação não é exaustiva a respeito, nem as sucessivas Nobs (Normas Operacionais Básicas) lograram enfrentar a questão da remodelação dos processos de trabalho no interior do SUS[1], haja vista a grande pressão provocada tanto pela tradição assistencial dos profissionais, quanto pela demanda reprimida por atenção médica (Carvalho, 2001).

[1] A NOAS/02, atual norma em vigor, ainda não foi suficientemente implantada para receber tal avaliação.

Além disso, existem poucos estudos sobre a integração de serviços e processos de mudança organizacional que impulsionem a integração (OMS, 1996).

Ressalta-se que, nos jargões da área de planejamento e gestão de serviços de saúde, o termo 'integração' é mais utilizado quando o foco é a gestão, ao passo que 'integralidade' é mais empregado quando o foco é a atenção à saúde.

Assim, na perspectiva da integralidade, a prática clínica e, conseqüentemente, o planejamento e a gestão dos serviços, devem entender a atenção a um indivíduo como o resultado de um processo onde intervêm distintos profissionais, situados em diversos pontos de atenção à saúde, com densidades tecnológicas[2] diferenciadas.

Essa visão de 'processo' supõe a reorientação da organização das instituições para a busca da integração dos cuidados em todo o sistema sanitário (Pérez Lázaro & Garcia Alegria, 2001), através da conformação de uma rede de serviços mais estruturada de forma a racionalizar e, ao mesmo tempo, maximizar as possibilidades de atendimento.

Portanto, para organizar os serviços rumo à atenção integral, qualificando o SUS, impõe-se a efetivação de uma rede integrada de serviços de saúde em contraposição a um conjunto fragmentado de serviços, programas, ações, e práticas clínicas.

Mas, não é fácil conceber e implantar formas de abordagem integral da saúde em um sistema hegemônico de medicalização, especialização, fragmentação e centrado no hospital. Essa concepção passa pela revalorização da prática clínica e o desenvolvimento de novos paradigmas gerenciais.

Considera-se, nesta pesquisa, o nível local como um espaço privilegiado para minimizar tais dificuldades de reorganização do modelo assistencial, pois, é o espaço concreto de prestação de serviços e de negociação que pode materializar as transformações defendidas pelo SUS.

A municipalização do sistema sanitário brasileiro, como expressão desse espaço, *tem propiciado importantes inovações institucionais, seja na organização dos serviços de saúde, seja na incorporação e/ou desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS* (Pinheiro, 2003:8).

O município passa a ser território de formulação de políticas e não apenas de sua execução, um espaço social que se produz na disputa pela identificação de

[2] O termo 'níveis de complexidade' é aqui substituído por 'níveis de diferentes densidades tecnológicas' pois se entende que este termo contribui para a qualificação e horizontalização de todos os profissionais e serviços de saúde, sejam eles 'básicos ou complexos'. O termo 'complexidade' reforça o modelo hospitalocêntrico e, em nada contribui para a construção da integralidade.

problemas e proposição de novas formas de produção no campo da saúde. Assim, o SUS vai se institucionalizando em municípios que contribuem para o fortalecimento do Estado, nos governos implicados com mudanças.

Para que a integralidade nas ações de saúde não fique só no desejo, tornando-se utopia, faz-se necessário analisar as práticas locais, não como deificação de idéias, mas sim de construção permanente de novas outras possibilidades que permitam conhecer o real valor na prática de certos conceitos universais.

Nesse sentido, propõe-se o estudo de uma experiência concreta, qual seja, a análise da implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS), denominado Projeto Integrar, no município de Vitória - ES.

Esse projeto norteia a construção de uma *rede integrada de pontos de atenção*[3]*, organizada pela atenção primária à saúde, que presta uma assistência contínua a uma população definida - no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo - e se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a esta população* (Mendes, 2002 a: 15).

Pretende-se, com esse estudo, sistematizar algumas bases teórico-conceituais sobre a integralidade em saúde, na perspectiva da gestão e organização de uma rede integrada que promova a coordenação do cuidado[4] em saúde; descrever o processo de construção e implantação do SISS no município de Vitória; e analisar os efeitos, limites e potencialidades desse projeto na construção da integralidade das ações em saúde no município como um todo e especificamente na Região de São Pedro, através de análise documental e da percepção de diversos atores envolvidos.

O acesso aos serviços, condição fundamental para o alcance da integralidade, não será problematizado neste trabalho. O objetivo é ir um pouco além, entendendo o fluxo do usuário quando este já teve acesso à porta de entrada do sistema de saúde, especificamente, neste caso, através do Programa de Saúde da Família.

A escolha envolve vários fatores, entre eles a inovação conceitual/operacional trazida pelos SISS e o fato desta autora ter vivenciado momentos importantes do processo político - organizacional desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Vitória nos últimos oito anos. Tal fato suscitou a necessidade de se

[3] *O conceito de ponto de atenção à saúde é central na discussão da organização da prestação de serviços de saúde e significa um lugar onde se presta um serviço, articulado por uma singular função de produção. Como exemplos: unidade de cuidados intensivos,unidade de cuidados semi-intensivos, hospital/dia, ambulatório de cirurgia, ambulatório de atenção primária à saúde, ambulatório de atenção médica especializada, atenção domiciliar, etc.* (Mendes, 2002b:54).

[4] Atributo do sistema de saúde que deve assegurar a provisão e a conexão de uma combinação de serviços de saúde e informação de encontro às necessidades do usuário (Donaldson et al., 1996).

apreender o princípio da integralidade na perspectiva da organização das práticas em saúde, identificando limites e potencialidades para sua operacionalização.

Este estudo quer contribuir, ao analisar um caso concreto, para diminuir a lacuna entre a produção teórica sobre a integralidade e a prática dos serviços. As inquietações que orientam esta pesquisa se originaram na prática de gerência de um sistema local e a ela retornará sob a forma de reflexão dos processos de trabalho em saúde.

Buscando facilitar o entendimento sobre o tema, a dissertação está dividida em cinco capítulos.

O primeiro apresenta as bases teórico-conceituais que contribuem para um aprofundamento sobre o tema da integralidade nas ações de saúde e sobre a concepção de Sistema Integrado de Serviços de Saúde.

Nesse sentido, realiza-se inicialmente uma aproximação ao conceito de integralidade, através da concepção de diversos autores. Em síntese, esta deve ser percebida em duas dimensões: uma individual, relacionada à intensidade do cuidado no ato de atenção à saúde; e outra sistêmica ou temporal, relacionada a uma atenção contínua, através de ações articuladas em rede que promovam a coordenação do cuidado entre os diversos serviços de saúde. Essa última é a dimensão analisada neste trabalho.

Em seguida, faz-se uma contextualização do debate sobre a conformação de sistemas de saúde fragmentados, bem como suas bases históricas e desafios a serem enfrentados para o alcance da integração, enfocando-se aqueles relacionados à coordenação e gestão[5].

Ainda nesse capítulo, define-se o que é um SISS e as tecnologias de gestão da clínica necessárias à sua condução. Algumas questões importantes para sua operacionalização são sistematizadas, como a necessidade de se conhecer as exigências para a conformação de redes; a importância da atenção básica como centro articulador do sistema de saúde; e o conhecimento das singularidades das organizações de saúde para que o gerenciamento dos diferentes processos de trabalho, necessários para a efetivação de um sistema integrado, esteja adequado às suas características.

O segundo capítulo versa sobre a caracterização do estudo, definição do local e os procedimentos utilizados para a coleta e análise dos dados. As limitações do desenho

[5] O termo 'gestão', nas Normas Operacionais do SUS, relaciona-se aos sistemas de serviços enquanto 'gerência' refere-se somente aos serviços. Assim, este estudo utiliza predominantemente o termo 'gestão', pois tem como foco a integração no sistema de serviços de saúde. Apoia-se também na definição da OMS para a qual gestão é a capacidade de "responder às necessidades e demandas e representações da população, em determinada sociedade e determinado tempo".

do método escolhido, bem como aquelas encontradas no desenvolvimento da pesquisa complementam este tópico.

O próximo capítulo caracteriza o município de Vitória e a Região de Saúde de São Pedro quanto às questões geográficas, demográficas, sócio-econômicas, epidemiológicas e sanitárias e também quanto à produção e organização do sistema de saúde.

No quarto capítulo procede-se à apresentação e discussão dos resultados da pesquisa e análise da dinâmica de incorporação da integralidade, na rede municipal de saúde e mais detalhadamente na Região de São Pedro, com a implantação do SISS.

O quinto capítulo é destinado à análise dos caminhos do SISS, no município de Vitória, e à formulação de uma agenda que supere os limites encontrados para a sua consolidação.

Em seguida, esse estudo é finalizado com algumas considerações e ampliações das observações para o âmbito de todo o SUS.

# Capítulo I: Constituição e evolução do saber e das práticas da integralidade nos Sistemas de Saúde

> *Autocuidado, atenção familiar e outros cuidados informais, bem como o trabalho de uma variedade de instituições sociais, necessitam ser postos em estreito contato com os serviços formais de saúde. Isso requer comunicação contínua e sistemas de referência e informação apropriados. Estratégias bem desenhadas são necessárias para levar a atenção hospitalar aguda para a atenção primária à saúde, a atenção comunitária, o hospital/dia e a atenção domiciliar, aonde seja necessário* (WHO, 1996).

## 1.1. As dimensões da integralidade na atenção à saúde

A integralidade é uma diretriz do SUS descrita no artigo 198 da Constituição Federal e especificada em diversas passagens da Lei 8.080/90.

> *Art.198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. participação da comunidade* (Brasil, 1988).

> *Lei 8080/90: Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema* (Brasil, 1990).

No entanto, seu conceito extrapola esse arcabouço juríco-institucional envolvendo também concepções de solidariedade e cidadania.

Segundo Furtado & Tanaka (1998), o conceito de assistência integral engloba cinco dimensões, isto é, valores: o ser humano como centro da atenção e não a doença; o ser humano ou o grupo concebido em sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis dos serviços de saúde; o tratamento diferente para quem está numa situação desigual; e a interferência nas condições gerais de vida da comunidade.

Observa-se que a visão desses autores é permeada por outros conceitos como a eqüidade, intersetorialidade e a própria concepção da determinação social do processo saúde-doença. Reforça as acepções de Mattos (2001), para o qual a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, mas um indicador da direção que se deseja imprimir ao sistema de saúde e parte de uma "imagem-objetivo" que se relaciona com uma sociedade mais justa através de um conjunto de valores e sentidos.

Estes valores e sentidos correspondem a uma visão mais abrangente das necessidades dos usuários no nível da relação entre estes e os profissionais; à proposta de ações programáticas horizontalizadas e abertas à assimilação de necessidades que não estavam 'previstas' na organização das práticas; e à formulação de respostas governamentais a certos grupos ou problemas de saúde específicos, envolvendo ações preventivas e também assistenciais, como a política de saúde para o enfrentamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Essas conceituações, ainda no campo teórico, envolvem maneiras mais ou menos complexas de se ver o indivíduo e de que modo pode ser abordada sua saúde, como pode ser observado nesta afirmação de Mattos (2001:61): *a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.*

Para Teixeira (2003), e esse conceito é aqui assumido, a integralidade também é considerada um princípio que aponta para uma "imagem objetivo" dos sistemas de saúde, enquanto a integração é um processo de mudança organizacional, recomposição de práticas e/ou redefinição dos objetos, sujeitos, meios e relações de trabalho.

Nessa mesma perspectiva menos teórica e mais operacional, Giovanella et al (2002) construíram um conceito de integralidade associado à gestão de sistemas de atenção à saúde, composto por quatro dimensões que permitiriam o desenvolvimento de critérios operativos de avaliação:

- Primazia das ações de promoção e prevenção, uma vez que a gestão do sistema deveria ser orientada para a valorização dos determinantes gerais/sociais das condições de saúde. Esse conceito extrapola a atuação setorial e encontra solo fértil na intersetorialidade, definida por Junqueira (1998:14) como a articulação *de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas visando ao desenvolvimento social*;

- Articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação através de uma integração organizacional e programática entre os setores de assistência individual e os setores de ações coletivas;

- Garantia de atenção em todos os níveis de diferentes densidades tecnológicas da assistência à saúde (plano sistêmico);

- Abordagem integral dos indivíduos e famílias considerando-se, além das questões biológicas, também suas dimensões psico-afetivas e sociais (plano individual).

Assim, a integralidade envolve tanto o modo de produção das ações, isto é, a micropolítica dos processos de trabalho no interior de cada ponto de atenção à saúde,

quanto a organização e a articulação dos serviços de saúde em rede – esfera macropolítica.

É importante uma mudança gradativa de atitudes em favor da colaboração, pois, a todo o momento, se produz uma interação entre forças dinâmicas favoráveis e contrárias à integração. Torna-se necessário explorar e aproveitar as oportunidades favoráveis para, gradativamente, se consolidar um sistema de saúde onde a integralidade seja uma diretriz e também objetivo final.

## 1.2. A fragmentação dos sistemas de saúde

O século XX inicia-se em um ambiente de progressos nas ciências biológicas através do descobrimento da etiologia de diversas doenças, como sífilis, difteria, tuberculose, e de um intenso desenvolvimento tecnológico, que contribuiu para novas teorias sobre prevenção da doença e organização dos sistemas de saúde. Reflexões sobre os problemas de saúde pública da Europa e dos Estados Unidos trouxeram propostas de organização dos serviços de saúde e reformulações do currículo médico.

Dois documentos publicados nesse contexto são considerados, aqui, como marcos institucionais da integralidade das ações de saúde: o Relatório Flexner, em 1910, nos Estados Unidos da América e o Relatório Dawson, em 1920, na Inglaterra. Esses documentos referentes à atenção médica são antagônicos sendo o primeiro responsável pela institucionalização da antiintegralidade e o segundo considerado sua antítese (Castro, 1991; Novaes, 1990).

O Relatório Flexner foi resultado de uma pesquisa sobre as escolas de medicina nos Estados Unidos e Canadá tendo enorme impacto, até hoje, no ensino médico desses países e, conseqüentemente, dos países da América Latina (Flexner, 1910).

O modelo flexneriano introduz como paradigmas a necessidade de uma formação sólida nas ciências básicas; a excelência técnica das escolas médicas; a formação de uma elite profissional – inclusive determinando o fechamento de cinco das sete escolas para negros; a pouca relevância dos aspectos preventivos e promocionais da saúde; e a ênfase na aprendizagem intra-hospitalar e na especialização. O corpo humano é considerado uma máquina composta de partes individualizadas que adoecem e o paciente considerado uma abstração à parte da coletividade e sem correlação com seu contexto social.

Percebe-se, nesses conceitos, a reprodução do pensamento cartesiano na medicina ocidental através da visão dicotomizada e fragmentada do ser humano. Essa

visão foi conceituada por Mendes (1995) como "medicina científica", sendo esse relatório um dos principais instrumentos de consolidação dos seus elementos estruturais: mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato médico e ênfase na ação curativa. Tal movimento gerou, entre outras coisas, o culto à doença e a devoção à tecnologia.

O sucesso do Relatório Flexner deveu-se a um contexto de associação entre o grande capital, a corporação médica e as universidades; aos investimentos maciços de recursos financeiros pelas fundações americanas na sua implementação; e à tomada da Associação Médica Americana pelos médicos cientistas.

Paralelamente aos desdobramentos do Relatório Flexner ocorreram, na Europa, fatos que indicaram a permanência de alguns resquícios de uma visão integral do ser humano como a publicação, na Inglaterra, em 1911, do primeiro livro de Patologia Social; a incorporação neste país de médicos generalistas que utilizavam inclusive prontuários contínuos; e o desenvolvimento da teorização sobre Medicina Social na Europa Oriental e Central (Castro, 1991).

Em 1920, foi publicado, na Inglaterra, o Relatório Dawson considerado como um esboço da institucionalização da integralidade nas ações em saúde, uma vez que suas recomendações evidenciam uma opção não elitista e coletiva ao contemplar a saúde da população como um todo, através de medidas como (OPAS, 1964):

- adequação da oferta do conhecimento médico à população;
- organização dos serviços de saúde em função das necessidades da comunidade;
- ênfase no trabalho conjunto e integrado em detrimento das ações individuais;
- coordenação institucional única do processo de atenção à saúde;
- fim da dicotomia entre medicina preventiva e curativa e medicina comunitária e individual;
- valorização do médico generalista na organização dos serviços e das atividades realizadas fora das unidades de saúde.

Sobre esse relatório, Novaes (1990: 24) faz uma leitura bastante apropriada:

> *A racionalidade do modelo Dawson é observada na nítida hierarquização e disciplina institucional. Essa, porém, sofre resistências permanentes por parte dos médicos, principais atores do sistema, porque a proposta limita suas ações e impede que executem suas atividades independentemente do sistema de serviços, conforme o*

> *modelo flexneriano, que estimula a individualidade e a relação absoluta e direta entre o médico e sua clientela, sem intermediação do governo.*

As bases conceituais desses dois relatórios continuam tendo influência nos modelos assistenciais de saúde da América Latina, sendo o modelo flexneriano o mais difundido, pois continua sendo hegemônico nas escolas médicas.

Essa grande repercussão do Relatório Flexner é um dos motivos pelos quais, durante o século XX, os sistemas de serviços de saúde enfatizaram o tratamento médico agudo, privilegiando as consultas médicas e as internações hospitalares, em detrimento dos serviços preventivos, da atenção de longa duração a pacientes crônicos e da atenção domiciliar. Cada ponto de atenção à saúde foi organizado de forma separada, sem uma interligação de toda a rede de serviços, resultando em um sistema fragmentado (Zitter, 1996).

Essa fragmentação caracteriza-se por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório e ausência de integração entre os pontos de atenção à saúde. A fragmentação acontece, ainda, entre os sistemas clínico e administrativo de uma organização de saúde e entre o sistema de saúde e de assistência social.

As pessoas que utilizam, necessariamente, o SUS (80% da população) têm que montar, na prática, o seu *menu* de serviços, buscando onde for possível o atendimento, por sua conta e risco. O que acontece então é uma atenção incompleta, insuficiente e inadequada para um número grande de usuários do sistema (Cecílio, 1997a).

Entre as debilidades induzidas pela fragmentação dos sistemas de saúde encontram-se: o foco na doença ou na prevenção individual; a ausência de responsabilização pela saúde de uma população; a divisão do curso de uma doença em partes que não se comunicam; e a sobrevalorização, inclusive financeira, dos pontos de maior densidade tecnológica com indução da demanda pela oferta de serviços (Mendes, 2001a).

Nesse contexto, as organizações sanitárias se baseiam em serviços cada vez mais especializados produzindo numerosos problemas de integração, coordenação entre os próprios profissionais e continuidade da atenção aos pacientes (Pérez Lázaro & Garcia Alegria, 2001).

Além disso, uma questão importante é a orientação dos sistemas fragmentados para a atenção às condições agudas em detrimento das crônicas (Mendes, 2002 a).

As condições crônicas caracterizam-se por manifestação gradual, duração indefinida, causas múltiplas que podem mudar ao longo do tempo e intervenções

tecnológicas usualmente não decisivas. O resultado não é somente a cura e sim o cuidado, as incertezas estão presentes e o conhecimento deve ser compartilhado por profissionais e usuários de forma complementar (*ibidem*). Por definição deverá ter um ciclo superior a três semanas, portanto podem envolver tanto as doenças crônicas quanto outras como a tuberculose, hanseníase e AIDS (WHO, 2001).

O Sistema de Saúde Brasileiro também se estruturou de forma fragmentada. A expansão da assistência médica, no início da década de sessenta, através da previdência social, consolidou um padrão de atenção à saúde essencialmente hospitalar e curativo, ou seja, voltado para os eventos agudos das enfermidades, havendo assim uma articulação do Estado com os interesses do capital internacional através da expansão da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares (Nunes, 1985).

Uma característica importante desta política de saúde, forjada durante o regime militar até meados da década de oitenta, foi a fragmentação organizacional induzida pela centralização na esfera federal, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, das ações e serviços de assistência médica de base hospitalar dissociados das ações de promoção e prevenção da saúde que eram responsabilidades do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais.

Assim, nessa época, a estrutura de prestação de serviços à saúde estava constituída por seis segmentos (Silva, 2003):

- o "previdenciário", envolvendo estabelecimentos próprios do Inamps e contratados no setor privado;
- o "médico sanitário" vinculado ao Ministério da Saúde o qual mantinha uma rede própria de unidades ambulatoriais e hospitalares para ações específicas como combate ao câncer e atendimento psiquiátrico, e a rede da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública que atendia, com ações de saneamento básico e assistência médica, às regiões mais distantes e pobres do país;
- o segmento dos "hospitais universitários" vinculado ao Ministério da Educação;
- o segmento das "forças armadas e do funcionalismo público" com uma rede própria de hospitais e ambulatórios;
- o segmento "estadual e municipal da atenção médico-hospitalar e de saúde pública", composto por centros de saúde e unidades de emergência nos locais de maior porte e condição econômica;

- o "privado autônomo" voltado inicialmente para a população de alto poder aquisitivo, mas que cresceu rapidamente através da assistência médica suplementar.

Ainda segundo Silva (*ibidem: 72*), isso implicou na *estruturação de uma rede de atendimento (...) implantada sem que fossem considerados os critérios de regionalização, sistemas de referência e mecanismos de integração, complementaridade e coordenação do atendimento.*

Portanto, a política de atenção à saúde enfatizou as ações curativas baseadas na atenção hospitalar, com custos crescentes de forma exponencial e serviços desarticulados, sem mecanismos de ordenamento da oferta e, principalmente, da demanda e sem a primazia necessária dos serviços de promoção e prevenção.

Somente no final da década de oitenta, nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, a integralidade é considerada necessária à qualidade de um sistema de saúde. Embora sua presença na lei 8.080 do SUS tenha sido uma conquista, houve pouco avanço em sua operacionalização e na prática, o que se constata é a consagração, ainda, de um modelo de organização dos serviços de saúde baseado na medicina flexneriana[6].

A despeito da complexidade dos problemas supracitados, é possível identificar elementos continuamente implementados, através da política de saúde, que intencionam o cumprimento dos princípios do SUS. Entre outros, cabe analisar a contribuição do processo de descentralização político-administrativo das ações em saúde através da municipalização; e da edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/02 para a arquitetura de um sistema regionalizado de saúde.

O processo de municipalização do sistema de saúde ganhou força após a realização da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1992, cujo tema foi "A municipalização é o caminho", já que havia uma grande centralidade das ações no nível federal, fruto da cultura 'inampsiana'.

Impulsionado pela edição das Normas Operacionais Básicas que se seguiram, houve uma expansão da rede de serviços municipais de saúde, fortalecimento da capacidade institucional nos estados e nos municípios e uma expressiva transferência direta de recursos federais para estados e municípios.

[6] Esse modelo é freqüentemente chamado de 'hospitalocêntrico', mas é, de fato, 'agudocêntrico' já que sua característica essencial é voltar-se para a atenção a eventos agudos. O hospital é apenas o equipamento-símbolo do cuidado às condições agudas.

Por outro lado, surgiram problemas. Dentre eles destacam-se as dificuldades de gestão eficaz, a difusão das responsabilidades pela saúde dos cidadãos, o incremento dos custos de administração do SUS, a atomização dos serviços com deseconomias de escala e de escopo, a incorporação tecnológica irracional, a imposição de barreira de acesso a usuários e a baixa qualidade dos serviços (Mendes, 2004a).

A Microrregião de Baturité, composta por oito municípios, no Ceará, é um exemplo da fragmentação causada pela forma adotada de municipalização: há oito hospitais que operam com uma taxa média de ocupação leitos de 22%; há sete aparelhos de ultra-sonografia quando seriam suficientes apenas dois; e há oito laboratórios de patologia clínica operando em deseconomias de escala e sem controle de qualidade (Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, 2000).

A NOAS SUS/02, de 27 de fevereiro de 2002 foi editada para superar esses problemas ao propor a organização de grupo de municípios em uma rede funcional regionalizada – módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões – com base em territórios auto-suficientes em atenção primária à saúde, em atenção mínima de média complexidade, em atenção de média complexidade e em atenção de alta complexidade (MS, 2002a).

Essa norma transferiu o foco descentralizatório da municipalização para a regionalização, cuja condução ficou a cargo das secretarias estaduais de saúde, estabelecendo diretrizes para a organização regionalizada da assistência através da Programação Pactuada e Integrada (PPI); e instituiu novos critérios e novas formas de habilitação de estados e municípios. Além disso, ampliou o conceito de atenção básica à saúde e incrementou o espectro dos recursos federais transferidos *per capta* aos estados e municípios (MS, 2002a).

Apesar dos aspectos positivos, a operacionalização da NOAS/02 tem sido complexa principalmente pelas dificuldades de pactuação de referências intermunicipais necessária à habilitação das microrregiões de saúde. As limitações da capacidade de planejamento e coordenação das secretarias estaduais de saúde e ausência de uma cultura regulatória própria coerente com os princípios do SUS são alguns motivos das dificuldades apontadas.

Soma-se a isto o fato de que as normas, por mais discutidas e negociadas que sejam em sua concepção, não resolvem por si mesmas todos os conflitos de interesses dos diversos atores do SUS.

É importante ressaltar que essa norma, assim como as anteriores, consolida o foco na gestão da oferta e não da demanda[6], quando vincula a habilitação dos municípios à existência física dos equipamentos de saúde em seu território. Isso é que define a gestão plena municipal e a gestão plena da atenção básica ampliada.

Além disso, ao instituir o módulo assistencial, exigindo que nesse espaço se ofereça certos exames de patologia clínica, de radiodiagnóstico, de ultra-sonografia e de atenção hospitalar em clínica médica, pediátrica e obstétrica, pode levar a um incremento da fragmentação dos serviços de saúde no SUS. Do que deverá resultar maior ineficiência e menor qualidade de serviços (Mendes, 2004a).

A visão da gestão da oferta das normas operacionais leva a uma lógica política de investimentos em serviços de saúde, onde o importante é dispor do maior número de unidades de saúde no território municipal, especialmente os equipamentos de maior visibilidade política, os hospitais (*ibidem*).

No entanto, a instituição de um lócus microrregional nos sistemas de serviços de saúde poderá compatibilizar escala e proximidade com as necessidades da população, permitindo a transição de uma regionalização político-administrativa para uma regionalização funcional-assistencial.

Segundo Teixeira (2002:159), *o processo de organização dos sistemas microrregionais de saúde constituirá um espaço privilegiado de experimentação e análise dos limites e possibilidades destas propostas.*

Assim, apesar dos avanços, o SUS ainda organiza seus serviços no âmbito microeconômico de forma fragmentada, voltada para a atenção a eventos agudos e para a gestão da oferta.

Essa fragmentação aliada à variabilidade da prática clínica induziu, nos Estados Unidos, algumas manifestações objetivas em um ano: o cidadão americano que apresenta condição crônica é visto, em média, por oito diferentes médicos; 20 milhões de americanos recebem informações contraditórias de seus médicos; o tratamento inadequado das doenças cardíacas resulta em 18 mil mortes desnecessárias; e a terceira causa de mortes no país são os eventos adversos das intervenções de saúde (Institute of Medicine, 2001).

Além disso, nesse mesmo país, o tratamento inadequado do diabetes resulta por ano em: um milhão de incapacitados totais; 145 mil mortes prematuras;

[6]Apesar de ter o foco na gestão da oferta, deve-se considerar o avanço da NOAS/02 no financiamento relacionado à gestão da demanda quando propõe o aumento do repasse federal *per capita* através da ampliação do Piso da Atenção Básica – fixo e da inclusão do primeiro nível da média complexidade nesta forma de repasse.

desenvolvimento de doenças cardiovasculares em 58% dos diabéticos e de nefropatia em 25% e amputação de extremidades em 15% desses pacientes (*ibidem*).

Os custos dessa prática também não podem ser desprezados, um único episódio de internação por diabetes corresponde a uma atenção contínua ambulatorial de 10 a 20 diabéticos durante um ano (England et al, 1997 *apud* Mendes, 2001a).

Sabe-se que as mudanças demográficas, especialmente aquelas decorrentes do envelhecimento da população, e epidemiológicas estão produzindo um incremento relativo da carga das doenças crônicas e da população idosa, que requer mais cuidados em saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde a participação das condições crônicas na carga total das doenças aumentará de 51,5% em 1990 para 78% em 2020 (WHO, 2001).

Nesse mesmo sentido, o Projeto Carga de Doença realizado pela FENSPTEC em seu subcomponente de morbidade ou anos vividos com incapacidade – YLD (*years lived with disability*) revelou que o grupo das doenças não transmissíveis correspondeu há 74,7% das causas de morbidade no Brasil, no ano de 1998, conforme quadro a seguir (FENSPETEC, 2002):

Quadro 1 – YLD percentual por grandes grupos de causa, Brasil 1998.

| Grupo de Causas | % |
|---|---|
| I – Doenças infecciosas, parasitárias, maternas, perinatais e nutricionais | 19,8 |
| II – Doenças não transmissíveis | 74,7 |
| III – Causas Externas | 5,5 |

Fonte: FENSPETEC

Por tudo isso, Mendes (2002 a:20) afirma que:

> *É importante a organização de sistemas de serviços orientados para a atenção a condições crônicas, evidentemente com garantia de atendimento às urgências e emergências, através de um enfoque sistemático e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos que se manifestam ao longo da evolução de uma condição ou doença(...), através de uma rede integrada dos pontos de atenção à saúde que presta uma atenção contínua.*

Assim, a valorização crescente do cuidado em saúde é uma estratégia imprescindível para um sistema de serviços voltado para as condições crônicas. A utilização do termo 'cuidado' em saúde e não 'cura' imprime um valor de aproximação aos sentidos da integralidade.

A Região Européia da Organização Mundial de Saúde propõe que a saúde seja vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo desta (Starfield, 2002). E a noção de cura deve estar ligada ao aumento da capacidade de autonomia do paciente/sujeito, melhorando seu entendimento do próprio corpo, da doença e de suas relações com o meio social. Portanto, temas como vínculo, acolhimento e autocuidado se tornam essenciais ao exercício moderno da clínica (Campos, 1997).

Por tudo exposto acima, sem mudanças nos pressupostos e paradigmas que orientam o modelo assistencial brasileiro não se podem esperar respostas satisfatórias aos problemas do dia-a-dia que ocorrem na interação da população com os serviços de saúde.

## 1.3. Sistemas Integrados de Serviços de Saúde

> *Os governos devem formular políticas e planos de ação para estabelecer a atenção primária à saúde como parte de um sistema nacional de saúde integrado e em coordenação com outros setores.*
> Declaração de Alma Ata – 1978

Os Sistemas integrados de Serviços de Saúde propõem a reestruturação do modelo sanitário vigente através de uma oferta integrada de serviços em vários pontos de atenção à saúde, para uma população definida[7]. Esta integração, orientada pela atenção básica, acontece por meio de tecnologias de gestão da clínica possibilitando a continuidade do cuidado em saúde.

Esses sistemas integrados começaram a ser desenvolvidos recentemente, mas têm origem remota. Derivam das propostas de atenção hierarquizada e regionalizada do Relatório Dawson e de experiências internacionais, principalmente, o movimento universal de desospitalização – como a reforma psiquiátrica, a viragem ambulatorial canadense, a substituição européia e a atenção gerenciada americana. Essas experiências foram adaptadas para implantação em um sistema de saúde público e universal como o SUS (Mendes, 2001a).

A instituição dos SISS implica em mudanças profundas na forma convencional que prevalece na organização sanitária. Essas mudanças vão da cura ao cuidado; da

[7] Não se utiliza, aqui, o termo freqüentemente empregado 'adscrição de clientela' pois segundo Houaiss & Villar (2001) 'adscrição' refere-se à *condição do que está dependente; sujeição, submissão* e não é esse o valor que se deseja imprimir na orientação do sistema de saúde. A definição da população de referência em um sistema local de saúde deve envolver um amplo processo de mobilização social.

atenção hospitalar à atenção ambulatorial; da intuição clínica à evidência; da liberdade clínica total a uma liberdade restringida por protocolos clínicos; da atenção primária inexistente ou ineficaz à atenção primária eficaz, como porta de entrada do sistema e da exclusividade dos cuidados profissionais à gestão colaborativa do autocuidado entre outros (SEMUS, 2001a).

Os Sistemas Integrados de Serviços de Saúde estão ancorados nos conceitos de integração horizontal e vertical.

A integração horizontal ocorre quando duas ou mais instituições, que produzem os mesmos serviços ou serviços que podem substituir-se uns aos outros, se juntam tornando-se uma instituição única ou uma aliança interinstitucional, com o objetivo de ganho de escala e de melhoria da qualidade dos serviços.

A integração vertical acontece quando se comunicam diferentes pontos de atenção à saúde de um sistema de serviços. Exige, pois, que a atenção hospitalar, a atenção ambulatorial especializada, a atenção primária à saúde, a atenção em centros de enfermagem, a atenção domiciliar, o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, o sistema de assistência farmacêutica etc., estejam coordenados e comunicados entre si, constituindo uma rede de atenção contínua aos usuários do sistema.

Essa integração vertical acontece através da gestão da clínica, que é um sistema de coordenação dos diversos pontos de atenção à saúde através do uso de instrumentos adaptados da atenção gerenciada (Mendes, 2001a). Juntamente com a avaliação tecnológica em saúde e a contratação nos serviços de saúde, a gestão da clínica contribui para a supervisão regulatória nos sistemas de saúde.

A gestão da clínica compõe-se de ferramentas de gestão assistencial que detalham os passos necessários na atenção e cuidado de pacientes com um problema de saúde específico, descrevendo o curso clínico esperado em 75 – 80% dos casos. Delineia todas as atividades a serem desenvolvidas – o que fazer, os responsáveis – quem e os tempos – quando. É expressão de uma seqüência temporal ótima de intervenções de profissionais de saúde para um procedimento terapêutico ou diagnóstico concreto, desenhadas para maximizar a qualidade dos cuidados levando em conta o progresso esperado do paciente em cada momento (Julio, 2002).

Surge da necessidade de incrementar a base científica das decisões clínicas, do uso racional da tecnologia diagnóstica e terapêutica, do estudo e controle da variabilidade da prática clínica e da melhoria da continuidade assistencial (Pérez Lázaro & Garcia Alegria, 2001).

A governança clínica, como é chamada pelos ingleses, tem sido desenvolvida desde 1997 como um novo sistema para a melhoria do padrão das práticas clínicas, compreendendo seis elementos: educação, auditoria clínica, efetividade clínica, gestão de risco, pesquisa e desenvolvimento e transparência (Starey, 1999). Define o mecanismo através do qual as organizações do sistema de saúde inglês devem se responsabilizar por uma melhoria contínua da qualidade dos serviços e dos padrões de atenção à saúde, criando um ambiente de excelência e busca contínua de qualidade (Donaldson, 2000; Walshe et al, 2001).

Os instrumentos de normalização dos processos de trabalho em saúde constituem a base da gestão da clínica, um novo campo da microgestão dos serviços de saúde destinado a assegurar que padrões clínicos ótimos sejam alcançados e que sejam constantemente aperfeiçoados para melhorar a qualidade das práticas clínicas (Department of Health, 1998).

A gestão da clínica envolve tecnologias de microgestão como a gestão de patologia, gestão de caso, perfilização clínica, auditoria clínica e listas de espera (Mendes, 2002b), que se assentam nesses instrumentos de normalização, construídos com apoio da medicina baseada em evidências.

Serão descritas a seguir as tecnologias mais relacionadas ao estudo em questão.

- **Os instrumentos de normalização dos processos de trabalho em saúde**

Há dois tipos principais de instrumentos de normalização dos processos de trabalho na saúde: as linhas-guia (*guidelines*) e os protocolos clínicos[8] (Mendes, 2004b).

As linhas-guia são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação à determinada condição ou patologia, realizadas de modo a normalizar todo o processo ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as ações de prevenção primária, secundária e terciária, e por todos os pontos de atenção de um sistema integrado de serviços de saúde (*ibidem*).

As linhas-guia normalizam o processo de atenção em todos os serviços, obedecendo à ação coordenadora da atenção primária à saúde. Por essa razão, as linhas-guia são o instrumento fundamental da tecnologia de gestão de patologias.

[8] Alguns autores mencionam um terceiro instrumento, as vias clínicas (*clinical pathways*) que são recomendações que se aplicam, geralmente, a pacientes internados em hospitais ou hospitais/dia e que consideram as ações referentes a cada dia de internação e critérios de alta (Cochrane, 2001).

Os protocolos clínicos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a assistência apropriada em relação a partes do processo da condição ou patologia e em um determinado ponto de atenção à saúde. Seu desenvolvimento representa um caminho de ligação entre avaliação tecnológica e garantia de qualidade dos serviços.

Por exemplo, a normalização da atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, ao longo de todos os pontos de atenção à saúde, é feita através de uma linha-guia; o detalhamento do diagnóstico e tratamento da toxoplasmose – uma parte de todo o processo - é feito por um protocolo clínico.

Uma pesquisa, realizada em Oxford, estimou que para cada milhão de pessoas atendidas nos serviços de saúde em um ano, quarenta a cinqüenta milhões de decisões clínicas são tomadas. A qualidade dos serviços está diretamente relacionada à qualidade dessas decisões, portanto as organizações devem criar mecanismos que possibilitem decisões corretas e resolutivas (Donaldson, 2000).

O controle dessa variabilidade faz-se, fundamentalmente, pela verificação das evidências e sua incorporação nas linhas-guia ou protocolos clínicos. Secundariamente, adotam-se as tecnologias de auditoria clínica, especialmente as tecnologias de gestão da utilização dos serviços de saúde (Robinson & Steiner, 1998).

Vários estudos têm demonstrado que a disseminação dos protocolos, por si só, é insuficiente para mudar comportamentos e condutas. As principais razões são que as decisões tomadas por médicos e pacientes são definidas por vários fatores como a percepção de risco, experiência pessoal e particularização dos resultados, portanto são mais efetivos quando desenvolvidos internamente, com a participação dos profissionais que os utilizarão e terão um sentimento de paternidade sobre eles (Saltman & Figueiras, 1997).

O âmbito dos protocolos é diferenciado: uns dizem respeito a toda uma doença como asma ou diabetes; outros se dirigem a eventos específicos como o uso de alguns exames diagnósticos ou de intervenções terapêuticas.

Os profissionais de saúde devem implementar um processo sistemático para revisar a pertinência das recomendações dos protocolos clínicos e, quando necessário, modificá-los. Algumas vezes, as modificações não serão de conteúdo, mas de forma: extensão, formato e linguagem. As recomendações de protocolos clínicos singulares podem ser modificadas para acomodar fatores como a especificidade do sistema de atenção à saúde, da população e das preferências dos profissionais (Kelly & Bernard, 1996).

Esses instrumentos de normalização cumprem três funções essenciais nos sistemas de serviços de saúde: a função gerencial, controlando a variabilidade dos serviços de saúde e gerando uma planilha que contenha os parâmetros da atenção à saúde que vão conduzir a elaboração da programação dos serviços em relação a uma condição ou patologia específica; a função educacional, decorrente da utilização desses instrumentos nos processos de educação permanente para os profissionais de saúde e de educação em saúde para os usuários; e a função comunicacional através de seu emprego como instrumento de comunicação entre o sistema de serviços de saúde e seus profissionais e a população usuária (Mendes, 2004b).

Além disso, com a normalização dos procedimentos a serem seguidos por todos os profissionais de saúde e socialização desse conhecimento, cria-se a possibilidade de uma comunicação horizontal e vertical compatível com a ação comunicacional do planejamento. Numa organização, onde os procedimentos não estejam normalizados cada profissional age conforme sua orientação pessoal, determinando conflitos na gestão dos serviços.

Nessa perspectiva, a essência das linhas-guia deve se transformar em uma planilha de programação local correspondente ao momento normativo do planejamento.

Há evidência de que as linhas-guia e os protocolos clínicos funcionam melhor quando utilizados em conjunto com outras técnicas de gestão da clínica e em Sistemas Integrados de Serviços de Saúde (Robinson & Steiner, 1998). Assim a implantação desses instrumentos faz parte da gestão de patologias e vale ressaltar que um sistema de educação permanente é condição fundamental para o seu sucesso.

- **Gestão de patologia**

O termo gestão de patologia surgiu de uma proposta do Boston Consulting Group, no início dos anos 90, como um instrumento potente de gestão da clínica nos sistemas de serviços de saúde, em contraposição à gestão por componentes isolados da atenção à saúde prevalente até então (Zitter, 1996).

Desde seu surgimento, a gestão de patologia vem passando por sucessivas gerações (*ibidem*). A primeira geração consistiu na provisão de um ou mais serviços, normalmente de cuidado ou cura, que não eram regularmente ofertados em relação à determinada patologia.

A segunda geração avançou no sentido de privilegiar ações concernentes aos usuários mais graves e mais custosos (Mendes, 2002b). Essas duas gerações deram

origem ao nome gestão de patologia, já que eram voltadas fortemente para determinada doença, com ações de cuidado, cura ou reabilitação.

A terceira geração veio junto com a implantação dos Sistemas Integrados de Serviços de Saúde e a tecnologia passou a abarcar toda a história de uma condição ou patologia, através de medidas de prevenção primária, secundária e terciária e com estratificação dos riscos populacionais.

A quarta geração, que se está iniciando, é a transformação da gestão de patologia em microgestão da saúde ou em gestão total da saúde, onde a ênfase se dará em medidas promocionais e preventivas destinadas a otimizar o estado de saúde, com um enfoque menos orientado às medidas de cura e reabilitação (Couch, 1998).

O processo de desenvolvimento da gestão de patologia envolve a escolha da condição ou patologia, a elaboração da linha-guia, a implantação da mesma observando-se as dimensões educacional e comunicacional, a elaboração da programação, o contrato de gestão e o sistema de controle e avaliação a partir de um sistema de informação gerencial.

A gestão de patologia tem sido considerada uma mudança radical na abordagem clínica, porque ela se move de um modelo de um médico individual, que responde a um doente por meios de procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada numa população definida, identificando pessoas em risco de adoecer ou adoecidas, de forma a prover a intervenção promocional ou preventiva ou o cuidado adequado, o mais cedo possível, supondo-se que intervenções precoces significarão melhores resultados e menores custos.

Dessa forma, a gestão de patologia só é possível quando há um processo de territorialização da atenção primária à saúde e o cadastramento da população-alvo.

As conseqüências da aplicação da gestão de patologia são auspiciosas. Sua utilização em um programa de diabetes, nos Estados Unidos, apresentou os seguintes resultados: redução de 50% nas amputações de extremidades; redução de 50% nas doenças renais graves; redução de 60% na cegueira por retinopatia; e redução de 40% nos dias de trabalho perdidos pelos doentes (Zitter, 1996).

- **Perfilização clínica**

É a análise estatística e o monitoramento de dados, agregados e não individuais, para obtenção de informações que permitam avaliar a propriedade da atenção à saúde. Exige a definição de uma variável clínica significativa (por exemplo, a duração das

internações hospitalares), a verificação de todos os procedimentos de um profissional e a comparação com padrões pré-definidos para essa variável (Mendes, 2001a).

A revisão do desempenho clínico não deve ter uma finalidade punitiva, mas sim a aprendizagem para prevenir erros. O ponto estratégico é averiguar que processos necessitam ser aperfeiçoados (Julio, 2002). Promove um refinamento da prática clínica em um processo cíclico de melhoria da qualidade da atenção (Starey, 1999).

Uma pesquisa realizada em prontuários do *Medicare* para comparar a prática médica na atenção a idosos, portadores de diabetes, em três estados americanos, Alabama, Iowa e Maryland demonstrou que a maioria desses pacientes não recebia tratamento adequado. Constatou-se que em 84% dos prontuários não foram pedidos exames para um tipo recomendado de medida de hemoglobina; em 54% não havia solicitação de exame oftalmológico e em 45% não havia solicitação de teste de colesterol. Os pacientes de clínicos gerais recebiam, significantemente, mais tratamentos inadequados que os de médicos de família ou internistas e os idosos de área rurais recebiam pior tratamento que os de área urbana (Weiner et al, 1995 *apud* Robinson & Steiner, 1998).

Em síntese, os SISS propõem um movimento singular no âmbito da organização dos processos de trabalho. Envolve uma rede de serviços articulada através de um conjunto de tecnologias de integração; um sistema voltado para a atenção às condições crônicas com ênfase na desconcentração hospitalar (centros de enfermagem, hospital dia, cirurgias ambulatoriais) e na resolutividade da atenção básica; além de uma maior responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e aos serviços prestados.

### 1.3.1- As singularidades das organizações públicas de saúde

A construção de um SISS, como exposto acima, pressupõe um pacto político cooperativo entre instâncias e instituições específicas sustentado por procedimentos técnicos e uma interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas com o objetivo de melhorar a coordenação e a comunicação horizontal em todos os espaços que constituem o sistema de saúde.

Assim, devido à fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nas organizações de saúde, torna-se necessário entender o funcionamento dessas, pois os serviços prestados têm singularidades que demandam exigências particulares de coordenação e gestão para a construção de um sistema integrado.

Segundo a tipologia de Mintzberg[9], são "organizações profissionais", pois dependem, fundamentalmente, dos operadores, no caso os trabalhadores da ponta, principalmente os médicos, para seu bom desempenho. O mecanismo dominante de coordenação é a padronização das qualificações (saber e habilidades) que são normalizadas externamente às organizações, nas entidades de classe (Dussault, 1992).

O principal processo de trabalho – diagnosticar e tratar o paciente – depende da atenção médica, em conseqüência, o papel da tecnoestrutura, dos gerentes e do lócus de tomada de decisão pode ficar limitado (*ibidem*), gerando tensões entre o poder técnico concentrado na base da organização – núcleo operacional; e o poder administrativo da direção, com suas funções de coordenação – cúpula estratégica superior (Mintzberg, 1995).

Em muitas organizações de saúde, particularmente os hospitais, a existência dessa dupla linha de autoridade cria problemas de coordenação e responsabilidades (Shortell & Kaluzny, 1988).

Qual é o centro desse conflito? De um lado o médico defendendo uma assistência total; de outro, o gestor tentando intervir no procedimento em nome do controle de custos. Médico vilão? Administrador intervencionista? Todos esses vilões estão expurgados. O médico foi educado na concepção hipocrática de todo tipo de intervenção a todas as pessoas tendo como foco o assistencialismo. O administrador por sua vez foi educado a utilizar ferramentas de planejamento e controle, voltado somente para os meios, 'gerir os recursos humanos, materiais e financeiros', e não para a gestão dos fins.

Algumas causas desses conflitos de interesse são a formação acadêmica dos profissionais de saúde desvinculada da atual realidade do setor; a pressão dos usuários para os quais 'doutor bom é aquele que pede vários exames' e a insegurança dos profissionais quanto ao diagnóstico, produzido por uma desvalorização da clínica e o acelerado desenvolvimento técnico científico do setor.

[9] Mintzberg sugere que as organizações são constituídas por cinco diferentes partes e pelos indivíduos pertencentes a cada uma dessas partes: núcleo operacional composto por operadores que produzem bens e serviços; linha intermediária formada por supervisores; cúpula estratégica com pessoas de total responsabilidade global pela organização; tecnoestrutura de analistas que planejam e padronizam o trabalho dos operadores; e assessoria de apoio para prover serviços indiretos. O núcleo operacional da base é ligado à cúpula estratégica do ápice através da linha intermediária formando a hierarquia da linha de autoridade formal e a tecnoestrutura e assessoria de apoio são separadas da linha de autoridade influenciando indiretamente o núcleo operacional. Essas estruturas estão ligadas por um sistema de crenças, representações e tradições que compõem a cultura da organização. Em função das singularidades de composição dessas diferentes partes, as organizações são classificadas em sete configurações principais: empreendedora, mecanicista, profissional, diversificada, inovadora, missionária e política. (Mintzberg, 1995).

Essa tensão entre autoridade administrativa *versus* autoridade dos especialistas foi pontuada também por Amitai Etzione, autor da corrente estruturalista, que classifica os serviços de saúde como "organizações especializadas" devido à grande importância dos especialistas em relação ao corpo administrativo, o que complexifica o processo de gerência.

O princípio individualizado da autonomia médica, considerado necessário para o trabalho especializado eficiente, uma vez que se devem adaptar os serviços às demandas específicas dos usuários, opõe-se ao princípio da autoridade administrativa, controle e coordenação das ações como um todo e dificulta o trabalho de equipe nos serviços de saúde devido aos limites disciplinares e corporativos (Etzione, 1989).

Portanto, além de uma grande autonomia dos profissionais médicos, uma outra característica marcante dessas organizações é a grande diferenciação dos centros operadores, decorrente da grande especialização do trabalho, o que provoca problemas de coordenação e de comunicação entre os especialistas.

O poder não está concentrado em ponto algum – muito menos na cúpula estratégica, sendo, portanto, difuso, desconcentrado. Nem no âmbito dos centros operadores o poder é concentrado, pois existe uma grande diferenciação entre as especialidades, gerando uma contradição colocada pelo caráter complexo ou interdependente do trabalho médico.

Somam-se a essas considerações as características mais freqüentemente mencionadas sobre os serviços de saúde, identificadas por Shortell & Kaluzny (1988:13):

> *A dificuldade de definição e mensuração dos resultados; o trabalho é altamente variável e mais complexo que em outras organizações; as atividades são interdependentes, sendo necessário alto grau de integração entre os diversos grupos profissionais; uma parte importante dos membros da organização é profissionalizada e sua primeira lealdade é com a profissão, mais que com a organização.*

Os resultados dos serviços de saúde são difíceis de mensurar uma vez que a prestação desses serviços envolve dimensões ética e moral e o produto é consumido no ato da produção, sem que o consumidor possa testá-lo, o que introduz um elemento de confiança entre profissionais e usuários (Mendes, 2002b).

A reflexão sobre a organização e gestão dos serviços de saúde deve considerar essas particularidades supracitadas que impõem sérios desafios:

- analisar, permanentemente, as relações de poder, identificando os diferentes interesses, tendo em vista o estabelecimento de estratégias de aglutinação de poder;
- constituir espaços regulares para explicitação dos interesses e dos conflitos, com negociação, estabelecimento de compromissos e responsabilização para trazer ao processo decisório, como sujeitos de formulação de diretrizes, indivíduos e grupos antes considerados objetos da ação gerencial (Motta, 1991);
- definir protocolos de rotinas, discussão de casos clínicos e avaliação de condutas com mecanismos de controle de qualidade e de imputabilidade administrados de maneira transparente (Dussault, 1992; Cecílio, 1997b);
- assegurar a autonomia profissional e ao mesmo tempo prevenir a incompetência, enfrentando a tensão permanente entre microdecisão médica e microdecisão gerencial.
- criar mecanismos que reduzam as incertezas da prática médica, investindo na educação permanente dos profissionais, estimulando o aprendizado contínuo através da medicina baseada em evidências e revalorizando a clínica;
- desenvolver sistemas de incentivos para os bons profissionais em uma relação de parceria, motivando-o a responder por melhores resultados em termos de eficiência, qualidade e eficácia;
- construir um compromisso efetivo dos trabalhadores de saúde com as necessidades dos usuários.
- melhorar a coordenação entre os especialistas e entre estes e os gestores. O isolamento do trabalho especializado contribui para o isolamento do ponto de atenção à saúde na rede, fragmentando o sistema.
- trabalhar com a avaliação tecnológica na definição de critérios para incorporação de equipamentos de alta complexidade. Há necessidade de otimização dos recursos de alta densidade tecnológica através de um estudo criterioso da demanda.

Além desses desafios gerenciais, o sistema de saúde deve considerar a necessidade de intervenções no âmbito da formação acadêmica, incluindo nos cursos da área médica noções de economia da saúde, custos e tecnologias gerenciais e trabalho em equipe. É preciso que o corpo docente como um todo nas universidades seja capacitado

para introduzir, nas várias disciplinas dos cursos, noções sobre hierarquia de procedimentos e custos.

Em síntese, as organizações públicas de saúde devem superar a falta de integração entre planejamento e implementação (Cecílio, 1997a) e, segundo Azevedo (2002:350), *os dirigentes vêm apontando o desafio de gerar compromisso, participação e 'adesão' dos seus funcionários a um projeto institucional que aumente a responsabilidade institucional para com seus resultados e que produza mudanças na organização da assistência.*

Assim, essa discussão perpassa toda a lógica de organização dos sistemas de saúde, mas é evidente que uma maior aproximação entre prestadores e gestores de saúde, sejam eles da esfera pública ou privada, se faz urgentemente necessária.

A compreensão das características dessas organizações, processo de trabalho, dinâmica e estrutura é fundamental para o debate sobre possibilidades de novas formas de articulação, negociação e agregação de interesses que provoquem rupturas na estrutura burocrática, no modelo médico hegemônico e aumente a efetividade das ações frente ao público.

Isso pode se viabilizar através de um sistema gerencial baseado na negociação permanente e valorização dos atores internos para que se diminua o conflito entre a gestão e a assistência, com os profissionais da ponta participando das decisões estratégicas e operacionais.

A dominância da padronização das habilidades nas organizações de saúde ajuda a explicar as dificuldades de articulação dos serviços. O primeiro compromisso dos médicos é com sua profissão/corporação e com o trabalho autônomo e individualizado.

Questões importantes para a integralidade do cuidado como o trabalho em equipe – interdisciplinaridade, responsabilização pelos resultados das práticas e preocupações quanto ao desempenho da organização em que se trabalha são normalmente pouco consideradas. Articulações formais e também informais não são prontamente internalizadas pela maioria desses profissionais.

Sabendo que o poder nas organizações de saúde vem dos profissionais que prestam diretamente a assistência, quais ferramentas gerenciais poderiam promover a interação destes com os centros decisórios? Como aumentar o controle organizacional ou gerencial efetivo sobre o grupo responsável pelo trabalho final – os médicos? Como tornar as decisões administrativas mais sensíveis aos problemas assistenciais e os profissionais de saúde mais sensíveis às conseqüências econômicas de seus atos?

Nesse sentido, pensar estratégias voltadas para a integração entre os diversos profissionais, incluindo os gerentes e gestores, faz-se necessário para o alcance de um objetivo maior, neste caso a integralidade nas ações de saúde.

A hipótese a ser explorada é de que a gestão da clínica, por ser uma gestão dos fins, e os mecanismos de contratação nos sistemas de saúde impactam as características das organizações sanitárias ao promoverem maior interação administrativo-assistencial; introduzir a responsabilização econômica nos prestadores de serviços; diminuir a hegemonia absoluta do médico através de ferramentas de avaliação e controle, com ênfase no trabalho em equipe; e promover uma maior comunicação e envolvimento entre usuários, prestadores e gestores para que todos sejam co-responsáveis pela qualidade dos serviços e, também, pela viabilidade financeira do sistema.

Isso implica em um complexo, permanente e dialógico processo de negociação entre todos os atores organizacionais.

### 1.3.2. A contratação nos serviços de saúde

Existe uma tendência internacional, nos debates sobre a modernização da administração pública, na revisão do papel do Estado a partir do postulado de que este não deve, necessariamente, fazer tudo por si mesmo, mas "contratar" e "regular" outros para execução dos serviços através da separação das macrofunções: financiamento, regulação e prestação de serviços. Essa é também uma diretriz das reformas do setor saúde. Nos Estados Unidos estabelece-se a competição gerenciada, no Reino Unido, o mercado interno, na Suécia, a competição pública e na Costa Rica, os contratos internos.

A transposição das diretrizes desse movimento, gerado e implementado em países desenvolvidos, para países em desenvolvimento, deve ser feita cuidadosamente, porque os novos papéis do Estado exigem uma cultura institucional muito singular e novos conhecimentos, habilidades e sistemas tecnoadministrativos que não são facilmente encontráveis em países com organizações estatais pouco maduras (Mendes, 2002b).

A separação das macrofunções dos sistemas de serviços de saúde tem sido buscada por várias razões: maximizar a eficiência; melhorar a acessibilidade aos serviços; reforçar a eficácia da atenção primária à saúde; eliminar os conflitos de interesse que se estabelecem quando uma mesma instituição exercita,

concomitantemente, as três macrofunções; tornar a prestação de serviços mais transparente e incrementar a qualidade dos serviços (Bengoa, 2001).

Uma análise da experiência de separação de macrofunções na Província da Catalunha, Espanha, mostra impactos positivos na eficiência, na produtividade de diferentes serviços, na qualidade, no desenvolvimento da atenção primária à saúde e numa maior autonomia de prestadores de serviços. No Reino Unido, os resultados positivos foram a maior liberdade para os prestadores de serviços, a melhoria da qualidade, a maior eficiência e o reforço da atenção primária à saúde (Mendes, 2002b).

No entanto, não existe um modelo bem acabado, bem finalizado, mas vários países estão avançando nesse tema com algumas noções muito claras de progressão rumo à eficiência e à qualidade (Bengoa, 2001).

A regulação é constituída pelas intervenções do órgão gestor estatal, destinadas a orientar e conduzir o comportamento dos agentes intervenientes no sistema de serviços de saúde e pode envolver um conjunto de funções como *as de reitoria: capacidade de condução política do sistema de serviços de saúde; as de normalização: delimitação das regras e condições para o estabelecimento dos contratos; e as de superintendência: monitoramento, avaliação e controle do sistema de serviços de saúde* (Mendes, 2002b: 33).

Esse novo gerenciamento público pretende conhecer os custos e os níveis de serviços prestados aos cidadãos, avaliar resultados (serviços prestados e impactos) e descentralizar as responsabilidades apostando na inteligência dos funcionários para encontrar soluções adaptadas com imaginação e criatividade, considerando a diversidade dos usuários.

Nas organizações de saúde, como já apontado, os médicos tomam as principais decisões relacionadas aos objetivos finais: determinam quais os serviços diagnósticos, o tratamento necessário para o usuário e, conseqüentemente, as despesas. Parte significativa dos gastos dos serviços provém da conduta desses profissionais, ou seja, são determinados pela caneta dos médicos (Dowling, 1997). Portanto, a autonomia deve ser acompanhada por um compromisso maior quanto aos resultados, com conseqüente prestação de contas.

Essa autonomia relativa dos profissionais segmenta a organização em distintos grupos de interesses divergentes, o que dificulta as mudanças organizacionais mais integrais e o trabalho multiprofissional. Para superar esta incoerência há necessidade de se desenvolver formas de indução de uma maior cooperação formal, para além da coordenação informal ou espontânea que existiria hoje entre indivíduos e equipes.

Nessa perspectiva, a prestação de contas em termos qualitativos e quantitativos deve servir para compreensão e melhoria dos processos de trabalho, aprendendo-se com os erros, e apontar falhas do sistema, o que supõe relações de comunicação e de confiança (Trosa, 2001; Donaldson, 2000). Ou seja, as normas que regem uma organização devem ser negociadas com soluções compartilhadas, ultrapassando-se o modelo hierárquico tradicional.

Os instrumentos que podem viabilizar essa forma de atuação estatal são os contratos endógenos e exógenos, uma vez que definem obrigações e direitos entre as duas partes. Os contratos endógenos são aqueles em que os entes contratante e contratado são instituições estatais. Como exemplo, cita-se os contratos que secretarias municipais de saúde, como em Curitiba no Paraná, estabelecem com suas unidades de prestação de serviços – equipes de saúde da família, unidades sanitárias, hospital, entre outros, ou com unidades administrativas desconcentradas (distritos sanitários) que permanecem, entretanto, como organismos estatais subordinados.

Esse contrato é moral e por isso tem sido denominado de "acordo de serviço", de "termo de compromisso" ou de "quase-contrato" porque não dispõe de uma base legal para a cobrança dos compromissos assumidos (Mendes, 2002b).

Os contratos exógenos são aqueles em que o ente contratante é uma instituição estatal que se relaciona com entes prestadores externos, como instituições públicas não estatais, instituições privadas filantrópicas ou instituições privadas lucrativas. É uma terceirização dos serviços e os contratos têm força legal, os entes contratados são instituições portadoras de autonomia administrativa e jurídica e, portanto, com capacidade para formalizar e responsabilizar-se moral, administrativa e juridicamente, pelo que foi pactuado nos contratos. Nesse caso, aplica-se, mais, a expressão "contrato de gestão" (*ibidem*).

A dimensão sistêmica não pode ser esquecida, evitando-se uma maior fragmentação dos serviços de saúde (Lima, 1996). Desde a contratação devem existir sinais que unam os provedores, ou seja, utilizar a lógica contratual para unir e não para fragmentar.

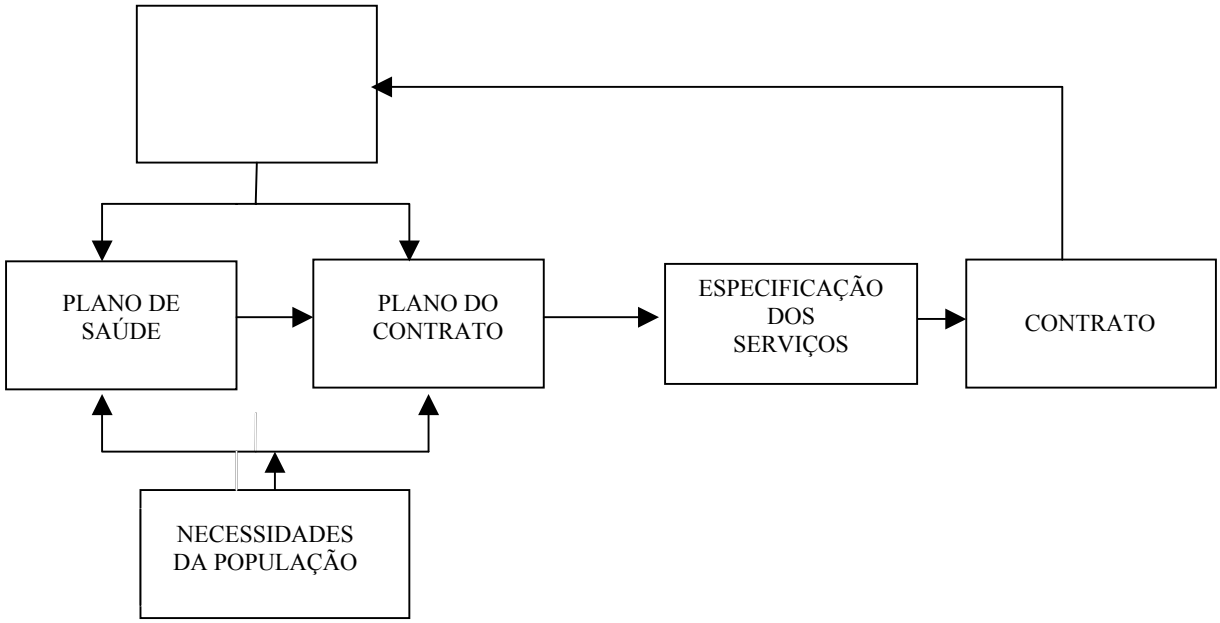
O que se busca por intermédio do modelo de contratação, segundo Bengoa (2001), é a maior consistência dos serviços e maior coordenação.

Para isso, o procedimento contratual não pode se desenvolver sem mecanismos eficazes de responsabilização, tanto no sentido da prestação de contas quanto no sentido de se sentir responsável pela prestação do melhor serviço ao cidadão (Trosa, 2001). Portanto, deve internalizar valores e princípios à cultura organizacional que promovam

a ruptura com os padrões hierárquicos de comando e controle, e que orientem o desempenho dos funcionários e da organização para a efetividade dos resultados e para a transparência dos critérios e avaliações.

Os serviços e as metas a serem contratados são antes negociados entre as partes favorecendo o planejamento participativo, que é *a forma de trazer ao processo decisório, como sujeitos de formulação de diretrizes, indivíduos e grupos antes considerados objetos da ação gerencial* (Motta, 1991:162), o compromisso e a adesão dos funcionários a um determinado projeto institucional.

Figura 1: O ciclo da contratação




Fonte: Manzanera, 2000 *apud* Mendes, 2002c.

O contrato é, portanto, um instrumento gerencial que diminui a distância entre a gestão estratégica e o centro operacional, isto é, entre o planejamento e a implementação das ações, conjugando, em um ambiente propício à negociação e à adoção de compromissos reais e pactuados, os dois comandos que geram tensões nas organizações profissionais.

Nesse mesmo sentido, a contratação pode compensar a diferenciação entre o técnico e o administrativo e a diferenciação entre categorias profissionais, diminuindo o conflito entre a autoridade do especialista (conhecimento) e a autoridade administrativa (hierarquia) via desenvolvimento de fóruns de discussão ampliada, com ênfase no trabalho em equipe. A lógica hierárquica é substituída por uma norma dialogicamente negociada.

Para esse alcance, os contratos nos sistemas de serviços de saúde devem estabelecer uma relação formal voluntária entre o ente regulador/financiador e o ente prestador de serviços; promover uma solução cooperativa entre os entes com vantagens para os dois lados e avançar de uma relação hierárquica tradicional pela pactuação bilateral. O objetivo é horizontalizar as relações e instituir uma cultura gerencial de parceria na busca de resultados.

A complexidade do trabalho nas organizações de saúde, a impossibilidade relativa de uma padronização mecanicista e a intensa distribuição do poder nas mesmas sugerem um modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo e comunicativo e um conjunto de práticas que intensifiquem o espírito de gestão por compromissos.

Nessa perspectiva, os contratos vão muito além de suas dimensões jurídicas formais para definirem-se como o próprio espírito de uma gestão contemporânea dos sistemas de serviços de saúde (Mendes, 2002c; Trosa, 2001).

### 1.3.3. Organizações em rede

Os Sistemas Integrados de Serviços de Saúde pressupõem uma organização estrutural que facilite a interligação dos diversos pontos de atenção à saúde através de novos circuitos de integração. Pode-se dizer que são uma forma específica de organização em rede onde a atenção básica à saúde exerce a função de centro coordenador. Isso significa que, à exceção dos casos de urgência e emergência, os fluxos e contra-fluxos das pessoas são organizados pela unidade básica de saúde.

O sistema piramidal que representa o modelo tecnoassistencial, idealizado na Reforma Sanitária Brasileira e que se constitui por níveis hierarquizados de densidade tecnológica crescente, não foi, na prática, instituído. A rede básica de saúde não foi legitimada como a "porta de entrada" do sistema e sim os hospitais, com os pronto-socorros sempre lotados, aonde a maioria dos atendimentos poderia acontecer na unidade básica.

Pesquisa realizada no Hospital Municipal de Volta Redonda (RJ), no mês de fevereiro de 1996, revelou que 66,5% das consultas em pediatria e 52,5% daquelas em clínica médica realizadas no Pronto Socorro não podiam ser consideradas situações de urgência/emergência (Cecílio, 1997c).

Essa proposta de estrutura piramidal hierarquizada colabora para a manutenção do modelo centrado no hospital quando se fundamenta num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que os níveis secundário, terciário e quaternário e, conseqüentemente, menos valorizada. E,

segundo Mendes (2002b), as normas operacionais do SUS mantêm essa visão, estruturando suas ações em atenção básica e de média e alta complexidades.

A atenção básica é intensiva em cognição, envolvendo conhecimentos interdisciplinares, atitudes e habilidades especializadas enquanto os outros níveis são intensivos em tecnologias de produto (Mendes, 2002a). Todo e qualquer serviço de saúde é espaço de alta complexidade, que deve ser usada em prol da vida dos cidadãos (Cecílio, 1997a).

Uma comparação dos valores da tabela SUS com valores de procedimentos médicos pagos nos Estados Unidos sugere que há, no sistema brasileiro, uma sobrevalorização de procedimentos de alta densidade tecnológica em relação aos procedimentos cognitivos característicos da atenção básica à saúde (Janett *apud* Mendes, 2002a).

A dimensão cuidadora, os aspectos tradicionais e básicos da medicina como a consulta clínica, a inspeção do paciente, e a valorização do componente humano e da subjetividade são colocados em segundo plano em prol de inovações tecnológicas que nem sempre estão acompanhadas de melhor benefício para os usuários (Pérez Lázaro & Garcia Alegria, 2001).

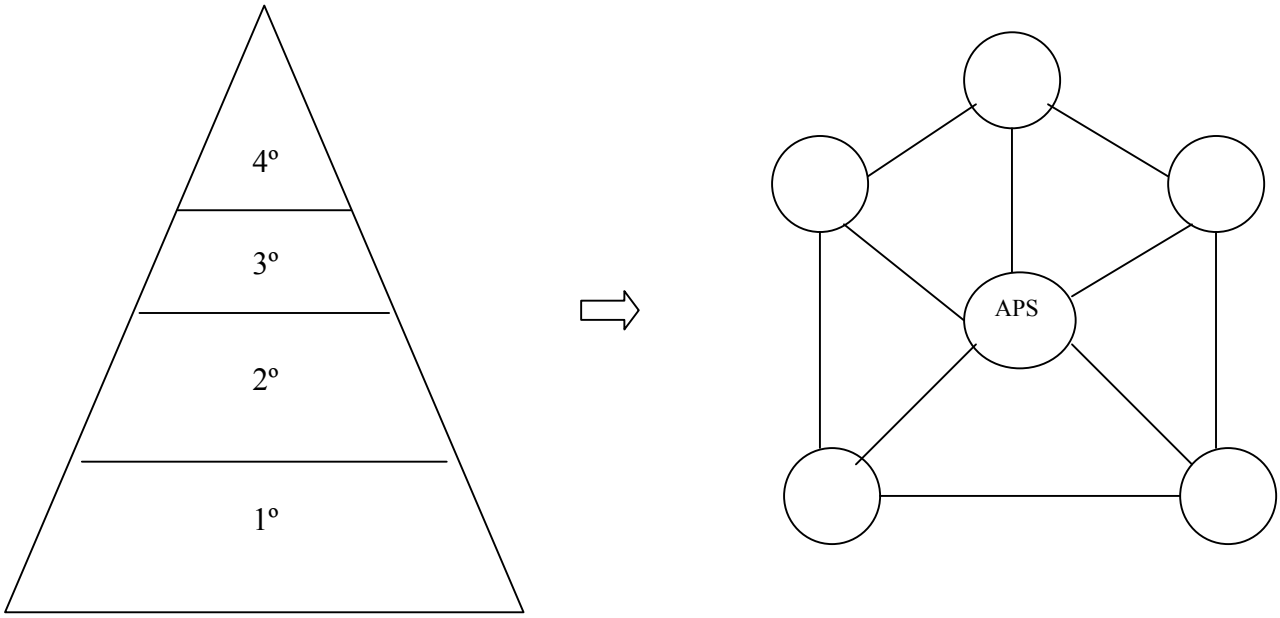
Nos Sistemas Integrados de Serviços de Saúde, a concepção de sistema piramidal hierarquizado é substituída por uma outra, de uma rede horizontal integrada. Ou seja, não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal com pontos de distintas densidades tecnológicas.

O desenho das redes de atenção à saúde deve surgir de uma relação dialética dos princípios de economia de escala, de economia de escopo e de qualidade com o acesso aos serviços de saúde. Quando houver um impasse entre esses princípios prevalece o acesso. Por isso, no desenho de redes, há que se ter uma certa flexibilidade, especialmente quando se trata de regiões de baixa densidade demográfica e de grandes distâncias entre os equipamentos de saúde.

Essa metáfora da rede facilita o entendimento da estrutura e dos valores necessários para a efetivação de um sistema integrado.

Redes conectam pessoas e não cargos, instituições ou computadores que são apenas instrumentos. É a linguagem dos vínculos, cuja unidade básica é a relação entre os sujeitos. Segundo Rovere (1998), a função da rede não é homogeneizar, mas assumir a articulação de heterogeneidades e permitir imaginá-las organizada.

Figura 2: Do sistema piramidal hierárquico à rede integrada de serviços de saúde




Fonte: Mendes, 2002 a: 18

Em uma rede deve existir um comportamento solidário, nada do que acontece em um ponto ou nó deve ser ignorado pelos outros. Legitimidade e vínculo são conceitos chave. Por exemplo, uma tecnologia nova de diagnóstico se incorpora a uma rede, mas apesar de instalar-se em um hospital, se chega a um acordo de que não pertence apenas a este setor, mas a todas as unidades de saúde que possam utilizá-la, gerando vínculos de rede (Rovere, 1998).

As redes estabelecem uma nova conexão entre Estado e cidadania, e uma nova relação de reconhecimento entre as pessoas (Losicer, 2000).

O conceito de rede aparece, ainda, associado a novas formas de organização e gestão do trabalho, resultantes de questionamentos quanto à eficácia das estruturas burocráticas e hierárquicas, emergindo formas mais *soft* e orgânicas de interação nas instituições (Hastings, *apud* Loiola & Moura, 1997).

Maurel (*apud* Loiola & Moura, 1997) afirma que o *trabalho em rede(...)significa uma profunda redefinição das políticas sociais, uma recomposição no papel do Estado e das coletividades* e impulsionado por um centro animador ou operador, permite articular os diversos atores. Esse conceito de rede do campo do Estado e das políticas públicas tem como características o reconhecimento de competências, respeito mútuo, associação de recursos, intercâmbio para aumentar o leque de parceiros preservados em sua heterogeneidade e cooperação sem, contudo, eliminar os conflitos e a competição (Loiola &Moura, 1997).

Nos Sistemas Integrados de Serviços de Saúde, os distintos pontos de atenção constituem os nós da rede, mas o seu centro animador/catalisador está localizado na atenção básica à saúde. Não há subordinação entre os distintos nós, nem entre eles e o centro catalisador, apenas uma diferenciação dada por suas funções de produção específicas e por suas densidades tecnológicas respectivas (Mendes, 2002 a).

Para desempenhar seu papel de centro de comunicação na rede de um sistema integrado de serviços de saúde, a atenção básica deve cumprir três papéis essenciais:

> *O papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde – resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador relacionado com sua natureza de centro de comunicação – organizar os fluxos e contra-fluxos das pessoas pelos diversos serviços e o de responsabilização e co-responsabilização pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam (ibidem, 2002 a: 17).*

A atenção básica para ser concebida como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, superando as visões mais restritas de "cesta mínima" de procedimentos para populações marginalizadas ou, simplesmente, como mais um nível de assistência, deve ainda ter os seguintes atributos: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção (Starfield, 1992).

A mesma autora concluiu, em um trabalho de comparação internacional sobre modelos de atenção primária em 12 nações ocidentais industrializadas, que os sistemas de saúde orientados por uma atenção primária resolutiva estão associados a menores custos e melhores níveis de saúde (Starfield, 1994 *apud* Starfield, 2002).

Utilizando-se o conceito econômico de cadeias produtivas, a seqüência que se estabelece nos processos de produção, desde os insumos, sua transformação em produtos e distribuição aos consumidores finais, onde a cada elo dessa cadeia agrega-se valor, pode-se dizer que nos sistemas integrados de saúde a atenção básica é o ponto de maior agregação de valor.

O hospital tem uma série de funções centradas na atenção episódica e especializada e, na maioria dos casos, cobre apenas parte das necessidades de indivíduos e famílias, sendo raramente eficaz como articulador da atenção integrada de todo o sistema, devendo, sim, estar integrado ao sistema de saúde local ou regional.

Esse outro lugar/definição de competências do hospital é uma questão importante para a integração, pois como centro de poder e influência, valorizado pela cultura dos usuários, domina os sistemas sanitários e absorve recursos dos serviços da atenção básica e saúde pública, menos influentes na comunidade.

Na perspectiva de um sistema integrado, o hospital adquire uma funcionalidade voltada para o atendimento a eventos agudos destinando os casos não agudos a outros pontos de atenção à saúde (desconcentração): hospital-dia, centros de enfermagem, ambulatórios para cirurgias, centros de parto normal, internação domiciliar etc.

Esse estudo assume que a atual proposta da política nacional brasileira de reorganizar o modelo de atenção a partir da estratégia de saúde da família pode ser um importante facilitador da construção de um sistema integrado, na medida em que essa estratégia valoriza os atributos necessários para uma atenção básica resolutiva, desde que o princípio da integralidade que garante o acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde, não seja, em nome da universalidade da atenção básica, 'esquecido'.

O PSF encontra-se em um momento de transição intermediária (Mendes, 2002a) caracterizado por uma cobertura ainda pequena de 36,4% da população, segundo dados do Ministério da Saúde de março de 2004, mas com uma tendência crescente de institucionalização nos espaços político (haja vista o incentivo dado pelo Projeto de Expansão da Saúde da Família em grandes centos urbanos – PROESF/MS), dos serviços de saúde, educacional, e das representações da população. O crescimento dessa institucionalização nos diversos espaços pode garantir a sustentabilidade dessa estratégia

Sua implantação cria novas demandas para o funcionamento das demais unidades assistenciais, exigindo um novo patamar de cobertura e efetividade, portanto seu sucesso depende, em grande medida, da capacidade e resolutividade dos serviços de média e alta densidade tecnológica, para dar seguimento ao processo de assistência à saúde, evitando-se o descrédito do usuário.

Em síntese, o sucesso da gestão de redes depende da capacidade dos diversos atores de estabeler regras claras, de compartilhar a visão, riscos políticos e econômicos e de ter como foco uma população definida (Coile Jr, 1997).

# Capítulo II: Metodologia

*O SUS gerou um campo de experimentação social muito rico e sofisticado e isso faz com que não baste simplesmente falar de Integralidade. A tarefa acadêmica que nós nos colocamos é contribuir para o reconhecimento e a identificação dessas experiências, tentar achar pistas de Integralidade no cotidiano de um monte de gente pelo Brasil afora, mas que não são sistematizadas ou pensadas como Integralidade* (Mattos, 2004).

## 2.1. Caracterização do estudo

A investigação sobre a implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória - ES desenvolveu-se através de um estudo de caso, que segundo Tobar & Yalour (2001) é um desenho privilegiado para estudos de gestão, de abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa, no entendimento de Minayo (1998:21) *se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado(...) com o universo de significados, motivos, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis*.

Nessa perspectiva, o estudo de caso apresenta-se como uma alternativa para uma análise que privilegie o conteúdo qualitativo dos dados e o papel ativo do pesquisador e dos atores que se colocam como sujeitos da pesquisa.

O estudo de caso único, do tipo crítico, permite a confrontação de um modelo teórico bem estruturado com uma realidade empírica e oferece um potencial elevado de "generalização lógica" ou seja, as conclusões de uma pesquisa poderão eventualmente servir para explicar um grande número de situações análogas (Patton, 1980).

Esse tipo de estudo se fundamenta na idéia de que a análise de uma unidade de um determinado universo possibilita a compreensão da generalidade do mesmo ou, pelo menos, o estabelecimento de bases para investigação posterior, mais sistemática e precisa (Gil, 1987). Tem utilidade quando o fenômeno a ser estudado é amplo e complexo, onde o corpo de conhecimentos existente é insuficiente para suportar a proposição de questões causais e nos casos em que o fenômeno não pode ser estudado fora do contexto onde naturalmente ocorre.

> *No campo específico da política de saúde, é consenso entre os pesquisadores da área a valiosa contribuição dos estudos de caso, em razão da heterogeneidade de experiências que dão contornos singulares ao processo de implantação da política de saúde nas diversas regiões e municípios brasileiros* (Monnerat et al, 2002:510).

A cidade de Vitória foi escolhida porque, no ano de 2000, a Secretaria Municipal de Saúde optou pela implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde como diretriz político-operacional de reestruturação do modelo assistencial do município.

Como é inerente a essa escolha metodológica um aprofundamento do olhar e a necessidade de um universo menor de atuação, o estudo de caso foi realizado em uma das seis regiões de saúde do município, a Região de São Pedro, por ser a primeira região escolhida para implantação do SISS.

A validade desse delineamento é conhecida, porém, vale ressaltar que alguns inconvenientes podem ocorrer caso a unidade escolhida para o estudo não seja representativa o bastante do universo, o que conduziria a conclusões errôneas. No entanto, uma seleção adequada torna possível que as conclusões do estudo apresentem alto valor e que possam ser generalizados, com razoável grau de confiança (Gil, 1987).

## 2.2. Procedimentos de coleta e análise dos dados

O processo de pesquisa foi desenvolvido em três fases: elaboração do projeto e dos instrumentos de investigação; pesquisa de campo realizada em julho de 2003 e janeiro de 2004; e consolidação das informações e análise dos fatores que dificultaram e facilitaram o processo de implementação do SISS e a construção da integralidade nas ações em saúde no município.

A partir do referencial teórico de Sistema Integrado de Serviços de Saúde, foram elaborados critérios, no âmbito da gestão e organização do sistema de saúde, considerados importantes para avaliar o grau de integralidade, segundo a percepção dos profissionais de saúde dos níveis central e local, alcançado no município e na região em estudo. Tais critérios permearam todo o olhar sobre a realidade, e foram utilizados na elaboração do roteiro das entrevistas.

Portanto, o eixo de análise relaciona-se com a garantia de atenção à saúde em todos os níveis de diferentes densidades tecnológicas da assistência médica curativa, através de uma oferta organizada com mecanismos de referência e contra-referência e definição de fluxos no interior dos serviços e do sistema. Refere-se à continuidade da atenção ao usuário ao longo da rede de pontos de atenção à saúde, ou seja, relaciona-se à dimensão sistêmica da integralidade.

Através do entendimento dessa dimensão e dos pressupostos, descritos no referencial teórico, para a integração dos serviços, os critérios selecionados para a investigação em campo, ou plano de análise, foram a existência e funcionamento na Região de São Pedro de[11]:

- Atendimento na USF, voltado para a população cadastrada, funcionando como porta de entrada no sistema de saúde através da constituição de vínculos entre usuários e serviços;

[11] Os critérios utilizados foram adaptados a partir do projeto "Sistemas Municipais de Saúde e a Diretriz da Integralidade da Atenção: critérios para avaliação", do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

- Estratégias de acolhimento oferecendo algum tipo de resposta ou encaminhamento a todos os usuários que procuram a USF;

- Utilização de protocolos para doenças ou agravos específicos e de linhas-guia com definição de fluxos dos usuários nos diversos níveis de atenção dos serviços de saúde;

- Trabalho integrado entre profissionais dos pontos de atenção regional, ou seja, das unidades de saúde da família e da Policlínica de especialidades, com espaço para discussão de casos e sistema de referência e contra-referência do usuário;

- Centrais de marcação de consultas e exames especializados e centrais de regulação de internações com monitoramento de filas de espera e mecanismos para sua redução;

- Instâncias de negociação envolvendo os três níveis de assistência, os coordenadores regionais, coordenadores locais e outras que incorporem diferentes atores e graus de transversalidades;

- Equipes de saúde da família coordenando a atenção ao usuário por todo o sistema de saúde;

- Medidas de garantia e controle para a referência e contra-referência como guias de encaminhamento formais, contratos de gestão e outros, entre os níveis do sistema de saúde;

Esses critérios, adotados para dimensionamento da integralidade na organização dos serviços de saúde oferecidos à população da Região de São Pedro, na perspectiva do Sistema Integrado de Serviços de Saúde, definem um modelo teórico ideal de alcance da mesma e o que se objetiva é verificar em que medida o modelo empírico estudado se aproxima ou distancia do primeiro.

Além disso, esse plano de análise norteou a investigação sobre o processo de implantação do SISS na Região de São Pedro.

A propósito de alcançar os objetivos dessa pesquisa, utilizou-se como procedimento de coleta de dados na pesquisa de campo a análise documental, a entrevista semi-estruturada e a aplicação de questionários autopreenchidos. A finalidade foi deduzir daí informações sobre o processo de construção do SISS e o grau de integralidade na organização dos serviços.

A análise documental valeu-se dos documentos elaborados pela SEMUS sobre a região escolhida e sobre a implantação do SISS e também dos documentos de gestão como os planos municipais de saúde, além de relatórios, tabelas e estatísticas.

As entrevistas semi-estruturadas são entendidas como uma conversa a dois com propósitos bem definidos (Cruz Neto, 1998), onde o informante fala livremente sobre o tema proposto, limitado, contudo, por um roteiro de questões a serem pontuadas.

O roteiro das entrevistas[12] (anexo 1) foi elaborado com base nas variáveis de análise escolhidas e teve como objetivo contribuir para um melhor entendimento do objeto em questão, a partir da incorporação do discurso de diversos atores envolvidos, com o pré-requisito de que os mesmos estivessem há pelo menos um ano nas atuais funções.

A meta era entrevistar no nível local os quatro gerentes das unidades de saúde da família da Região de São Pedro; no nível regional o gerente da Policlínica São Pedro; e no nível central os gerentes das três divisões assistenciais da SEMUS – atenção básica, atenção especializada e hospitalar - e a gerente do Departamento de Assistência à Saúde.

No transcorrer da pesquisa de campo, uma gerente local foi excluída por estar há menos de um ano no cargo, e constatou-se a necessidade de entrevistar também, para questões pontuais surgidas durante as entrevistas já programadas, as referências técnicas em saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adolescente e os profissionais do Comitê Municipal de Prevenção e Estudo da Mortalidade Materna e Infantil e do Programa de Educadores Permanentes.

A coleta de dados envolveu também a aplicação de dois tipos de questionários autopreenchidos, com os mesmos objetivos e variáveis das entrevistas semi-estruturadas. Um formulado para os profissionais de nível superior das quatro unidades de saúde da família da Região de São Pedro, e outro dirigido à assistente social e aos médicos especialistas que atuam na Policlínica São Pedro (anexo 2).

Esses questionários foram estruturados em quatro tópicos: trabalho em equipe, avaliação da integração do PSF na rede de serviços de saúde, estabelecimento de vínculos com a comunidade e observações livres sobre o processo de implementação do SISS.

Alguns profissionais não atendiam ao critério de estar há pelo menos um ano na função (dois) e outros estavam de férias no mês da pesquisa (seis). Assim do universo de trinta e um profissionais das USFs, vinte e três responderam à pesquisa. Na Policlínica São Pedro do universo de oito profissionais, seis participaram.

[12]Este roteiro foi construído a partir de uma adaptação da pesquisa de ESCOREL, S. et al, 2002. *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.* Brasília: MS/SPS/DAB.

É importante esclarecer que o Projeto de Pesquisa precursor dessa investigação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, tendo sido aprovado para fins de sua realização, de acordo com as normas do mesmo.

Nesse sentido, ao longo da descrição e análise dos dados tomou-se o devido cuidado em omitir quaisquer informações que pudessem levar à identificação dos sujeitos da pesquisa, haja vista, o contrato firmado com os mesmos por meio do Termo de Consentimento (anexo 3). Um outro Termo de Consentimento também foi elaborado visando solicitar autorização do gestor municipal para o desenvolvimento dessa pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (anexo 4).

Assim, as transcrições de falas que aparecem ao longo desse estudo receberam as seguintes denominações: GL – gerentes locais e regional da Região de São Pedro; GC – gerentes do nível central da SEMUS; e P – profissionais de saúde da família.

A última fase da pesquisa consistiu na sistematização e análise objetiva do conjunto de informações, tendo por referência o plano de análise previamente elaborado e os dados descritivos sobre a implantação do SISS, dividindo-se em duas etapas os resultados da avaliação realizada: efeitos da implantação do SISS no município como um todo e especificamente seus efeitos nas práticas em nível local.

Assim, a operacionalização da análise englobou a descrição, sistematização, comparação e interpretação dos aspectos considerados significativos em todo o material coletado, articulando-se o referencial teórico-metodológico e os achados analíticos construídos na pesquisa.

As entrevistas foram gravadas, transcritas literalmente e analisadas relacionando-se as informações relatadas com os critérios do plano de análise. A mesma relação foi feita com os questionários autopreenchidos, cujos resultados foram sistematizados, em sua maioria, de forma gráfica. Ou seja, atribuiu-se uma relevância teórica aos fenômenos revelados na coleta de dados (Becker, 1997).

Nesse contexto, é importante a seguinte afirmação de Minayo (1999:203):

> *Todo o esforço teórico para desenvolvimento de técnicas, visa – ainda que de formas diversas e até contraditórias – a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação.*

Destaca-se que esse estudo de caso levou em conta a possibilidade da descoberta, incorporando-se elementos não previstos, dimensões não estabelecidas à priori. Enfatizou-se a interpretação em contexto, procurando representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos

de vistas presentes. A análise possibilitou uma representação singular da realidade, realidade esta multidimensional e historicamente construída.

Não se pretende esgotar outras possibilidades de abordagem do material produzido por esta pesquisa. Porém, as nuances do modo particular com que cada pesquisador conduz a tarefa de conhecer determinada realidade compõem a riqueza e a particularidade da produção do conhecimento científico, sempre aberto a novas produções de sentido.

Foi dada ênfase ao processo e ao tempo, uma vez que, casos são parte de uma realidade em ação, sendo este estudo a fotografia de um filme que continua em cartaz (Carvalho, 1991).

# Capítulo III: O Município de Vitória e a Região de São Pedro

## 3.1- Características gerais

O município de Vitória, capital do Espírito Santo, compõe a Região Metropolitana de Vitória ou Grande Vitória, em conjunto com os municípios de Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana e Guarapari que somam, aproximadamente, 1,5 milhões de habitantes. Possui uma população de 299.357.000 habitantes distribuídos em uma área geográfica de 104,3 km², que representa 6,30% da Região Metropolitana (Vitória, 2003).

Vitória possui uma porção insular, formada por 34 ilhas, e outra continental, circundada por manguezais e restingas, em sua maioria, transformados em unidades de conservação ambiental que envolve 1287,21 hectares. Fundada em 1551, é uma das seis cidades mais antigas do país.

A população tem uma boa cobertura de serviços básicos de habitação uma vez que 97,4% dos habitantes recebem água encanada; 99,8 % possuem energia elétrica e 99,6% têm acesso à coleta de lixo (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2003).

A cidade possui um IDH-M[13] de 0,86, sendo o melhor valor entre os municípios do Espírito Santo. Em relação aos outros municípios do país, apresenta, também, uma boa situação, ocupando a 16ª posição, ou seja, melhor que 99,7% dos municípios brasileiros (*ibidem*).

De acordo com o relatório da Organização das Nações Unidas de 2000, é a terceira capital brasileira em qualidade de vida: o município possui uma taxa de freqüência escolar de 93%, taxa de alfabetização de 95% e uma expectativa de vida de 70,74 anos (Vitória, 2003).

Pode-se dizer que Vitória colhe hoje alguns frutos de quatro administrações responsáveis consecutivas. Foi considerada a melhor capital do país para o desenvolvimento de crianças até seis anos de idade pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância em 2000 e obteve o melhor índice de satisfação da população com os serviços públicos entre as capitais brasileiras, segundo pesquisa da Fundação Getúlio Vargas em 2002 (*ibidem*).

[13] O índice de desenvolvimento humano foi criado pela Organização das Nações Unidas com a intenção de 'medir o desenvolvimento humano', com base em parâmetros diversos, como nível de escolaridade, expectativa de vida ao nascer e renda per capita. Anteriormente, as avaliações incluíam somente o fator econômico, o que trazia distorções. Atualmente, todos os estados brasileiros estão acima da linha média de desenvolvimento, que é de 0,5 (sendo o máximo 1). Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, um alto desenvolvimento humano é considerado quando o local apresenta um IDH maior que 0,8. IDH-M se refere a esse índice no âmbito municipal.

A Região de São Pedro, ou Grande São Pedro, cenário desse estudo de caso é uma das seis regiões de saúde do município. Está localizada no lado norte-noroeste de Vitória, banhada pela baía, caracterizando uma região litorânea com grande área de manguezal.

A ocupação do espaço físico, nessa região, aconteceu a partir da década de setenta, através de invasões de uma população migrante do interior do estado, sul da Bahia, leste de Minas Gerais e norte do Rio de Janeiro, atraída pelos grandes projetos industriais (SEMUS, 1995).

A maior parte das terras invadidas era área de mangue, onde se erguiam as palafitas. Em vários locais foi feito aterro pelos próprios moradores, com o lixo urbano – sistematicamente depositado pela administração municipal na época. A ocupação estendeu-se em direção ao canal marítimo através de subhabitações sem quaisquer condições sanitárias (*ibidem*).

Nesse ambiente, a população da área passou a se organizar em torno da cata e comercialização do lixo, trabalho controlado, principalmente, pelas mulheres. Todas as decisões eram tomadas em reuniões semanais, que ocorriam, à noite, no meio do lixo.

Os moradores se organizaram conquistando, aos poucos, benfeitorias através da própria mobilização. Como exemplo, cita-se que em 1977 a comunidade aproveitou a festa da semana da pátria e ameaçou o prefeito, dizendo que o governador iria visitar o bairro e presenciaria a cena caótica em que se encontravam os moradores. Pressionado, o prefeito decidiu mandar aterrar a primeira rua do bairro (Dias, 2001).

Esse foi o início de muitas outras conquistas, sempre lembradas, como pode ser visto nas escolhas dos nomes das ruas: 'Rua da Coragem', 'Rua da Dificuldade', 'Rua da Igualdade' e dos bairros: 'Conquista', 'Resistência' e 'Nova Palestina'.

Nesse contexto, a urbanização teve início no final da década de oitenta com a delimitação da área de manguezal não devastada, abertura de ruas, calçamento e saneamento básico.

Um importante marco foi a construção da Usina de Triagem e Compostagem de Lixo, que passou a absorver o lixo anteriormente depositado no mangue, sendo operada pelos antigos catadores que se reuniram no primeiro Sindicato de Catadores de Lixo formado no país, atuante até hoje. O nível de participação popular é bastante elevado na região, cujas assembléias para discussão do Orçamento Popular são as mais concorridas de Vitória (SEMUS, 1997).

A região tem hoje 32.171 habitantes, distribuídos em uma pequena área geográfica bem delimitada composta por 10 bairros. Há um visível investimento em

infra-estrutura – saneamento, pavimentação, área de lazer, unidades de saúde, escolas, campus universitário, além de projetos relacionados ao turismo como o trabalho das desfiadeiras de siri e rota do manguezal.

As residências são, em sua maioria, de alvenaria – 78,63% - e o abastecimento de água, através da rede pública, cobre 99,7% da população. A coleta de lixo apresenta uma cobertura de 97,7% e o sistema de esgoto atinge 96,6% dos moradores (SEMUS, 2004).

O tempo médio de estudo das pessoas responsáveis pelos domicílios é de cinco anos e 84,5% da população é alfabetizada. A renda média dos moradores está entre um e três salários mínimos, sendo predominante a economia informal (Vitória, 2003).

> *Década de 70: o desemprego é motivo de angústia entre um enorme contingente de famílias oriundas do campo e que não param de chegar à Grande Vitória. No contorno da cidade, o mangue ainda é a moradia de caranguejos. Mas essa realidade muda de repente no início de 1977 quando surge o bairro São Pedro. Em abril daquele ano a 'rádio-peão' – a informação passada de boca em boca – levou para o local dezenas de famílias, originando a maior ocupação de terras de todos os tempos na capital do estado. Onze anos depois, com uma população aproximadamente de vinte mil pessoas, a Grande São Pedro é reflexo do poder de organização popular* (A Gazeta, 1993).

## 3.2. Características do Sistema de Saúde

O atual sistema de saúde de Vitória começou a se configurar, de fato, a partir de 1989, quando a administração municipal passou a realizar mudanças nas relações sociais, econômicas e administrativas, estimulando o controle social sobre o poder público (SEMUS, 2002).

Dentro do princípio de descentralização com regionalização da assistência, algumas ações de vigilância sanitária de alimentos e vigilância epidemiológica foram municipalizadas e, em 1990, o município foi dividido em regiões de saúde para facilitar e melhorar a organização dos serviços. O Conselho Municipal de Saúde, criado em 1991, convocou a I Conferência Municipal de Saúde com o tema "Saúde: a municipalização é o caminho" (*ibidem*).

Em 1995, iniciou-se o processo de territorialização, objetivando a implantação do novo modelo de atenção à saúde, baseado nos Sistemas Locais de Saúde. Com os territórios já definidos, os profissionais realizaram diagnósticos situacionais em cada

um deles, incorporando as necessidades de cada comunidade ao planejamento local das ações em saúde.

A definição dos territórios e elaboração dos diagnósticos de saúde provocou o desenvolvimento de ações programáticas a partir dos problemas identificados e dos riscos a que estava exposta a população. Este processo foi denominado de 'apropriação do território', através do qual, progressivamente, as unidades básicas acompanhavam melhor a população sob sua responsabilidade.

A municipalização das unidades básicas de saúde estaduais aconteceu em 1996, assim como a II Conferência Municipal de Saúde com o tema "Sistemas Locais de Saúde: construindo a saúde que queremos". Conselhos ou comissões de saúde foram criados em cada território.

Em conferências regionais de saúde, passaram a ser discutidos os caminhos e possibilidades para melhoria da qualidade assistencial, e definiu-se que o meio para a organização da assistência, sua humanização e busca de mais responsabilidade institucional pelos resultados, deveria começar pela implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de organização da atenção básica (SEMUS, 2001a).

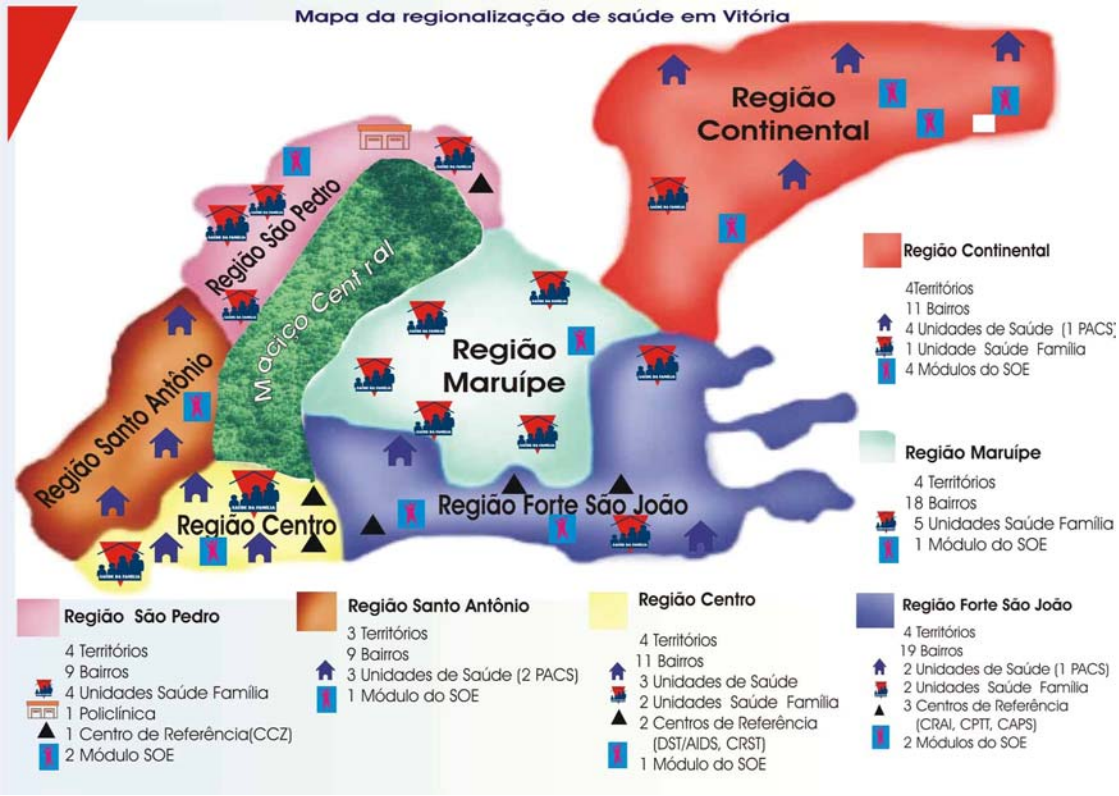
Assim, o município habilitou-se na condição de Gestão Plena da Atenção Básica em 1998, de acordo com a NOB/96 e iniciou a implantação do PSF – com o primeiro módulo na Região de São Pedro – em consonância com a referida norma, ampliando a cobertura e acesso aos serviços nos territórios e fortalecendo o vínculo com as comunidades. O objetivo não é apenas cobrir áreas sem serviços de saúde e áreas periféricas com população de menor nível sócio-econômico, mas sim implantar o PACS em todo o município até 2004 e o PSF até 2007.

Os programas de saúde, muitas vezes guiados por lógicas tecno-burocráticas, evoluíram através da utilização da metodologia do planejamento estratégico, buscando incorporar as necessidades da população.

Atualmente, Vitória encontra-se habilitada para a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, de acordo com a NOAS/02, desde novembro de 2003, contando com vinte e seis unidades básicas de saúde, das quais quatorze são unidades de saúde da família; dois pronto-atendimentos; uma policlínica de especialidades; onze módulos de orientação ao exercício físico; seis centros de referência e um laboratório municipal de análises clínicas com vinte e dois postos descentralizados de coleta de material. Esses serviços estão distribuídos nas seis regiões de saúde que agregam os vinte e seis territórios (Vitória, 2003).

A estratégia de saúde da família cobre atualmente 44,5% da população com o PSF e 22% com o PACS (SEMUS, 2004). A meta para este ano é alcançar 55% de cobertura de PSF e 100% de PACS.

Figura 3: Mapa da regionalização da saúde e equipamentos próprios da rede municipal, Vitória, 2003.




Fonte: CEDOC/SEMUS

Além desses serviços próprios, a capital concentra a maior parte da rede de serviços ambulatorial, hospitalar e logística de média e alta complexidade, sob gestão estadual, sendo referência intermunicipal, inter-regional e interestadual.

O perfil epidemiológico do município assemelha-se ao cenário nacional. As três principais causas de óbito no município em 2000 foram as doenças do aparelho circulatório, seguida das neoplasias e dos óbitos decorrentes de causas externas com predomínio de homicídios. Os coeficientes da mortalidade proporcional dos três agravos respectivamente foram: 35,20; 16,44; e 15,90 (SEMUS, 2001b).

As principais causas de morbidade no município são, respectivamente, as doenças do aparelho respiratório, do aparelho digestivo e do aparelho circulatório (*ibidem*).

Em síntese, a Secretaria Municipal de Saúde vem implementando, nessa última década, um modelo de saúde pautado nos princípios dos Sistemas Locais de Saúde, tais como: descentralização, territorialização, planejamento e programação local, participação social, orientação por problemas, prática da vigilância à saúde e intersetorialidade (Montenegro et al, 2000).

- **O Sistema de Saúde da Região de São Pedro**

A região apresenta um perfil epidemiológico diferente do município como um todo quanto ao coeficiente de mortalidade proporcional por grandes causas. No ano de 2000 as causas externas apresentaram um coeficiente de 27,4; as doenças do aparelho circulatório, 22,6 e as neoplasias 11,0. A violência é a principal causa de morte e está relacionada entre outras causas ao narcotráfico (SEMUS, 2001b).

A principais causas de morbidade no ano de 2000 foram, respectivamente, as doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho digestivo.

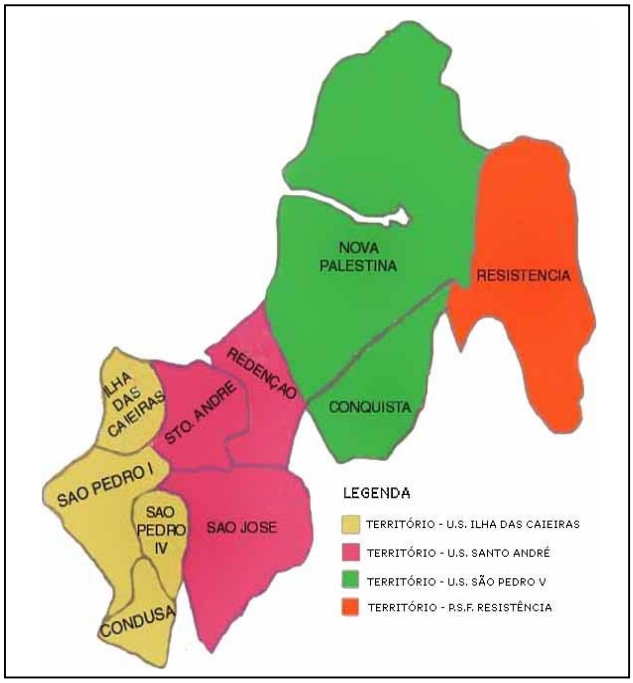
A estrutura física da assistência à saúde é formada por um centro de referência municipal em controle de zoonoses e vigilância ambiental; um módulo de orientação ao exercício físico, quatro USFs, sendo a primeira região de saúde do município totalmente coberta pelo PSF, e uma policlínica, para suporte às USFs da região.

A Policlínica da Região de São Pedro funciona todos os dias, incluindo domingos e feriados, de 7h às 19h. Sua organização foi baseada na lógica do SISS, ou seja, garantir continuidade do cuidado em saúde, e oferece à população os seguintes serviços: pronto-atendimento em clínica geral e pediatria, com sala de observação; consultas nas especialidades de cardiologia, dermatologia, oftalmologia, neurologia, psiquiatria, urologia e homeopatia; atendimento odontológico especializado e de urgência; serviço de apoio diagnóstico em patologia clínica, radiologia e eletrocardiografia; e apoio terapêutico com dispensação de medicamentos.

Esse serviço foi inaugurado com o objetivo de organizar uma parcela da atenção secundária na região e de oferecer pronto-atendimento, principalmente nos fins de semana, sendo que, com exceção dos casos de urgência, a porta de entrada (primeiro contato) dos usuários deve ser uma equipe de saúde da família do território onde reside.

Essas equipes de saúde da família são formadas por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários. As USFs contam, ainda, com uma equipe de apoio formada por 01psicólogo, 01 assistente social e 02 odontólogos.

Figura 4: Divisão por bairros e territórios de saúde, Região de São Pedro, Vitória, 2003




Fonte: SEMUS

Quadro 2: Distribuição das USFs de acordo com os bairros, territórios, população e número de equipes de saúde da família, Região de São Pedro, 2003.

| **Bairros** | **Territórios** | **População** | **Número de equipes e número de famílias por equipe** | **Início da implantação do PSF** |
|---|---|---|---|---|
| Ilha das Caieiras, São Pedro I, São Pedro II e Condusa | USF Ilha das Caieiras | 7224 | Três<br>636 famílias/equipe | Fev/00 |
| Santo André, São Pedro III, Redenção | USF Santo André | 9.366 | Três<br>807 famílias/equipe | Fev/00 |
| Nova Palestina (São Pedro V) e Conquista | USF São Pedro V | 9.304 | Quatro<br>598 famílias/equipe | Fev/00 |
| Resistência | USF Resistência | 6.277 | Duas<br>766 famílias/equipe | Fev/98 |
| TOTAL | | 32.171 | Doze | |

Fonte: SIAB – jan 2004

Segundo dados do SIAB, consolidado de 2003, as equipes da região alcançam bons indicadores de acompanhamento dos principais agravos ou condições e média de consulta por habitante, conforme quadros abaixo. É importante ressaltar que 8,97% da população possui plano de saúde.

Quadro 3: Percentual de acompanhamento principais agravos/condições pelo PSF, Região de São Pedro, Vitória, 2003.

| Agravo/Condição | Percentual acompanhado |
|---|---|
| Gestantes | 98,54 |
| Gestantes que iniciaram pré-natal no 1º trimestre | 79,63 |
| Crianças até 1 ano com vacinação em dia | 97,88 |
| Crianças até 1 ano pesadas | 91,52* |
| Recém nascidos pesados ao nascer | 96,65 |
| Diabéticos | 93,65 |
| Hipertensos | 91,95 |
| Pessoas com tuberculose | 92,31 |
| Pessoas com hanseníase | 94,92 |
| Média de visitas por família/mês | 1,22 |

*Desse total 3,28% estavam desnutridas - Fonte: SIAB

Quadro 4: Média de consultas nas USFs de residentes na Região de São Pedro por faixa etária, 2003.

| Faixa etária | Média de consultas no ano* |
|---|---|
| Até 1 ano | 7,29 |
| 1 a 4 anos | 4,38 |
| 5 a 9 anos | 0,91 |
| 10 a 14 anos | 0,74 |
| 15 a 19 anos | 1,10 |
| 20 a 39 anos | 1,07 |
| 40 a 49 anos | 1,66 |
| 50 a 59 anos | 2,32 |
| 60 anos e mais | 2,97 |

*Somente consultas médicas, não computados atendimentos realizados pelos enfermeiros e equipe de apoio - Fonte: SIAB.

Em síntese, a atenção primária à saúde encontra-se razoavelmente organizada no município e na Região de São Pedro, mas a organização e oferta dos serviços de maior densidade tecnológica vêm se mostrando insuficientes. Esse problema é fruto da fragmentação da oferta de serviços de saúde e tem como fatores limitantes, entre outros, a condição de habilitação do município e as deficiências no sistema de referência e contra referência. A organização e a oferta desses serviços tornam-se um grande desafio para a garantia da atenção integral à população.

Nessa perspectiva, em 2000, mesmo sem governabilidade sobre a assistência hospitalar e ambulatorial de maior complexidade, mas, pressionada pela população, que passou a ter um pouco mais de acesso à atenção primária, a SEMUS propõe um modelo de organização de toda a rede de serviços através do Sistema Integrado de Serviços de Saúde, com o objetivo de promover a integração entre todos os níveis de assistência. O PSF passa a ser concebido como uma estratégia de reorganização de todo o sistema de saúde e não somente da atenção primária (SEMUS, 2002).

O processo de construção do SISS vem sendo realizado por profissionais da SEMUS, que receberam apoio técnico, nos dois primeiros anos, do consultor em sistemas e serviços de saúde Eugenio Vilaça Mendes e através de parcerias com a Organização Pan-Americana de Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo e Escola de Saúde Pública do Ceará, para a concepção de estratégias mais adequadas a sua efetivação.

# Capítulo IV: A dinâmica da construção da integralidade nas ações em saúde

> *Ainda que isso seja inevitável, pode provocar a sensação de que o SUS é um fracasso, dependendo de nossa informação e da capacidade de discernir entre o velho e o novo. É preciso descer à analise de aspectos particulares para identificar as mudanças. Em outras palavras é preciso buscar as mudanças no plano micro, não privilegiado pelo debate nacional e a mídia. É preciso olhar além do Ministério da Saúde* (Barros, 1997:119).

## 4.1. O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória

A construção do SISS em Vitória iniciou-se na Região de São Pedro, no ano 2000, com o nome fantasia de Projeto Integrar.

Essa opção por um Sistema Integrado de Serviços de Saúde, com aumento significativo de pontos de atenção à saúde, muitos prestados por instituições externas a SEMUS, é um fator que complexifica o trabalho de condução desse processo.

Nessa perspectiva, a implantação do SISS no município começou através de um piloto regional. A SEMUS fez essa escolha devido à constatação de sua pouca maturidade gerencial/institucional como um todo para viabilizar um projeto tão complexo, como pôde ser visto no primeiro capítulo desse estudo.

A metodologia desenvolvida no projeto piloto teve, então, como um dos objetivos desenvolver institucionalmente a Secretaria de Saúde, capacitando técnicos e gerentes para as novas funções que estavam sendo delineadas.

A Região de São Pedro foi escolhida por reunir condições mais favoráveis à viabilização do SISS, como:

- uma posição geográfica de relativo isolamento que dificulta tanto o acesso dos moradores às outras regiões de saúde – mas facilita a criação de vínculo entre usuários e equipe de saúde – quanto a vinda de moradores de outras regiões ou municípios para atendimento em São Pedro;
- a capacidade histórica de mobilização dos moradores para alcançarem melhorias na região;
- a inauguração da Policlínica São Pedro que ampliou os pontos de atenção à saúde sob governabilidade do município;
- a mobilização dos profissionais e Conselhos Locais de Saúde para a reestruturação de um sistema de saúde de base regional nos últimos anos.

Sobre esse último ponto, vale destacar que a estrutura de serviços na Grande São Pedro era formada, em 1999, por um módulo de saúde da família e quatro unidades básicas, estando a maior unidade localizada no menor território e sem definição clara de clientela. Assim, sentindo a necessidade de reestruturação do sistema de saúde com uma

concepção mais regionalizada, um grupo espontaneamente formado por técnicos e gerentes locais elaborou e apresentou ao gestor municipal um projeto intitulado "Projeto São Pedro: da utopia à ousadia" que já se baseava nas concepções de integralidade e responsabilização das ações de saúde.

Esse projeto objetivou mudar a lógica de atendimento nas unidades básicas através da estratégia de saúde da família e ampliar o acesso aos outros níveis de atenção à saúde.

Previa a redefinição dos territórios da região; sensibilização de todos os profissionais das unidades de saúde e mobilização da comunidade para o processo de mudança das práticas em saúde; redefinição e redistribuição dos profissionais; estruturação de um pronto-atendimento regional para aliviar a demanda nas unidades básicas; definição do perfil e estruturação do funcionamento da Policlínica São Pedro que estava em construção; elaboração de estratégias em saúde mental e saúde bucal; organização da referência hospitalar e de especialidades; e criação de um colegiado de gestão regional (SEMUS, 1999).

Através do empenho dos profissionais, esse projeto ganhou força e governabilidade que viabilizaram sua efetivação. Dessa forma, pode ser considerado o embrião do SISS.

Nesse cenário de uma boa mobilização dos profissionais e da população da Região de São Pedro em busca de soluções para as necessidades de saúde, a primeira fase de implantação do SISS no município inicia-se com o objetivo de promover o atendimento integral e de qualidade à população da Região de Saúde de São Pedro.

Os objetivos específicos dessa primeira etapa, que incorpora alguns objetivos do "Projeto São Pedro: da utopia à ousadia", são: organizar a atenção primária através da estratégia de saúde da família; implantar a atenção domiciliar; organizar o sistema de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental; organizar a atenção especializada e hospitalar, capacitar os recursos humanos para o novo modelo de atenção; reorganizar a estrutura do nível central da SEMUS; preparar o município para a gestão plena do Sistema Municipal de saúde; melhorar a relação custo/benefício, otimizando os recursos do sistema de saúde; aprimorar o sistema de regulação local (SEMUS, 2001a).

A construção do Projeto Integrar iniciou-se com a definição de um grupo de trabalho (GT) composto por uma coordenação política, representada pelo secretário municipal de saúde e um grupo de coordenação técnica, liderado pelo subsecretário de saúde e formado por profissionais do nível central da SEMUS – diretores de departamento, coordenadores e assessores técnicos; gerentes e profissionais da região de

São Pedro; representantes do Hospital Universitário do município, da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e da Fundação Nacional de Saúde.

O processo de intervenção e, ao mesmo tempo, educacional, envolvendo dimensões emocionais e técnicas, foi realizado através de seminários. Esses eram precedidos de um diagnóstico da situação atual e, após a realização do seminário, para o qual eram convidados vários atores, considerados importantes para a discussão e estruturação do tema em questão, era formado um grupo técnico temático responsável por elaborar a proposta de intervenção.

Alguns seminários temáticos contaram com consultoria externa, outros foram desenvolvidos por técnicos do próprio município. Aconteceram no auditório da Policlínica São Pedro, para que todos conhecessem a região.

A descrição a seguir apenas resume o processo ocorrido durante onze meses, sendo que o conteúdo de cada seminário encontra-se detalhadamente descrito nos projetos de intervenção (SEMUS, 2001a).

- Sensibilização e conceituação dos Sistemas Integrados de Serviços de Saúde: realizado para o grupo de trabalho principal;

- Mobilização Social: contou com a participação de grande número de profissionais da região, das lideranças comunitárias e dos conselheiros locais de saúde. Um dos resultados importantes do projeto de intervenção foi a elaboração e escolha, por grupos focais da comunidade, do imaginário social convocante do Projeto Integrar: "São Pedro em ação, saúde com integração";

- Planejamento: voltado para o grupo de trabalho principal que optou pela utilização do planejamento estratégico situacional como instrumento único de construção dos projetos de intervenção;

- Lançamento do Projeto Integrar: realizado no auditório da Rede Gazeta de Comunicações. Objetivou o lançamento político do projeto com a participação de mais de 300 pessoas, dentre essas, representantes do Conselho Municipal de Saúde, do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde, da Secretaria Estadual, do prefeito municipal,

além de vários secretários municipais, técnicos da saúde e de instituições de ensino e população em geral;

- Atenção Primária à Saúde: objetivou a organização da base estruturante do SISS, o projeto de intervenção foi iniciado com a implantação de onze equipes do Programa de Saúde da Família na região de São Pedro;

- Ações Coletivas – vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental;

- Atenção Farmacêutica;

- Sistema de Apoio Diagnóstico: realizado para organizar, em um primeiro momento, a oferta contínua dos exames laboratoriais para a região de São Pedro. Contou com a participação do GT e técnicos dos três níveis da SEMUS e foi conduzido pelos técnicos do Laboratório Central. O resultado foi o projeto de intervenção e a montagem imediata de postos de coleta na região;

- Controle Social: objetivando melhorar os mecanismos de controle público, esse seminário contou com a participação da população, do Ministério Público, Conselho Municipal de Saúde, Procon, Comissão de Saúde da Câmara Municipal, e de profissionais de saúde;

- Internação Domiciliar: foi precedido de uma viagem de profissionais da SEMUS, com apoio da OPAS, ao município de Marília – SP para visita técnica aos serviços de internação domiciliar. Após essa visita, organizou-se o seminário que contou com a participação dos técnicos da SEMUS, da SESA, do Hospital Universitário, Hospital São Lucas, Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Santa Casa de Misericórdia e do Serviço de Internação Domiciliar da UNIMED;

- Assistência ao Parto: também foi precedido de uma visita técnica ao estado de São Paulo, para conhecer a experiência da Casa de Parto de Sapopemba;

- Saúde Mental;

- Atenção Secundária / Cirurgia Ambulatorial: precedido de visita técnica ao município de Marília/SP e ao Serviço de Cirurgia Ambulatorial do Hospital dos Servidores Públicos do Rio de Janeiro, além de um estudo de necessidade realizado por técnicos do Departamento de Avaliação e Controle da SEMUS. Participaram do seminário os técnicos da SEMUS e da SESA, hospitais públicos e filantrópicos e coordenação estadual da Programação Pactuada Integrada – P.P.I.;

- Centros de Referência Especializados: realizado para organizar o fluxo e estabelecer a relação entre os centros de referência municipais e os serviços de saúde da região de São Pedro (Unidades de Saúde da Família e Policlínica).

Desse modo, foram realizados 14 seminários temáticos com envolvimento direto de mais de novecentas pessoas e indireto de mil e seiscentas pessoas entre profissionais de saúde do nível local, regional e central, técnicos de outras Secretarias Municipais de Saúde, da Secretaria Estadual e de outras instituições de saúde – hospitais, Fundação Nacional de Saúde, centros especializados – instituições públicas e privadas de ensino superior em saúde, lideranças comunitárias, Conselheiros Locais de Saúde e população em geral.

Após esse processo, alguns projetos de intervenção foram ou estão sendo implementados em maior ou menor graus na região, como será analisado posteriormente.

Em síntese, a primeira etapa da implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória, visou, basicamente, a alguns pontos:

- elaborar e difundir, interna e externamente, o conceito de Sistema Integrado de Serviços de Saúde;
- promover o alinhamento conceitual da SEMUS sobre Sistema Integrado de Serviços de Saúde;
- criar uma identidade e uma marca institucional para o Sistema Integrado de Serviços de Saúde da SEMUS;

- formalizar uma estrutura *ad hoc* composta pelo grupo de trabalho principal e pelos diferentes grupos de trabalho temáticos para implantar o projeto piloto na região de São Pedro;
- realizar análises situacionais e seminários temáticos de sensibilização e proposição de estratégias de intervenção temáticas para a região de São Pedro;
- iniciar a implantação, na região de São Pedro, de alguns novos pontos de atenção à saúde como cirurgia ambulatorial e internação domiciliar;
- fortalecer a estratégia de saúde da família como ponto de atenção à saúde organizador de todo o sistema.

Portanto, nessa primeira etapa definiu-se e socializou-se, na instituição e na sociedade, uma proposta inovadora de política de saúde para a SEMUS, que iniciou a implantação dessa proposta através de um projeto piloto na região de São Pedro.

A segunda etapa de implantação do SISS, iniciada em 2001, que como a primeira continua em desenvolvimento, propôs a preparação organizacional definitiva da SEMUS, através do desenvolvimento de sua capacidade institucional, para garantir a sustentabilidade de todo o processo em curso. Além disso, vale ressaltar a necessidade de adequação à nova conjuntura político organizacional introduzida com a NOAS/02.

O sistema de condução foi revisto com o objetivo de superar a fase de piloto da Região de São Pedro, com a estrutura central da SEMUS assumindo, como tarefa institucional, a implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde, considerado, agora, como a política de saúde municipal.

> *Os projetos piloto têm sua utilidade, mas a sua permanência, além de um tempo necessário, pode fazer com que se dê uma clivagem indesejável entre uma gerência convencional, expressa na ação cotidiana inercial da organização, e o sistema novo, decodificado como um mero apêndice localizado na periferia institucional e tocado por estruturas ad hoc. Para tal, há que se abandonar o arranjo institucional matricial que se construiu para a implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde, instituindo, em seu lugar, uma estrutura gerencial permanente* (Mendes, 2001b).

Nessa perspectiva, o projeto começa a dar ênfase ao desenvolvimento institucional da SEMUS e passa a ser operacionalizado por subsistemas, de acordo com as prioridades estabelecidas na NOAS/02 – tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, saúde bucal, saúde da mulher e da criança – e ainda saúde mental, do adolescente e do idoso.

O subprojeto de integração materno infantil – "Vitória da Vida" – é o primeiro a ser desenvolvido e envolve: planejamento familiar e risco reprodutivo; pré-natal, parto e puerpério; e saúde infantil. Está sendo operacionalizado através da construção de uma rede de defesa da vida, da qual fazem parte as unidades básicas de saúde, o Comitê Municipal de Prevenção e Estudo da Mortalidade Materna e Infantil, formado por técnicos da SEMUS que investigam todas as mortes de munícipes menores de 1 ano e mulheres entre 10 e 49 anos, a maternidade filantrópica de referência municipal (Pró-Matre) e os comitês Vitória da Vida, formados pela sociedade civil.

Seu desenvolvimento foi impulsionado por uma meta mobilizadora – resultado-síntese que se pretende alcançar e que determina a direção fundamental da instituição – que pretende reduzir a mortalidade infantil para um dígito até 2004. No lançamento da meta, em 2001, a taxa de mortalidade infantil no município era de 11,7/1000 nascidos vivos.

Todavia a conformação de um novo objeto, expresso no Sistema Integrado de Serviços de Saúde, exige um esforço de desenvolvimento institucional da Secretaria Municipal de Saúde, que significa desenvolver estruturas, sistemas tecnoadministrativos e recursos, especialmente humanos, de forma coerente e apropriada, de acordo com a ambiência externa e com o contexto sócio-econômico.

> *Ou seja, as mudanças internas e externas pela qual está passando a SEMUS nesse momento, impõem a obediência ao postulado da coerência que diz que, a um novo objeto, devem corresponder missão, visão, papéis institucionais, estruturas, sistemas e recursos com ele coerentes. Ao romper-se essa coerência abre-se uma crise institucional que só pode ser restaurada por um processo de desenvolvimento de capacidade institucional que restabeleça a coerência perdida* (Mendes, 2001b ).

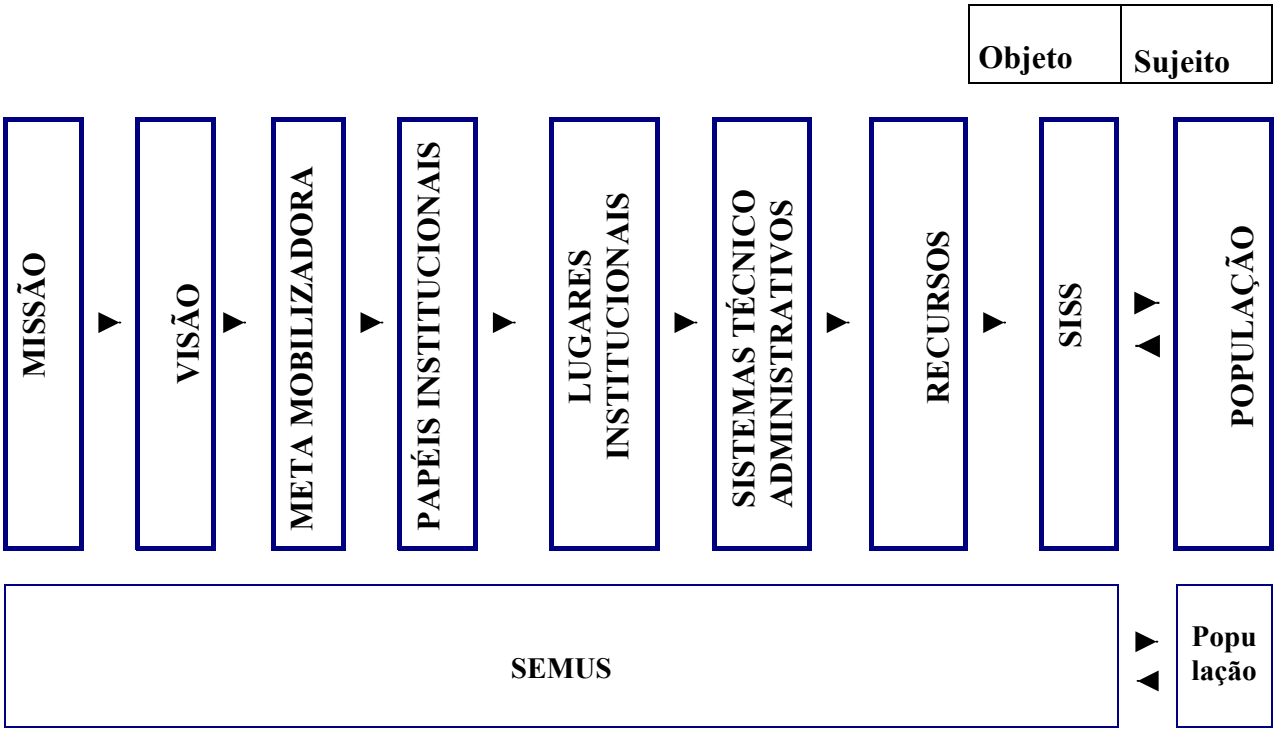
A SEMUS passa a ter uma nova missão: "Promover permanentemente a saúde da população de Vitória com qualidade e integralidade".

Percebe-se na figura 5 que o movimento das organizações de serviços de saúde é dinâmico porque essas ao evoluírem, pela construção de um novo objeto, descontróem-se institucionalmente, o que solicita um novo processo de reconstrução institucional.

Essa segunda etapa de implantação envolveu, por conseguinte, uma definição estratégica dos novos papéis institucionais da SEMUS baseada em cenários presente e futuro, tendo como referenciais: o plano estratégico da cidade de Vitória; as diretrizes de curto, médio e longo prazos do SUS, especialmente a agenda do Ministério da Saúde; e o planejamento estratégico da SEMUS.

Baseados no novo objeto colocado, o SISS, e nas trajetórias de médio e longo prazo, deveriam ser criados mecanismos de contratação endógenos e exógenos no Sistema Municipal de Saúde, constituintes do sistema de auditoria, através de diferentes modelos de contratos.

Figura 5: O modelo de desenvolvimento da capacidade institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, proposto para a segunda fase de implantação do SISS




Fonte: Mendes, 2001b

Os contratos de gestão exógenos devem ser estabelecidos com reguladores ou prestadores terceiros. Ao contrário, o contrato endógeno é feito, por exemplo, entre níveis distintos de hierarquia da própria SEMUS: gabinete do secretário municipal com coordenadores locais; coordenadores locais com equipes de saúde da família, e outros.

Nesse contexto, o projeto previu especial atenção ao refinamento do sistema gerencial existente na SEMUS, através da construção hierarquizada de planos de gestão e de sistemas de informação gerencial, por níveis institucionais (central, regional e local), e do estabelecimento de relações contratuais entre esses diferentes níveis.

O objetivo não era formalizar uma nova estrutura organizacional para a Secretaria Municipal de Saúde, mas ir construindo, processualmente, lugares institucionais e sistemas tecnoadministrativos, provendo recursos adequados dentro da estrutura atualmente vigente.

Paralelamente, a SEMUS deveria evoluir ganhando governabilidade sobre os recursos de saúde do município.

Esse movimento se impõe por razões política e técnica. Do ponto de vista político, porque para a integração do sistema de serviços de saúde de Vitória é necessário reduzir o grau de dependência de pontos de atenção à saúde sob a governança da Secretaria Estadual de Saúde. Do ponto de vista técnico, porque se não for ampliada a governança da SEMUS sobre os pontos de atenção à saúde de referência secundária públicos e/ou privados já existentes, poderá haver um incremento desnecessário de serviços e de gastos pela SEMUS.

Ganhar governabilidade sobre o Sistema Municipal de saúde significa ter como objetivo a Gestão Plena do Sistema Municipal para o qual deve-se aproveitar o momento propício colocado pela necessidade de habilitação na NOAS/02.

## 4.2. Efeitos do processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde no Sistema de Saúde Municipal

A análise dos documentos, produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde, e das informações obtidas nas entrevistas com seus gerentes, profissionais de saúde e referências técnicas revelou as diversas ações desenvolvidas para a efetivação do SISS que extrapolam o projeto piloto da Região de São Pedro envolvendo todo o Sistema Municipal de Saúde. Dentre essas ações destacam-se algumas que serão descritas e analisadas.

- **A Estratégia de Saúde da Família**

A concepção do SISS trouxe para a SEMUS um grande consenso quanto à importância do fortalecimento da estratégia de saúde da família, para que esta cumpra o papel de coordenação de toda a rede de serviços.

Nessa perspectiva, em julho de 2001, implantou-se, com a consultoria da Escola de Saúde Pública do Ceará, o Programa de Educação Permanente (PEP). Seu objetivo é atender às necessidades de aperfeiçoamento profissional de médicos (PEPmed) e enfermeiros (PEPenf), geradas pelo novo modelo de atenção à saúde introduzido através da estratégia de saúde da família.

A concepção desse programa atende ao estabelecido no artigo 14, parágrafo único da Lei Federal 8.080 (Brasil, 1990):

> *Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.*
> *Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuadas dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.*

O PEP é realizado em todas as unidades de saúde da família do município. A equipe do PEPmed é composta por dois ginecologistas/obstetras, um pediatra e um clínico geral e o PEPenf tem, como responsável, um enfermeiro. Cada equipe atende uma das seis regiões de saúde do município. Os educadores permanentes, que receberam treinamento em medicina baseada em evidências, supervisionam o estudo dos grupos de aperfeiçoamento profissional – GAPs, que são formados por médicos e enfermeiros, separadamente, de cada região de saúde em reuniões semanais de estudo.

A metodologia desse programa é centrada no profissional e na sua realidade de trabalho privilegiando o aprendizado em pequenos grupos, através de revisão entre pares e da aprendizagem baseada em problemas; o treinamento individual em serviço para o desenvolvimento de habilidades clínicas; a abordagem de temas através de módulos de capacitação de pouco domínio dos profissionais e relevantes para o cumprimento das metas da SEMUS; a elaboração e acompanhamento de protocolos clínicos e linhas-guia, baseados na melhor evidência disponível e na realidade do município; e o desenvolvimento do planejamento local. No ano de 2003, cada médico de família teve 150 horas de capacitação.

Destaca-se que a revisão entre pares é realizada através de uma reflexão crítica contínua e sistemática de um pequeno grupo de profissionais de saúde da família sobre a sua própria performance, com o objetivo de alcançar uma melhora sucessiva no cuidado do paciente. É um processo permanente, envolvendo a definição de critérios, avaliação da atuação e implementação de mudanças.

Assim, a educação permanente identifica problemas do trabalho e do desempenho dos profissionais, viabiliza as mudanças cognitivas e tecnológicas nas equipes de saúde, assim como mantém a competência dos profissionais de saúde ao longo do tempo. Desse modo, pretende-se responder, apropriadamente, às transformações demográficas, epidemiológicas, tecnológicas, econômicas e sociais que incidem sobre os sistemas de serviços de saúde.

O que singulariza o processo de educação permanente na SEMUS é, de um lado, a criação de um ambiente favorável para que os profissionais aprendam a aprender

autonomamente, durante todo o período de sua vida e, de outro, que isso se faça em grupos de pares e com metodologia baseada em problemas.

Os educadores permanentes atuam ainda em ambulatórios de referência em pediatria, clínica médica e ginecologia para suporte aos médicos de família, melhorando a resolutividade da atenção básica em saúde.

Uma pesquisa realizada pela SEMUS, em novembro de 2003, com os médicos de saúde da família revelou que 94,4% dos profissionais consideraram que o PEP vem modificando e qualificando sua prática profissional. Isso também pôde ser evidenciado na fala de dois médicos de família da Região de São Pedro, quando responderam sobre os avanços que a implementação do SISS trouxe para o sistema local de saúde:

> ***O GAP representa um momento muito esperado durante toda a semana, pois é o 'nosso espaço', único, onde podemos nos encontrar para conscientização, atualização, reciclagem, troca de experiências, sendo, portanto, enriquecedor e só depende de nós mesmos enriquecê-lo ainda mais.*** (P)

> ***Para mim, o PEPmed é uma grande conquista em termos de educação continuada e nos proporciona uma educação permanente de excelente qualidade. É um verdadeiro privilégio dispor deste tempo de estudo semanal, dentro de nossa rotina (carga horária) de trabalho, principalmente se considerarmos a realidade atual dos profissionais de saúde pública no Brasil.***(P)

A estratégia de implantação do PSF, adotada pela SEMUS, que, no início, estava centrada na população carente e considerada de risco epidemiológico, se afastou dessa perspectiva de focalização, comum a experiências existentes, com as novas concepções trazidas pela implantação do SISS. A meta atual é consolidar o PSF em todo o município, com o duplo desafio de reorganizar a atenção básica e provocar a remodelagem de toda a rede de maior densidade tecnológica, criando-se canais de integração entre o PSF e os demais serviços.

> *Com a organização da atenção primária pela estratégia de saúde da família, através de protocolos clínicos, introdução da medicina baseada em evidências, aumento da densidade tecnológica do nível primário, a Secretaria de Saúde acredita que diminuirá a demanda por atenção secundária, terciária, dos serviços de apoio diagnóstico terapêutico e, conseqüentemente, tornará o sistema mais organizado e resolutivo* (Fonseca, 2003).

## ▪ A Normalização dos Processos de Trabalho

Os instrumentos de normalização dos processos de trabalho em saúde, protocolos e linhas-guia, são recomendações preparadas de forma sistemática e alicerçadas em evidências científicas, com o propósito de influenciar decisões a respeito de intervenções de saúde, ligando medicina baseada em evidência, avaliação tecnológica e garantia de qualidade (Eddy, 1990). Esses instrumentos são a base da gestão da clínica, tecnologia necessária para a efetivação do SISS.

Nesse sentido, a SEMUS iniciou em 2002, como parte da segunda etapa de implantação do SISS, a elaboração dos protocolos de assistência e linhas-guia com o objetivo de controlar a variabilidade da prática clínica, definir parâmetros da atenção à saúde; organizar o fluxo do usuário pelos serviços e contribuir para o processo de educação permanente dos profissionais. Sua construção ficou sob responsabilidade das referências técnicas[14] e dos educadores permanentes.

Foram priorizados os protocolos relacionados às competências estabelecidas na NOAS/02 para a atenção básica ampliada: saúde da mulher e da criança; doenças crônicas; e saúde bucal e ainda saúde mental.

Além desses, enfatizou-se a necessidade de utilização de um protocolo de acolhimento em todas as unidades básicas de saúde para facilitar o acesso e, regulando a demanda, melhorar e otimizar a relação entre usuários e serviços.

A previsão inicial era que esses protocolos fossem elaborados, validados, publicados, distribuídos e implantados através de um amplo processo educacional até o final do ano de 2002.

Essa revisão do conceito e das práticas educativas nos serviços de saúde pode assegurar a implantação e manutenção de uma nova cultura institucional voltada para os compromissos da organização, buscando-se substituir o autoritarismo pela autoridade da coordenação democrática e superar a alienação pela participação consciente no processo de trabalho, em toda sua extensão e significado.

Atualmente os protocolos referentes ao acolhimento, à saúde da mulher e da criança, impulsionados pela meta mobilizadora de redução da mortalidade infantil, estão em fase de distribuição. Os demais estão em fase de validação.

Os educadores permanentes, as referências técnicas e os profissionais das unidades de saúde da família que participaram da fase de validação consideram que

[14]A Divisão de Atenção Primária da SEMUS é constituída por profissionais que atuam como referências técnicas em sete áreas: saúde da criança, da mulher, do idoso, saúde mental, bucal, agravos não transmissíveis e agravos transmissíveis.

esses três primeiros protocolos podem contribuir para a qualidade da atenção e diminuir as incertezas na prática clínica generalista, trazendo mais segurança para o profissional.

- **O Projeto "Vitória da Vida"**

A SEMUS optou pela implantação do SISS, em todo o município, através da constituição de 'mini-redes' ou subsistemas integrados em consonância com as prioridades da NOAS/02 para a atenção básica.

O primeiro a ser desenvolvido é o subsistema materno infantil – "Vitória da Vida" – que estabeleceu como meta mobilizadora a redução da mortalidade infantil para um dígito até o ano de 2004.

A escolha dessa meta justifica-se pela maior facilidade de sensibilização de toda a comunidade sobre esse tema e pelas várias estratégias que devem ser conquistadas para o seu alcance. Dentre elas cita-se a melhoria das ações de planejamento familiar; melhoria da qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e da atenção ao recém nascido e à criança de 28 dias a 12 meses; melhoria da qualidade da vigilância à saúde materno-infantil; organização de ações intersetoriais voltadas para a saúde da criança e melhoria no sistema de coleta de dados das declarações de nascidos vivos e de óbitos.

A construção dessa rede em defesa da vida envolveu a criação do Comitê Municipal de Prevenção e Estudo da Mortalidade Materna e Infantil – COPEMI que investiga todas as mortes de munícipes menores de 1 ano e mulheres entre 10 e 49 anos e está ligado ao Departamento de Ações Integrais em Saúde (DAI) da SEMUS responsável pelas vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental.

Esse comitê se reúne semanalmente para avaliar as declarações de óbito obtidas nos cartórios e as investigações realizadas no prontuário hospitalar, no prontuário ambulatorial de pré-natal e puericultura e, em alguns casos, no domicílio. O objetivo é melhorar o sistema de informação e identificar causas evitáveis de mortalidade materna e infantil. Quando isso acontece, a informação é repassada para os educadores permanentes que analisam cada situação junto com a equipe local de saúde responsável. Dessa forma, o COPEMI desenvolve a perfilização clínica, um dos instrumentos da gestão da clínica, avaliando a propriedade da atenção ao pré-natal, parto e puerpério.

A identificação de possíveis causas evitáveis desencadeia diversas ações. Como exemplo cita-se a descentralização da coleta para urinocultura em todos os territórios de saúde, a partir da identificação de prematuridades devido a infecções no trato

geniturinário das gestantes e aplicação de penicilina benzatina nas unidades básicas de saúde para facilitar o tratamento da sífilis congênita.

Os membros desse comitê relatam que, no início, encontraram resistências em dialogar com os profissionais responsáveis pelo atendimento, mas que, hoje, a maioria entende a importância dessa tarefa e colabora apontando as debilidades no processo de trabalho e definindo conjuntamente as soluções.

Ainda no contexto da vigilância à saúde foi implantada, em abril de 2003, a notificação de alta hospitalar para munícipes menores de um ano. As altas são recolhidas nos hospitais, semanalmente, e encaminhadas às unidades básicas que providenciam uma visita domiciliar à criança em, no máximo, sete dias pós-alta, repassando a informação para o nível central da Secretaria de Saúde.

Os comitês de mobilização social "Vitória da Vida" também foram formados para colaborar com o alcance da meta de redução da mortalidade infantil. Em 2003, foram criados vinte e dois desses comitês, formados por grupos de dez a trinta pessoas entre voluntários e lideranças comunitárias, igrejas, pastorais da criança e outras entidades e profissionais da SEMUS. O objetivo é fazer o acompanhamento de gestantes e crianças em risco, desenvolvendo ações que garantam o acesso desses usuários ao Sistema de Saúde e também abordagens assistenciais de provimento das necessidades básicas dessas famílias.

Além dessas ações, houve o desenvolvimento de linhas-guia para a atenção à saúde da mulher e da criança, elaborados em 2003 e estando, agora, em fase de distribuição, treinamentos específicos para aumento da qualidade do pré-natal e fortalecimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Ressalta-se que as exigências contidas nessas linhas-guia definem a necessidade ou não da oferta de novos serviços pela SEMUS para garantir seu cumprimento e, conseqüentemente, a resolutividade da atenção à saúde.

Os resultados são positivos. A mortalidade infantil decresceu e a meta mobilizadora, de redução da mortalidade infantil para um dígito até 2004, foi atingida em 2002, conforme quadro cinco.

Apesar do alcance da meta, o COPEMI observou que 65,71% dos óbitos de 2002 tiveram como causa doenças originadas no período pré-natal, passíveis de controle na gravidez, mostrando que é possível diminuir ainda mais essa taxa.

Quadro 5: Taxa de mortalidade infantil, por mil nascidos vivos, Vitória, 1994 a 2002.

| Ano | Mortalidade infantil |
|---|---|
| 1994 | 21,62 |
| 1996 | 20,64 |
| 1998 | 15,05 |
| 2000 | 15,12 |
| 2001 | 11,75 |
| 2002 | 8,33 |

Fonte: SESA/SEMUS

É importante destacar a mudança cultural e operacional dada pelo uso de informação fina nas decisões relativas ao Projeto Vitória da Vida. Foi possível detectar, através das ações do COPEMI, que as informações do atestado de óbito de nada servem para orientar as decisões da SEMUS. Assim, se percebeu que as mortes por prematuridades eram, de fato, mortes por deficiência de conhecimento dos médicos, por exemplo, sobre infecção urinária nas gestantes, a causa verdadeira.

Além dessa sintonia fina informacional, o Programa de Educação Permanente de médicos e enfermeiros de família tem sido muito importante para a qualificação da assistência prestada por esses profissionais. A constatação de que era necessário atacar o problema da infecção urinária nas gestantes, teve, no PEP, uma resposta em tempo real, o que contribuiu para a redução, em curto prazo, da taxa de mortalidade infantil.

Percebe-se que o Projeto Vitória da Vida tem em sua concepção a gestão de patologia da atenção à gestante e à criança menor de um ano, havendo a elaboração das linhas-guia e protocolos, que darão uma melhor qualidade técnica e de comunicação ao processo; formação dos Comitês Vitória da Vida; a elaboração da programação com a definição das metas; e o sistema de controle e avaliação realizado pelo COPEMI.

Dessa maneira, a meta mobilizadora do Projeto Vitória da Vida foi alcançada, mas a consolidação do subsistema integrado materno-infantil ainda não aconteceu. Para concretizar essa rede de atenção há a necessidade de garantia de atenção ao parto.

A articulação com a maternidade Pró Matre não avançou, apesar da Prefeitura Municipal de Vitória continuar investindo financeiramente. Isso se deve à baixa capacidade gerencial interna dessa maternidade e, principalmente, da dificuldade da SEMUS em assumir uma cultura de regulação forte.

Esse fato aumentou a percepção organizacional da importância do aumento da governabilidade através da assunção à Gestão Plena do Sistema Municipal para a continuidade do processo de implantação do subsistema integrado materno-infantil e do SISS como um todo, como se pode observar na fala de dois gerentes.

> ***O Vitória da Vida esbarra na condição de gestão, eu recebi dois casos enviados pelo COPEMI sobre dois óbitos, cujas mães tiveram dificuldade de acesso às maternidades, entraram em sofrimento fetal e... vou arquivar porque não tenho o que fazer... Um foi a óbito porque a mãe foi ao HUCAM, chegou lá não tinha vaga, foi de carona até a Pró-Matre que deveria ser nossa referência, chegou lá não tinha vaga e da Pró-Matre arrumou outra carona voltando para o HUCAM, o bebê já estava nascendo, aí foi atendido, mas já estava em sofrimento e ali ele nasceu e morreu.*** (GC)

> ***O SISS seria a solução, né, com a gestão plena lógico, porque sem a gestão plena não existe o SISS.*** (GC)

- **O Desenvolvimento da Capacidade Institucional**

A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória vem num processo gradual de desenvolvimento institucional, mas, recentemente, impôs-se um duplo desafio: um interno, de implantar, como seu objeto, o Sistema Integrado de Serviços de Saúde; outro, externo, decorrente da NOAS/02, que levará a SEMUS a instituir-se, a um só tempo, como sede de módulo assistencial, de pólo microrregional, de pólo macrorregional e de pólo estadual. O que vai exigir que assuma a Gestão Plena do Sistema Municipal. Isso acontecendo o SISS passa para o espaço microrregional.

Esse processo está concentrado na explicitação dos papéis institucionais para que, a partir deles, e de acordo com as orientações estratégicas da SEMUS, definam-se os seus lugares institucionais, os seus sistemas tecnoadministrativos e os recursos para que esses sistemas possam operar.

Nesse contexto, a revisão dos sistemas tecnoadministrativos proposta na metodologia da segunda fase de implantação do SISS induziu a uma importante mudança no organograma da SEMUS.

> ***Eu acho que o SISS,... ele alavancou assim um monte de reflexão nossa sobre a estrutura da secretaria*** (GC).

A fragmentação da assistência à saúde era acompanhada da fragmentação institucional. As ações de assistência estavam fragmentadas no Departamento da Administração em Saúde (DAS), que zela pela manutenção predial das unidades de

saúde, e no Departamento de Ações Integrais em Saúde (DAI) que tem como principal papel abrigar as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental. Assim, enquanto o PSF estava vinculado ao DAI, a saúde bucal, saúde da criança e outros estavam vinculados ao DAS.

Com a nova concepção de sistemas integrados criou-se, em 2002, um novo departamento – o Departamento de Assistência à Saúde (DASS) – concentrando todas as ações de assistência em três novas divisões: atenção básica; atenção especializada; e atenção hospitalar, de urgência e emergência. Essa última com o objetivo de estruturar a SEMUS para a Gestão Plena do Sistema Municipal.

É consenso, entre todos os entrevistados, que a criação desse departamento aproximou os diversos programas e contribuiu para um planejamento mais integrado das ações em saúde.

> ***Essa estrutura*** (DASS***) é muito nova, e a gente está aprendendo a lidar com as interfaces entre esses três departamentos. Tá sendo superlegal. Está sendo, assim... um grande aprendizado também. Acho que está sendo um grande aprendizado (...) porque assim, o que as pessoas têm de cultura? 'Ah! Eu tenho um projetinho, eu vou levar direto para o secretário de saúde porque ele é quem precisa ver, porque eu preciso aparecer pra ele'. A gente tem que vencer isso, quem deve aparecer é a equipe e não o diretor ou a divisão.*** (GC)

Um bom exemplo desse novo contexto de ênfase na integração das ações foi a iniciativa de técnicos desse departamento de criar o Centro de Referência para a Infância e Adolescência, através do trabalho integrado das referências técnicas em saúde mental, saúde do adolescente, saúde da criança, saúde escolar, doenças sexualmente transmissíveis, equipe do programa "Risco Social: uma abordagem centrada na criança e no adolescente" e da Câmara Técnica de Enfrentamento à Violência do município.

Nota-se que o objetivo desse novo ponto de atenção à saúde está permeado pelas concepções do SISS:

> *Implantar, no município de Vitória, um serviço específico para a atenção integral à saúde mental da criança e do adolescente, que lide com questões relacionadas aos transtornos mentais graves, situações de violência e com a saúde do adolescente, oferecendo: ações de assistência aos casos referenciados pelas unidades de saúde – de acordo com os protocolos; e capacitação, assessoria e supervisão aos profissionais da rede básica e de outras instituições voltadas para esse público, superando, assim, a carência de atenção que se tem nesse momento com relação a este público específico* (SEMUS, 2003).

Contudo, a troca de orientação política na Secretaria Municipal de Saúde, ocorrida no ano de 2002, determinou mudanças importantes nas características de implantação do SISS.

Esse continuou avançando apenas no âmbito da governabilidade da SEMUS, ou seja, a atenção básica e a rede especializada própria, através de ações pontuais, por iniciativa de alguns profissionais dos níveis central e local.

Nesse contexto, algumas questões importantes para a efetivação do SISS ainda não foram respondidas na operacionalização do processo de desenvolvimento da capacidade institucional da SEMUS, como a condução política do Sistema Municipal de Saúde de Vitória e a melhoria da capacidade regulatória e de auditoria, através da implantação de contratos endógenos e exógenos.

Percebe-se uma desaceleração do processo de implantação do SISS na orientação político institucional da SEMUS, que inclusive, interrompeu o processo em curso de capacitação para a Gestão Plena do Sistema Municipal, prevendo o desgaste político em assumir a rede hospitalar estadual desestruturada e desfinanciada.

Nesse sentido, o município, tendo responsabilidade apenas pela atenção básica, não se compromete com a garantia de acesso aos demais níveis de diferentes densidades tecnológicas.

Vários profissionais entrevistados ressaltaram essa questão, que pode ser resumida na fala de um deles:

> ***É muito cômodo você falar: 'Isso não é responsabilidade do município', a gente ouve isso aqui todos os dias.*** (GC)

Essa não parece ser uma questão apenas de Vitória. A NOAS/02, ao transferir mais recursos e responsabilidades de gestão para os Estados e ao manter mecanismos das NOBs antecessoras de transferência de recursos e de responsabilidades de gestão de um município a outro, reforça uma responsabilização difusa no SUS.

> *Quando o Secretário Municipal de Saúde do município-satélite transfere os recursos da média e alta complexidade para o Secretário de Saúde do município-pólo ou para o Secretário Estadual de Saúde, está, em parte, se desresponsabilizando pela saúde dos seus munícipes. Ocorre que esta responsabilização foi definida nas eleições municipais e não pode ser delegada a outrem, em nenhuma circunstância* (Mendes, 2002d).

A fragmentação de responsabilidades na prestação e gestão dos serviços dificulta tornar visível à sociedade quem são aqueles a quem ela deve recorrer, de quem deve cobrar e com quem deve estar em diálogo.

Dessa forma, nos municípios não habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, os cidadãos não têm um responsável único pelo Sistema de Saúde, dificultando o exercício do controle social.

Somente a Gestão Plena do Sistema Municipal possibilitará o comando único sobre a totalidade dos prestadores de serviços. A governabilidade sobre os pontos de atenção à saúde do SUS com a referida gestão possibilitará a efetivação do SISS, atualmente limitado, entre outras questões, pela condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (SEMUS, 2002).

## 4.3. A integralidade das ações em saúde na Região de São Pedro na perspectiva do Sistema Integrado de Serviços de Saúde

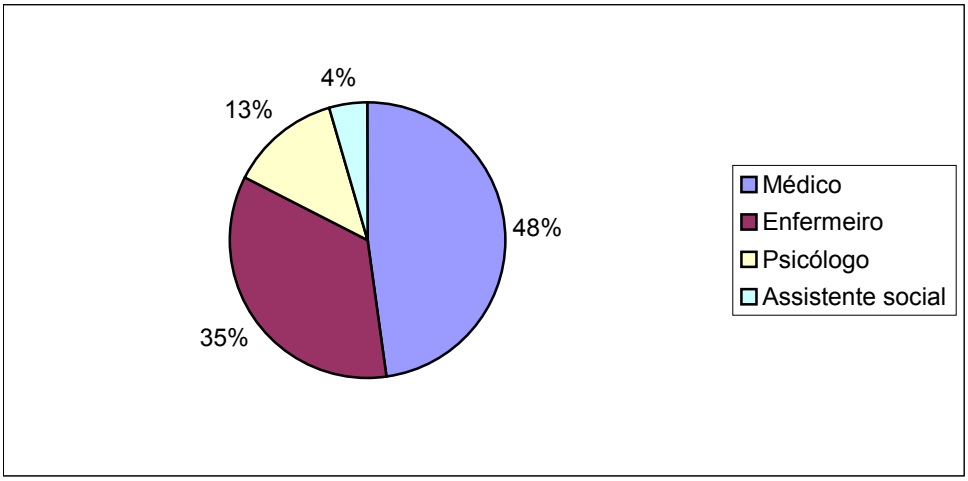
Este tópico foi construído com o objetivo de aprofundar o entendimento sobre os resultados e, também, os fatores determinantes do processo de implantação do SISS na Região de São Pedro, avaliando-se a perspectiva da integralidade das ações nessa região, através da aplicação do instrumental elaborado.

Além disso busca-se, respeitando as especificidades locais, tornar algumas análises generalizáveis para todo o universo de um Sistema Público de Saúde, entrelaçando-se o referencial teórico e o material coletado.

A exposição dos resultados a seguir foi construída a partir das respostas dos questionários auto-aplicados aos profissionais das USFs e Policlínica, apresentados, em sua maioria, sob a forma gráfica; e das percepções dos três gerentes das USFs, do gerente da Policlínica e dos gerentes do nível central explicitadas nas entrevistas semi-estruturadas.

Os profissionais do nível local participantes, em um total de vinte e três, dividem-se pela função em: 11 médicos, 8 enfermeiros, 3 psicólogos e 1 assistente social, conforme gráfico abaixo. Vale ressaltar que todos aqueles que atendiam ao critério de seleção, ou seja, estarem a mais de um ano no serviço e trabalhando no período da coleta de dados, responderam à pesquisa. O universo corresponde a trinta e um profissionais de nível superior. Na Policlínica São Pedro houve a participação de cinco dos oito especialistas e da assistente social.

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos profissionais do nível local que participaram da pesquisa por categoria, Região de São Pedro, Vitória, 2003.




O roteiro lógico seguiu o plano de análise, utilizado para a investigação em campo descrito no capítulo dois, confrontando-se as estratégias desenvolvidas na região para a implementação do SISS e seu alcance quanto à constituição de uma rede assistencial integrada. A seguir serão apresentados os resultados e análises, a partir dos critérios selecionados.

- **Atendimento na USF voltado para a população cadastrada, funcionando como porta de entrada no sistema de saúde através da constituição de vínculos entre usuários e serviços.**

O Sistema Integrado de Serviços de Saúde pressupõe que a atenção primária, como o próprio nome diz, tenha a função de primeiro contato dos usuários com os serviços para que exerça, entre outros, seu papel de coordenação do cuidado.

Para ser reconhecida como porta de entrada pela comunidade, em um contexto ainda dominado pela cultura 'hospitalocêntrica' ou 'agudocêntrica', inúmeras habilidades são necessárias, destacando-se, nesse estudo, a constituição de vínculo entre a equipe de saúde e o usuário ou família como importante característica de transformação do modelo assistencial.

Nesse contexto, a criação de vínculos de responsabilidade e confiança entre equipes de saúde da família e comunidade é potencializada por uma atenção à saúde de qualidade, distinguindo-se o ambiente favorável criado pela harmonia do trabalho em equipe que, ao compartilhar saberes, contribui para a integralidade da atenção, para uma

melhor resolutividade dos serviços e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade assistencial.

Nesse eixo de análise, foram selecionados alguns resultados da pesquisa que informam sobre a constituição de vínculos: percepção sobre o trabalho em equipe e sobre a resolutividade da assistência prestada.

Grande parcela dos profissionais participantes da pesquisa avaliou positivamente sua convivência em equipe – 73,9% respondeu que *o relacionamento entre os profissionais é bom e respeitoso* e nenhum profissional concordou com a alternativa de que a relação fosse conflituosa. Apresentaram também uma percepção positiva em relação à organização e processo de trabalho, pois 78,3% consideraram que a equipe é *sensível e aberta a mudanças com capacidade de rever suas rotinas e procedimentos* e nenhum assinalou a existência de dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade.

Quadro 6 – Percepção dos profissionais das USFs quanto ao trabalho em equipe, Região de São Pedro, Vitória, 2003.

| Indicadores | % |
|---|---|
| O relacionamento entre todos os profissionais é bom e respeitoso. | 73,9 |
| A equipe - toda a USF – é dinâmica, organiza regularmente a programação das atividades. | 56,5 |
| A equipe – toda a USF – é sensível e aberta a mudanças com capacidade de rever suas rotinas e procedimentos. | 78,3 |
| A equipe – toda a USF – é dinâmica, organiza regularmente a programação das atividades | 56,5 |
| O trabalho em equipe é prioritário | 52,2 |
| A equipe – toda a USF – é apática, apresenta dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade. | 0,0 |
| A equipe – toda a USF – é fechada, trabalha voltada somente para uma rotina pré-estabelecida | 4,3 |
| O relacionamento entre todos os profissionais é conflituoso | 0,0 |
| Não sabe | 0,0 |

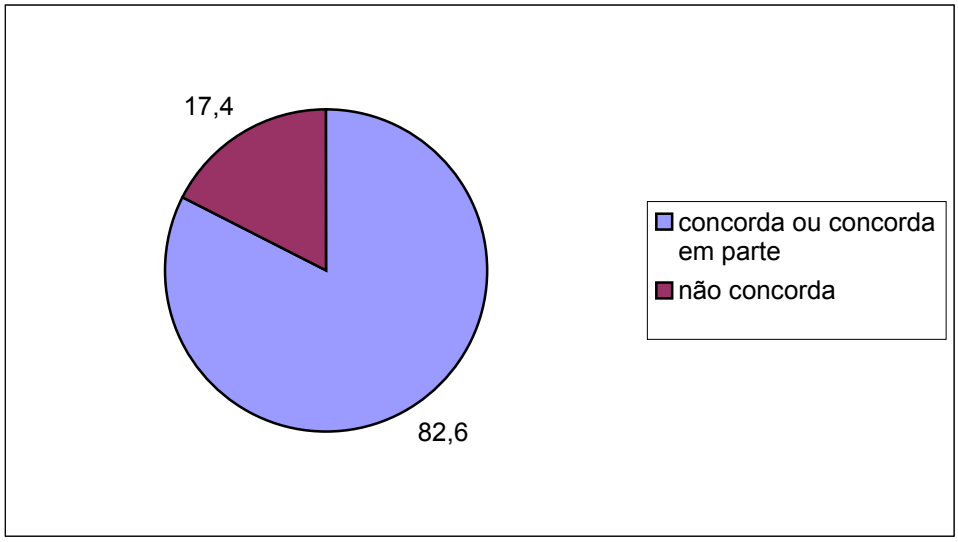
OBS: Pergunta com opção de escolha de mais de uma resposta

O trabalho em equipe presume, ainda, a existência de espaços formais ou informais de construção permanente da interdisciplinaridade. Espaço esse que, na visão de 78,9% dos profissionais das USFs de São Pedro, existe e se caracteriza como elemento estratégico na transformação do modelo assistencial. Contudo, 21,1% considera que não existe tal espaço.

A resolutividade também é importante para o estabelecimento de uma relação de confiança do usuário no sistema de saúde e está relacionada, entre vários indicadores, à oferta, pela equipe de saúde da família, de recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade e à capacidade da equipe de saúde da família de resolver os problemas de saúde mais comuns da população, sem necessidade de encaminhamento para um nível de maior densidade tecnológica.

Sobre o primeiro aspecto a maioria dos profissionais concorda total ou parcialmente – 82,6%, que a estratégia de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde dos moradores da Região de São Pedro, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 2 – Grau de concordância dos profissionais das USFs quanto à pergunta: *A estratégia de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade?* Região de São Pedro, Vitória, 2003.

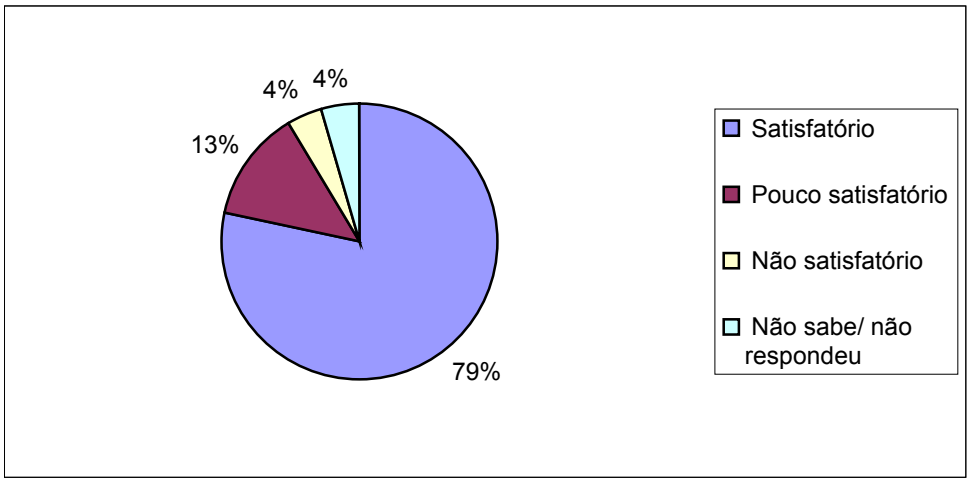



Entretanto, sendo a região pesquisada uma das mais carentes do município de Vitória e levando-se em conta a determinação social do processo saúde/doença, vale destacar que 95,6% dos profissionais consideram que os fatores sócio-econômicos, que

determinam a condição de carência da comunidade, ainda prevalecem sobre a qualidade da atenção, prejudicando a melhoria da qualidade de vida.

Quanto ao desempenho da equipe em resolver a maioria dos problemas de saúde da comunidade, a percepção dos profissionais é positiva uma vez que 79% o consideram satisfatório, 13% o consideram pouco satisfatório e 4% o consideram não satisfatório.

Gráfico 3 – Percepção dos profissionais das USFs em relação ao *desempenho obtido pela equipe quanto à capacidade de resolução de 80% ou mais dos casos atendidos sem a necessidade de encaminhamento,* Região de São Pedro, Vitória, 2003.




Resultados semelhantes foram observados para o indicador de resolutividade que considera a proporção de encaminhamentos realizados pelos médicos em seus atendimentos. Dados de 2003, do SIAB, mostraram necessidade de encaminhamento em apenas 11% das consultas médicas básicas realizadas na região. Porém, é importante ressaltar as dificuldades dos profissionais de saúde em geral, no Brasil, em alimentar corretamente um sistema de informação e também que esse indicador não deve ser analisado isoladamente, pois não informa sobre a qualidade do cuidado.

Quadro 7 – Total geral de consultas médicas realizadas pelas USFs e total de consultas que derivaram encaminhamentos para atendimento especializado, número absoluto e percentual, Região de São Pedro, Vitória, 2003.

| | número absoluto | percentual |
|---|---|---|
| consulta básica | 49.622 | 100,0 |
| consulta básica que originou encaminhamento a atendimento especializado | 5.387 | 10,85 |

Fonte: Datasus/SIAB

Quando consultados, objetivamente, sobre a caracterização da USF como primeiro contato da população com os serviços de saúde e a necessária constituição de vínculos com a comunidade, a grande maioria dos profissionais reconhece haver esses atributos no PSF em que trabalham (gráficos 6 e 7).

Gráfico 4 – Percepção dos profissionais das USFs a respeito de que *a maioria da população sob sua responsabilidade reconhece a equipe/unidade como porta de entrada no sistema de saúde*, Região de São Pedro, Vitória, 2003.

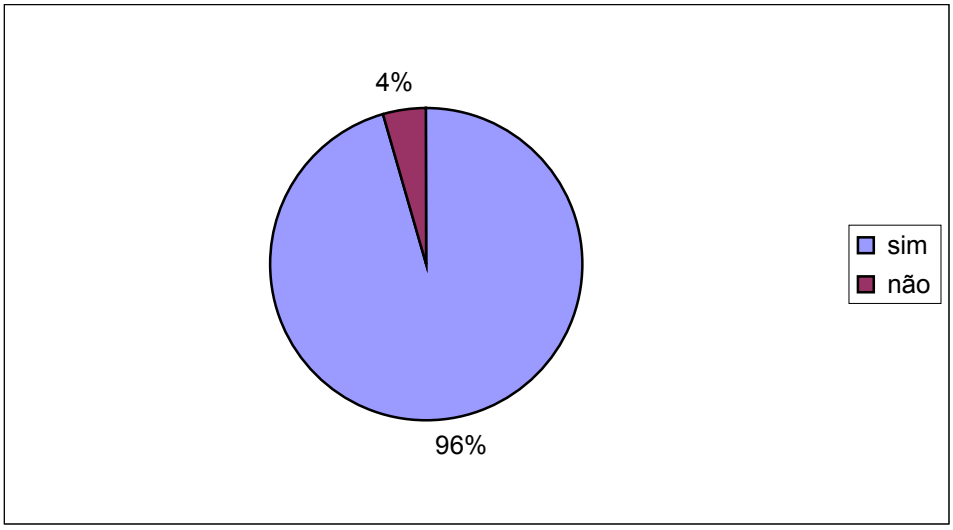
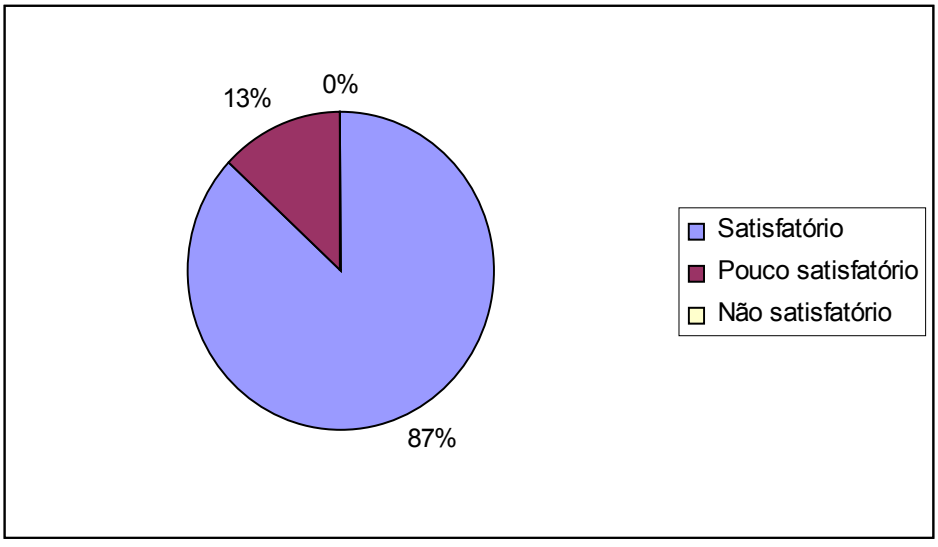



Gráfico 5 – Percepção dos profissionais das USFs sobre *o desempenho obtido pela equipe quanto ao estabelecimento de vínculos com a população da área,* Região de São Pedro, Vitória, 2003.



Em síntese, a análise da percepção dos profissionais da USFs e também dos gestores locais e regional, evidenciadas nas entrevistas, indica que após quatro anos de implantação, em média, a atenção primária, seguindo a estratégia de saúde da família, na Região de São Pedro, atende aos princípios de resolutividade e primeiro contato necessários para uma futura função de centro articulador de uma rede integrada de serviços de saúde.

- **Estratégias de acolhimento oferecendo algum tipo de resposta ou encaminhamento a todos os usuários que procuram a USF**

Os conceitos relacionados a uma boa qualidade da atenção primária são entrelaçados, assim o acolhimento do usuário está relacionado à constituição de vínculos, responsabilização e primeiro contato e, também, relaciona-se ao espaço de organização dos fluxos, de comunicação e informação ao usuário sobre a rede de serviços, sendo, portanto, um espaço importante tanto de um atendimento 'não programado' quanto de ordenamento do sistema de serviços de saúde.

Nesse contexto, o acolhimento apresenta duas dimensões: uma relacionada à postura do profissional de saúde e uma outra relacionada ao primeiro ponto de um sistema de urgência e emergência.

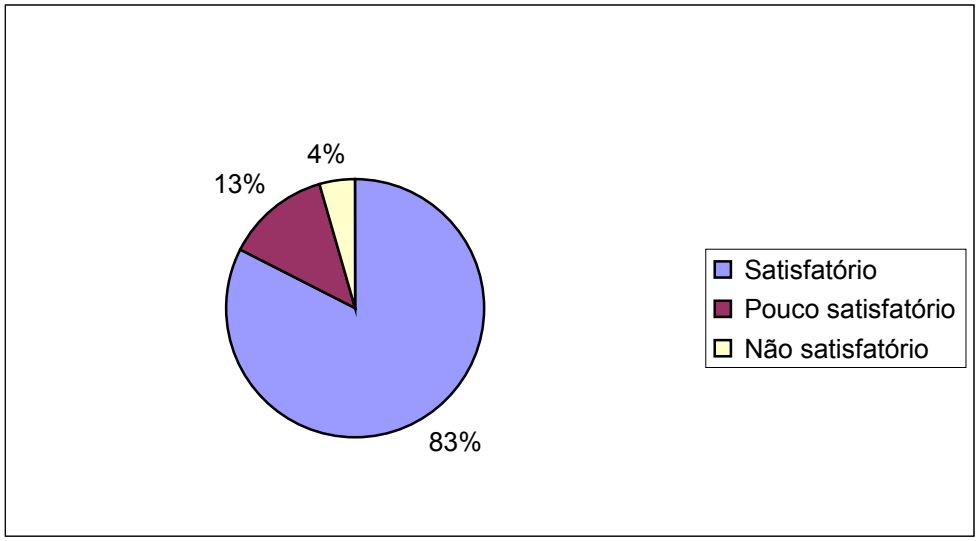
A dimensão atitudinal envolve 'o bem receber', a escuta do usuário e a compreensão de suas necessidades no momento singular de sua procura ao serviço de saúde. Essa dimensão deveria ser a lógica de todos os trabalhadores em saúde dos diversos pontos de atenção.

A outra dimensão deve contribuir para a organização do sistema de urgência – da ordem da subjetividade, quem define a prioridade é o usuário – e emergência, da ordem da objetividade, pressupondo uma avaliação técnica que define a gravidade da situação.

Segundo os gerentes, todas as USFs da Região de São Pedro têm uma equipe ou profissional trabalhando em rodízio, diariamente, no acolhimento do usuário que chega até a unidade de saúde sem consulta programada.

Essa informação é confirmada pela percepção de 83% dos profissionais das USFs, que considera satisfatório o desempenho obtido pela equipe em relação ao acolhimento, como pode ser observado no gráfico seis, e, portanto, pode-se dizer que na Região de São Pedro existem estratégias de acolhimento oferecendo algum tipo de resposta ou encaminhamento a todos os usuários que procuram as USFs.

Gráfico 6 – Percepção dos profissionais das USFs em relação ao *desempenho obtido pela equipe quanto ao acolhimento de usuários não agendados,* Região de São Pedro, Vitória, 2003.




Na concepção do SISS, é necessário difundir a dimensão atitudinal entre todos os trabalhadores que prestam diretamente a assistência em um sistema de saúde e melhorar a dimensão de organização dos fluxos com a utilização de um protocolo de avaliação inicial. A implantação desse protocolo em todas as unidades básicas de Vitória estava prevista para acontecer em julho de 2002, no entanto, com a desaceleração da implantação do SISS, esse processo foi postergado, estando ainda em fase de validação.

Percebe-se, na fala de um gerente do nível central, que o desenvolvimento desse instrumento continua sendo prioridade:

> ***A construção de uma linha de cuidado, com a criação de fluxos que impliquem em ações resolutivas... centradas no acolher, informar, atender e encaminhar o usuário tem sido a nossa meta.***
> ***Entendemos, tá... que ela deve ser feita a partir da compreensão do usuário, de seus problemas e da sua co-responsabilização na manutenção da sua saúde***.(GC*)*

- **Utilização de protocolos para doenças ou agravos específicos e de linhas-guia com definição de fluxos dos usuários nos diversos níveis de atenção**

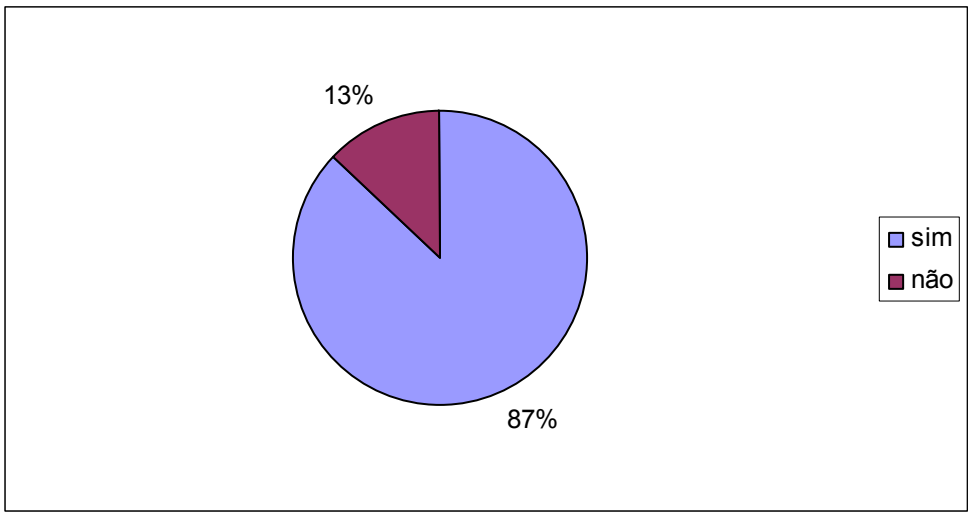
Esses instrumentos, considerados importantes para o dimensionamento da integralidade na organização dos serviços de saúde, oferecidos à população da Região de São Pedro e apontados, na concepção do SISS no município, como fundamentais

para sua efetivação, ainda não são utilizados pelos profissionais da região, com exceção de alguns protocolos pontuais, desenvolvidos a partir do Projeto "Vitória da Vida".

O plano de implantação do SISS prevê o desenvolvimento de sete linhas-guia com os respectivos protocolos: saúde da mulher, saúde da criança, acolhimento, saúde do idoso, saúde mental, agravos transmissíveis e agravos não-transmissíveis. A elaboração desses instrumentos está sendo conduzida pelas respectivas referências técnicas da SEMUS e, também, pelos educadores permanentes que foram formados em medicina baseada em evidências, mas há escassez de profissionais habilitados em construção de protocolos.

Na análise dos dados não foi encontrado sinal, como se poderia supor, de resistências a sua utilização pelas equipes de PSF. Pelo contrário, as equipes e, também, os gerentes locais, que estão participando em maior ou menor grau da elaboração, disseram ser esses instrumentos importantes para a qualidade da assistência. Além disso, muitos (87%) já utilizam os protocolos do Ministério da Saúde, como mostra o gráfico a seguir, e estão aguardando a implantação das novas linhas-guia.

Gráfico 7 – Percepção dos profissionais das USFs quanto à equipe utilizar *protocolos de atendimento para doenças específicas*, Região de São Pedro, Vitória, 2003.




Segundo os profissionais envolvidos, a elaboração desses instrumentos tem seguido todos os passos considerados importantes para seu sucesso, descritos no capítulo um, tal percepção é observada na fala de um dos gerentes do nível central da SEMUS, sobre a o protocolo de acolhimento:

> ***A gente teve um grupo muito grande inicialmente envolvido. A ponta, as categorias envolvidas, as representações das categorias, os conselhos de classe... todo mundo participou. Tivemos dificuldade inicialmente das pessoas entenderem o que era o fluxo e o que era o protocolo em si de acolhimento, mas a participação de várias pessoas tem sido muito importante... A questão de como acolher vai ser super legal... pra porta de entrada.*** (GC)

Ressalta-se que os protocolos tornam-se um instrumento gerencial quando, a partir deles, são construídas as planilhas locais de programação. A linha guia de saúde da mulher, por exemplo, ao separar o que é evidência do que não é, diminuir a variabilidade de procedimentos e condutas e facilitar a comunicação, deve ser capaz de responder à pergunta: Como se faz a saúde da mulher em Vitória?

Na análise dos dados, a justificativa encontrada para o atraso na efetivação dos protocolos e linhas-guia passa pela diminuição da sua prioridade, no contexto atual da SEMUS, cujo setor de recursos humanos não desenvolve estratégias para qualificar mais profissionais em medicina baseada em evidências. Os únicos que têm esse treinamento são os educadores permanentes que acumulam várias funções.

- **Trabalho integrado entre profissionais dos pontos de atenção regional, ou seja, das unidades de saúde da família e especialistas da Policlínica com espaço para discussão de casos e sistema de referência e contra-referência do usuário.**

A Policlínica São Pedro é a referência para os moradores da região nas especialidades existentes, ou seja, os médicos especialistas só atendem aos usuários encaminhados por uma das quatro USFs da Região de São Pedro. A marcação é feita na própria USF e não há fila de espera, pois a oferta está adequada à demanda.

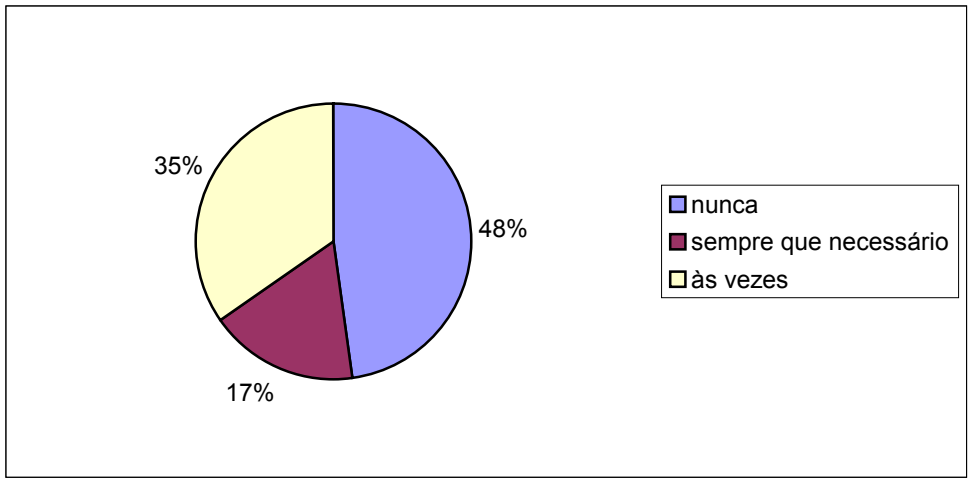
Nesse contexto, e por ter sido a região escolhida para o piloto do SISS, a Região de São Pedro tem condições favoráveis para que a assistência entre o nível local e regional seja interligada.

Em muitas situações, após o diagnóstico do especialista, o usuário pode ser acompanhado pela equipe de saúde da família. Isso melhora a adesão do usuário ao tratamento, uma vez que está sob a responsabilidade da equipe com a qual tem um certo vínculo, e otimiza a agenda do especialista, evitando as consultas de retorno somente para acompanhamento ou aviamento de receita médica para aquisição dos remédios.

Além disso, as informações que podem ser prestadas pela equipe do PSF ao especialista, ajudam na adequação do plano de tratamento à realidade do usuário/sujeito.

Embora o fluxo dos usuários entre esses dois pontos de atenção à saúde esteja integrado gerencialmente, observa-se que a assistência continua fragmentada. É significativo que 48% dos profissionais das USFs declarem que nunca realizaram discussão de casos com os especialistas da Policlínica, como se observa no gráfico oito. Para 35% dos mesmos as interconsultas ocorrem às vezes e 17% informa que tal estratégia acontece sempre que necessário.

Gráfico 8 – Percepção dos profissionais das USFs sobre a realização de *interconsultas/discussão de casos com especialistas da Policlínica*, Região de São Pedro, Vitória, 2003.




Quando perguntado aos especialistas sobre a existência de espaço formalizado para discussão de casos com os profissionais das unidades de saúde da família, todos afirmaram não ocorrer tal situação.

Além da ausência desse espaço de discussão de casos, o que acontece é uma relação ou 'não relação' pautada por baixíssima credibilidade e grau de entendimento entre esses dois profissionais. Os profissionais do PSF não encaminham corretamente o usuário, com todas as informações necessárias e o especialista não tem confiança suficiente na equipe do PSF para lhe delegar o acompanhamento do usuário. Sucessivos retornos para o especialista são, então, marcados e, quando o usuário é encaminhado de volta a USF, a maioria dos especialistas o faz através de orientação verbal ao paciente, conforme quadro oito que indica as formas mais usadas para retorno do usuário às

USFs. Vale destacar que nenhum profissional reconhece o uso da ficha de contra-referência.

Quadro 8 - Formas de encaminhamento de retorno às USFs, realizadas pelos especialistas da Policlínica São Pedro, Região de São Pedro, Vitória, 2003.

| Formas de encaminhamento de retorno as USFs | valor absoluto | percentual |
|---|---|---|
| por orientação verbal ao paciente | 3 | 50,0% |
| pelo receituário | 1 | 16,6% |
| por ficha de contra-referência | 0 | 0% |
| por relatório completo do caso | 1 | 16,6% |
| não encaminha | 2 | 33,3% |

OBS: Pergunta com opção de escolha de mais de uma resposta

> ***O especialista tá... Tá com o paciente na frente dele... que ele faz? Passa a medicação, faz a receita, pede o exame e até fala 'procura uma unidade de saúde', mas... muito informal.*** (GL)

> ***Ele vem com a receita. Então o médico de família fica sabendo o que foi feito através da receita, né? Mas não sabe corretamente o diagnóstico...*** (GL)

Confirmando tal situação, nas respostas dos questionários autopreenchidos pelos especialistas, 83% disseram haver pouco contato com as equipes de PSF e nenhum deles afirmou ser prioridade o trabalho em equipe. Além disso, todos asseguraram nunca receber informação ou motivo do encaminhamento dos pacientes que foram referenciados pelas USFs.

> ***No início, quando começou o SISS..., os profissionais das unidades utilizavam uma guia de encaminhamento para os especialistas da Policlínica. Mas essa guia foi abandonada e os profissionais utilizam o próprio receituário, sem qualquer informação e isso é grave...***
> ***O número de retornos também é muito alto. Na US Ilha das Caieiras, por exemplo, a gerente fez um estudo da marcação e comprovou que 83% das pessoas que estavam aguardando consulta de neurologia era para retorno. Certamente uma boa parte desse grupo poderia estar sendo acompanhada pelas equipes de saúde da família, se houvesse a contra-referência e a integração entre especialistas e profissionais das USF. Isso está falho***

> ***tanto lá quanto no resto da rede... mas em São Pedro isso tinha que funcionar...*** (GL***)***

Em síntese, com a inauguração da Policlínica São Pedro, implantou-se mais um ponto de atenção, aumentando a resolutividade das ações em saúde no nível regional, mas a lógica de trabalho continua centrada no atendimento médico individual. A exceção ocorre, segundo os gerentes entrevistados, em algumas ações integradas entre psiquiatra, psicólogo e assistente social.

No entanto, vale ressaltar que no âmbito de cada USF a avaliação dos profissionais é bastante positiva em relação ao trabalho em equipe e da existência de espaço para discussão de casos entre eles. Essa nova prática parece estar cristalizada no PSF, mas ainda não se ampliou envolvendo os profissionais de outros pontos de atenção à saúde.

Esse resultado sugere que deve ser desenvolvido em todos os profissionais de saúde, e não somente naqueles da atenção primária, a noção de vínculo, acolhimento e responsabilização pela assistência prestada.

Observa-se, nessa questão, o inevitável entrelaçamento entre duas dimensões da integralidade: a individual, relacionada à intensidade do cuidado, e a sistêmica, referente a uma organização dos serviços que promova a continuidade e coordenação do cuidado em saúde.

Quando um profissional diz: ***Eu não devolvo nenhuma informação porque eu não recebo nenhuma informação*** ou ***Não escrevo sobre o caso quando encaminho o paciente porque não recebo a informação de volta,*** além de não contribuir para a integração sistêmica, está negando a existência de um sujeito, para o qual seria muito importante um tratamento integral, mantendo-o somente na condição de paciente.

Essa é uma lógica induzida pelos sistemas fragmentados de serviços de saúde os quais se destinam a indivíduos-pacientes, ou seja, a meros objetos destituídos da condição de agentes e, por conseqüência, com nenhum ou pouco protagonismo sobre a sua saúde ou controle efetivo sobre o sistema de serviços de saúde.

Quando muito, em algumas reformas sanitárias realizadas em países desenvolvidos e sob a influência dos mecanismos de mercado, transforma os usuários em indivíduos/clientes ou consumidores, porque lhes é dada a condição de escolher entre diferentes prestadores de serviços. Mas, em geral, os sistemas fragmentados não são capazes de instituírem, como seus sujeitos, uma cidadania organizada nos planos individual, familiar e social.

Merhy (1997, *apud* Cecílio, 1999:326) enfatiza a importância de *estratégias de mudança organizacional no espaço da micropolítica dos processos de trabalho, onde se dá a interseção de subjetividades e se realiza o trabalho vivo em saúde*.

Nesse sentido, almejar a transformação do modelo de atenção médica vigente em um modelo de gestão participativa preocupada com a saúde das pessoas requer o impulso e protagonismo dos trabalhadores em saúde na incorporação da dimensão psico-afetiva nas práticas em saúde.

Esse critério de trabalho integrado entre profissionais dos pontos de atenção regional, ou seja, das unidades de saúde da família e especialistas da Policlínica com espaço para discussão de casos e sistema de referência e contra-referência do usuário, foi muito trabalhado junto aos profissionais da região desde o início da implantação do SISS, em 2000.

Houve, e ainda há, vários espaços de discussão dessa proposta: reuniões de sensibilização dos profissionais, participação dos mesmos na elaboração dos projetos de intervenção que deveriam acontecer em São Pedro, reuniões do Colegiado de Gestão constituído pelo gerente e um profissional de cada uma das quatro USFs e da Policlínica São Pedro, entre outros.

Criou-se uma guia de referência e contra-referência, com a participação dos profissionais que iriam utilizá-la, divulgada para toda a região incluindo os Conselhos Locais de Saúde.

Então, por que os profissionais iniciaram o processo de referência e contra-referência e não continuaram?

O envolvimento dos profissionais não foi suficiente para viabilizar essa proposta de trabalho integrado e atenção integral, isso evidencia a necessidade de se rever a estratégia adotada, buscando novas formas de comunicação.

A hipótese é de que se faz necessário mais do que técnicas de sensibilização e boa vontade dos profissionais, para que esses consigam abandonar a prática assistencial individualizada e se comprometer com um projeto institucional.

O discurso racional da integração não tem prestígio institucional, as pessoas espontaneamente não descontróem seus espaços de 'poder' para compartilhá-los com seus pares.

Nesse sentido, torna-se necessário pensar em formas de comunicação que poderiam 'implicar' os profissionais de saúde na integração dos serviços e, nesse caso, na missão da organização. O estabelecimento de linhas-guia e contratos de gestão endógenos são possibilidades a serem exploradas.

- **Centrais de marcação de consultas e exames especializados e centrais de regulação de internações com monitoramento de filas de espera e mecanismos para sua redução**

Esse critério indica o compromisso da organização em acompanhar a oferta e a demanda assistencial e estabelecer mecanismos e estruturas para a regulação.

A SEMUS possui uma central de marcação de consultas especializadas que regula a oferta para as unidades básicas do município, tanto das consultas ofertadas pela rede municipal, quanto daquelas pactuadas na PPI estadual.

A Região de São Pedro tem a particularidade de ser a única região de saúde do município com um centro de especialidades, criado para aumentar os pontos de atenção à saúde na região dando suporte ao processo de implantação do SISS. Essas vagas não entram na central de marcação municipal e seu controle fica a cargo do gerente da Policlínica que distribui as cotas prefixadas para as USFs da região, aonde o morador faz o agendamento.

Na central de marcação de consultas especializadas do município, que no processo de desenvolvimento institucional, impulsionado pela implantação do SISS, passou a ser gerenciada pela Divisão de Atenção Especializada, é feito o monitoramento das filas de espera e algumas medidas já foram criadas visando a otimização das consultas com maior demanda.

Entre essas medidas destacam-se: a articulação com os educadores permanentes, que fazem capacitações pontuais com os médicos do PSF relacionadas a especialidades com muita demanda, objetivando evitar encaminhamentos desnecessários; controle do absenteísmo, trabalhado junto com os Conselhos Locais de Saúde; e articulação com os gerentes locais para redistribuição eqüitativa das vagas.

> ***A comunicação é muito importante para a organização dos fluxos e otimização dos serviços. Por exemplo, a gente sabe que os pacientes diabéticos têm que realizar uma consulta oftalmológica todos os anos. Então, em reunião com os oftalmologistas, eu perguntei quais exames eram necessários para fechar o diagnóstico. E agora os médicos de família já encaminham os pacientes com os exames prontos. Só aí já conseguimos reduzir o número de consultas necessárias para esse especialista.*** (GC)

Os exames especializados não passam por qualquer regulação. A marcação é feita pessoalmente pelo usuário, com encaminhamento médico, na central estadual de agendamento. Os exames oferecidos pela SEMUS são marcados diretamente nas USFs, com sistema de cotas.

A SESA possui uma central de regulação de leitos, mas, segundo todos os gerentes entrevistados, não funciona adequadamente e não é utilizada pelo município.

O quase não cumprimento desse critério sugere a baixa capacidade de regulação tanto no nível municipal quanto no estadual.

A introdução de mecanismos regulatórios do processo de prestação dos serviços de saúde é de fundamental importância para o estabelecimento de uma adequação entre a oferta e as necessidades e problemas de saúde da população.

- **Instâncias de negociação envolvendo os três níveis de assistência, os coordenadores regionais, coordenadores locais e outras que incorporem diferentes atores e graus de transversalidades.**

Novas instâncias de negociação foram criadas na SEMUS a partir do processo de implantação do SISS. Entre elas, destaca-se o espaço semanal de encontro entre os gerentes da Divisão de Atenção Primária, Divisão de Atenção Hospitalar e Divisão da Atenção Especializada com a diretora do Departamento de Assistência à Saúde. Segundo os gerentes, esse espaço tem sido estratégico para aproximação dos setores em busca de soluções compartilhadas.

Entretanto, sabe-se que com a atual condição de gestão do município, as Divisões de Atenção Especializada e Hospitalar têm pouca governabilidade sobre seus objetos de atuação.

Nesse contexto, faz-se necessário envolver a SESA, que tem a governabilidade sobre a atenção especializada e hospitalar, mas as articulações com a Secretaria Estadual se resumem às pactuações da PPI e ao processo, em curso lento, de regionalização da saúde conforme a NOAS/02.

Em São Pedro, há um Colegiado de Gestão, instituído para gerir a operacionalização do SISS na região com um importante desempenho na coordenação das ações iniciais do SISS na fase piloto, que se reúne quinzenalmente.

Mas, hoje o que se percebe é o desgaste provocado pela não implementação de muitas ações garantidas pelo gestor municipal, mas que não se concretizaram.

Nesse contexto, o Colegiado de Gestão de São Pedro deixou de ter um papel estratégico na organização do sistema de saúde regional, não realizando a interlocução com o nível central e se limitando, embora não menos necessário, a resolver questões pontuais sobre a prestação dos serviços como exprime esse membro do colegiado.

> ***Mas eh, eh... a gente tem se reunido, mas perdeu muita coisa... de quando eu entrei aqui a gente tinha é um, um trabalho, né?***
> ***Que tava sendo desenvolvido dentro da região... em cima do SISS... que a gente tinha um cronograma de metas, de prazo, né? E de pessoas que estavam responsáveis pela execução, né, de cada projeto. E que isso se perdeu. Hoje as nossas discussões elas são mais voltadas para, pra fatos é... é corriqueiros. Fatos do dia-a-dia que tão na nossa realidade aqui na região.*** (GL)

A fala desse gerente também sugere que ter espaços instituídos para negociações, por si só, não garante a melhoria progressiva das ações em saúde. É mister que esses espaços tenham autonomia e instrumentos de acompanhamento gerencial que realmente atestem a efetividade das ações negociadas.

> ***O que se decide lá não... não... depois não tem como... não tem ressonância aqui.*** (GC sobre o Colegiado de Gestão).

Além disso, não basta apenas a negociação, a pactuação e a busca de consenso e adesões para um determinado projeto, deve-se pensar em como garantir que as ações ou normas negociadas sejam cumpridas.

Sendo assim, o critério de existência de instâncias de negociação, envolvendo os três níveis de assistência, os coordenadores regionais, coordenadores locais e outras que incorporem diferentes atores e graus de transversalidades, para ser um bom indicador de integralidade na organização dos serviços de saúde, deve ter sua autonomia garantida e mecanismos de operacionalização das normas negociadas.

- **Equipes de saúde da família coordenando a atenção ao usuário por todo o sistema de saúde**

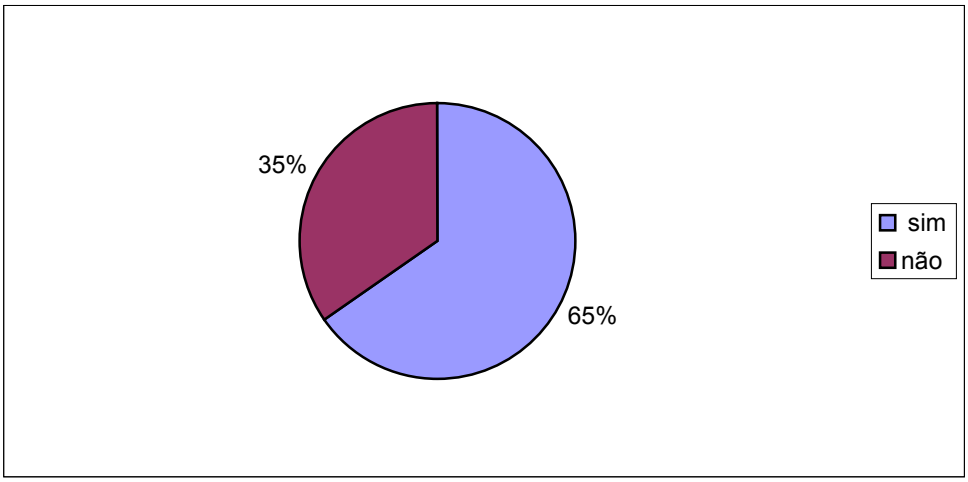
Esse seria um forte indicador da integração sistêmica dos serviços de saúde. Mendes utiliza a metáfora das torres de controle na aviação para conceituar um sistema integrado e nessa mesma lógica problematiza o sistema de saúde fragmentado (Mendes, 2001a).

> *Uma pessoa que deixa o ambulatório costuma, quase sempre, desaparecer da tela do radar do ambulatório e reaparecer, exclusivamente, na tela do radar do hospital. Da mesma forma, ao ter alta hospitalar, desaparece da tela do radar do hospital e não entra no controle do ambulatório, até que o procure novamente. E, nesse período, não há comunicação entre esses pontos de atenção* (*ibidem*: 72).

Um sistema de acompanhamento efetivo dos usuários que necessitam se deslocar para outros pontos de atenção à saúde, com um fluxo correto de informações para a equipe de saúde da família responsável, não existe na Região de São Pedro.

Embora isso não ocorra, os resultados da pesquisa com os profissionais das USFs demonstram que já há uma noção de responsabilização das equipes de PSF pelo vínculo com as famílias atendidas pela USF, pois, 65% dos profissionais afirmaram realizar algum acompanhamento do paciente que se encontra internado. Contudo, 35% dos profissionais não realizam esse procedimento (gráfico 9).

Gráfico 9 – Percepção dos profissionais das USFs em relação ao acompanhamento de pacientes hospitalizados, Região de São Pedro, Vitória, 2003.

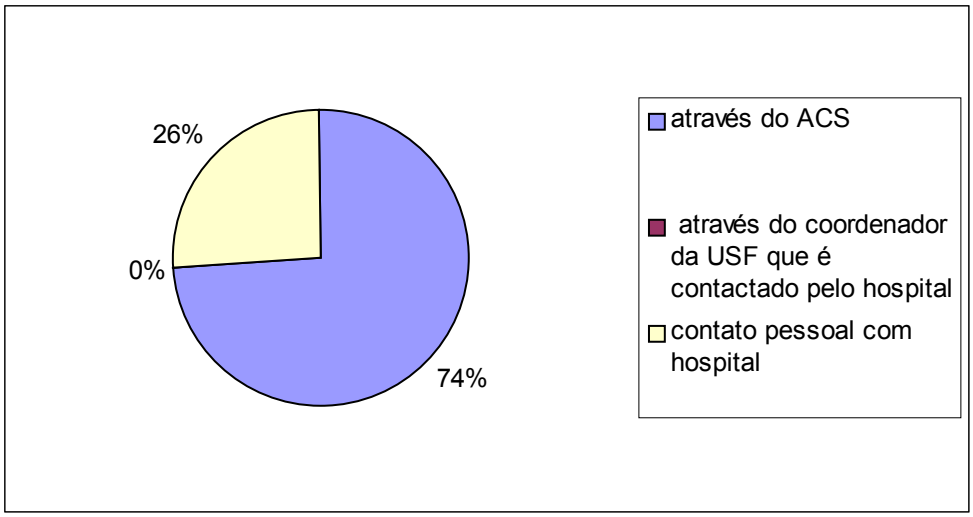



Entre os profissionais das USFs que declararam realizar o acompanhamento do usuário, somente 26% o faz através de contato pessoal com o hospital. Nenhum profissional atribuiu ao gerente da USF tal procedimento.

É importante ressaltar que quem mais tem cumprido a função de 'controlador de vôo' são os agentes comunitários de saúde, conforme gráfico 10 e a fala deste profissional:

> ***Quando é paciente que vai para o hospital, geralmente a gente tem o retorno dele, fica sabendo, pelo agente comunitário de saúde***. (P)

Gráfico 10 – Percepção dos profissionais das USFs quanto a forma de acompanhamento do paciente hospitalizado, Região de São Pedro, Vitória, 2003.



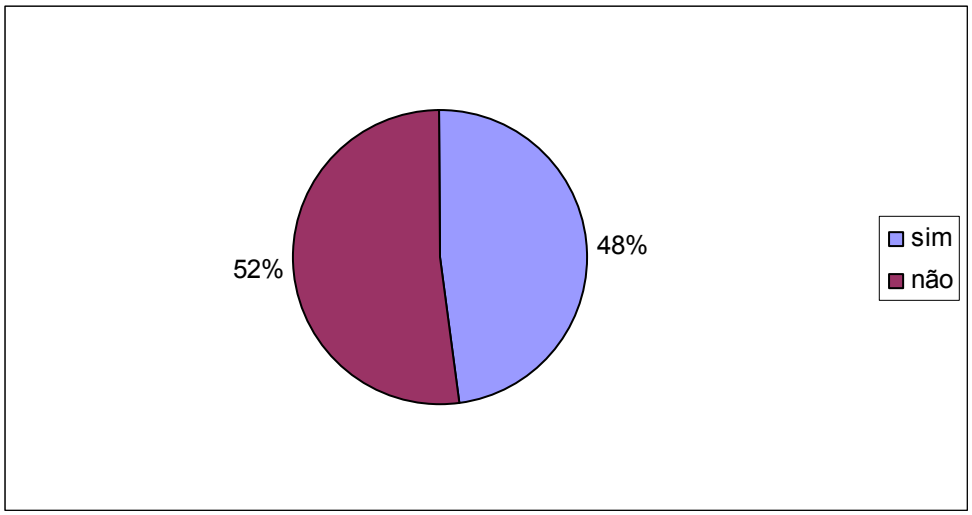

O processo de implementação do SISS, em sua segunda etapa, procurou estabelecer esse fluxo institucional de informações entre as USFs da Região de São Pedro e a maternidade dentro do subsistema integrado materno infantil "Vitória da Vida".

Funcionou por alguns meses da seguinte forma: as equipes de PSF reuniam as gestantes no oitavo mês e as levavam até a maternidade filantrópica Pró Matre para que conhecessem o local onde iriam ganhar seus bebês. A SEMUS estabeleceu um contrato com essa maternidade para garantir o acesso das gestantes de São Pedro, que têm em média 60 partos por mês.

Algumas ações de humanização do parto foram realizadas dentro da maternidade, que, então, recebia as gestantes e após a alta notificava, por telefone, o gerente da USF responsável que continuava o acompanhamento.

Entretanto, de acordo com os resultados da pesquisa, isso não mais acontece. Observa-se um percentual menor de profissionais que acompanha a gestante na maternidade (48%), nenhum respondeu que era feito através do gerente da USF, conforme previsto no projeto, mas sim através do agente comunitário (92%) ou família.

Gráfico 11 – Percepção dos profissionais das USFs quanto ao acompanhamento das gestantes na maternidade, Região de São Pedro, Vitória, 2003.




Esse projeto não se sustentou, como visto no tópico anterior, devido à fragilidade da relação entre o gestor municipal e o gestor da maternidade que, apesar dos investimentos financeiros realizados, não era uma relação contratual. Sobre essa questão um gerente do nível central disse:

> ***Desde que cheguei aqui estou procurando esse contrato com a Pró Matre...ninguém sabe se ele existe ou onde está...assim fica muito difícil, né?*** (GC)

A ausência de contratos formais infelizmente é uma prática do SUS, como um todo, em relação aos prestadores de serviços, o que torna frágil qualquer processo de negociação.

Em síntese, as equipes de saúde da família da Região de São Pedro ainda não coordenam a atenção ao usuário por todo o sistema de saúde, mas esse conceito de responsabilização, que está na proposta da atual reestruturação do modelo de saúde no Brasil, foi, também, amplamente divulgado no processo de implantação do SISS na região, sendo de alguma forma assimilado pela maioria dos profissionais. A fala de um gerente local, aqui transcrita, reforça essa idéia.

> ***Eu acho assim... que seria muito bom, né, e sei que de repente é até sonho, entendeu, se o PSF... se aqui a gente pudesse ter um transporte à disposição para poder visitar, na maternidade, no hospital. Visitar mesmo, fazer uma visita. Eu acho isso muito importante, porque, olha só, o profissional acompanha a doença da pessoa, né, durante... sei lá quanto tempo.***

> ***Aí lá no hospital ele tá mais frágil, de repente tá precisando tanto do profissional lá, que muitas vezes nem a família vai lá. E aí você não pode ir, não tem como ir. Deixa eu te falar, quando eu... assim... é uma coisa que eu não vou esquecer... Quando nós fizemos..., a última visita que nós fizemos à maternidade tinha algumas gestantes nossas que estavam lá, quando elas viram a equipe foi uma felicidade tão grande... que aquilo, assim, ficou marcado na minha vida, entendeu?***
>
> ***Gente! A gente não tinha ido nem lá pra vê-las, né? Assim, tinha ido por outro motivo... pra levar as outras*** (gestantes no oitavo mês). ***Mas quando elas viram a equipe lá: tinha o médico, tinha eu, tinha a enfermeira. Foi uma felicidade tão grande, entendeu, que eu acho que é muito importante.***
>
> ***A família realmente ela tem que, ela tem que sentir que o profissional realmente, né, se apropriou dela.*** (GL)

- **Medidas de garantia e controle para a referência e contra-referência como guias de encaminhamento formais, contratos de gestão e outros, entre os níveis do Sistema de Saúde**

A construção da referência e contra-referência dos usuários em um Sistema de Saúde é descrita em todas as Normas Operacionais do SUS e em todos os manuais de gestão em saúde.

Seu funcionamento é essencial, pois organiza o acesso dos usuários aos diferentes pontos de atenção à saúde, evitando a tal comum 'peregrinação' dos mesmos em busca de atendimento, otimiza a assistência prestada, porque com o suporte da contra-referência cada serviço presta somente a sua função singular, sem superposições ou ausências de ações, facilita a implantação de mecanismos que acompanhem o usuário pelos serviços e, portanto, contribui decisivamente para a integração dos serviços de saúde.

Apesar de tão necessário, continua sendo um nó crítico a ser desatado para a efetivação do SUS.

No processo de implementação do SISS na Região de São Pedro essa questão também foi muito evidenciada, mas continua sendo um objetivo a ser alcançado.

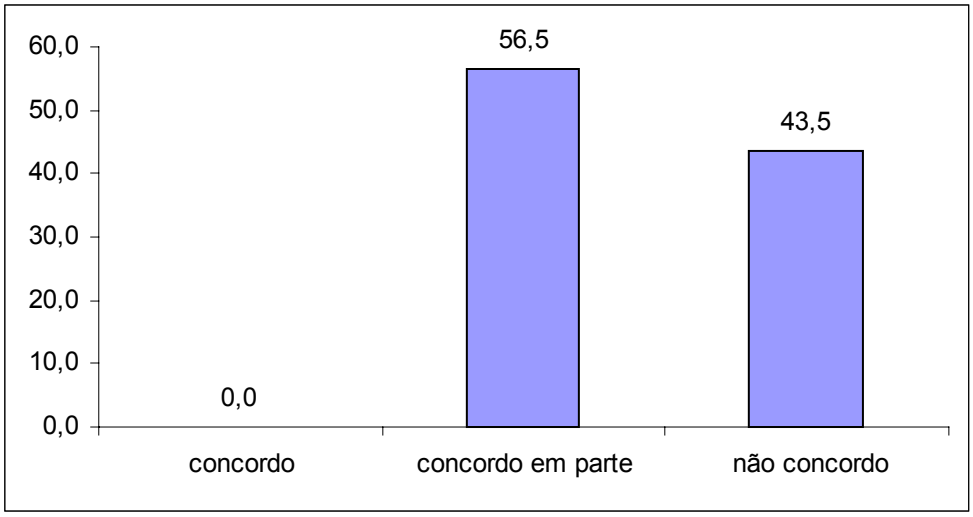
> ***A referência para hospitalização a gente não tem, o Hospital das Clínicas está fechando a porta, a Santa Casa também está fechando a porta e a gente não tem para onde mandar o doente. A rede hospitalar e a medicação de alto custo estão muito complicadas... porque a rede estadual não está estruturada.***

> ***Mas hoje, de fato ela não funciona. Então hoje, quando a gente é... precisa de... de internação e tal... a gente vai numa relação de favor mesmo. Liga pra quem conhece, fala pelo amor de Deus e... nem acionar a central de vagas da SESA a gente aciona porque, de fato não... não tem resposta.*** (GC)

É fato que, na Região de São Pedro, a população conta com um bom sistema de referência em relação à garantia de acesso às especialidades da Policlínica, mas para os outros serviços não há essa garantia.

A percepção dos profissionais das USFs dessa região é de que houve uma melhoria na organização dos serviços, mas não o suficiente para uma atenção à saúde realmente resolutiva para o usuário que procura os serviços.

Gráfico 12 - Percepção dos profissionais das USFs quanto ao fato da *estratégia de saúde da família contar com um sistema de referência e contra referência que permite ampliar a confiança no trabalho e na resolutividade da rede básica,* Região de São Pedro, Vitória, 2003.




Dentro da concepção do SISS, a possibilidade mais concreta, que chegou a ser implementada, foi a gestão de patologia em saúde da mulher, relacionada à microgestão do pré-natal, parto e puerpério, e em saúde da criança. Chegou a ser definida a 'atenção certa, no lugar certo e no tempo certo' em relação às gestantes e crianças menores de um ano, dentro do projeto "Vitória da Vida".

As ações desse projeto, que são operacionalizáveis no âmbito da gestão municipal, continuam em desenvolvimento, mas a referência para a maternidade sucumbiu às debilidades do processo de contratualização, fruto da baixa capacidade de regulação da SEMUS.

Nesse sentido, o insucesso no estabelecimento de uma relação contratual com a maternidade, primeiro ponto de atenção à saúde fora da governabilidade do município que se tentou integrar à rede, evidenciou a ausência de uma boa cultura de negociação e regulação que possibilitasse o estabelecimento de contratos entre a SEMUS e os diversos serviços que estão fora da sua governabilidade. Tal fato demonstrou ser muito difícil avançar para a consolidação do SISS sem o aumento da capacidade regulatória e da governabilidade municipal propiciada pela assunção à Gestão Plena do Sistema Municipal.

Esse último critério analisado praticamente envolve todos os outros restantes, mas, se diferencia na questão da exigência de medidas de garantia e controle.

No desenvolvimento desse estudo, a possibilidade a ser explorada para garantia e controle da referência e contra-referência passa pelos instrumentos de gestão da clínica, especialmente a gestão de patologias e a normalização dos processos de trabalho e por um bom sistema de contratualização, fruto da macrofunção de regulação dos Sistemas de Saúde.

Finalizando esse capítulo, os resultados encontrados a partir dos critérios escolhidos para dimensionamento da integralidade na organização dos serviços de saúde oferecidos à população da Região de São Pedro, na perspectiva do Sistema Integrado de Serviços de Saúde, estão resumidos no quadro oito.

Esses critérios permitiram identificar as principais vertentes do processo de implantação do SISS.

Destaca-se que o processo de construção do SISS originou o documento 'Projeto Integrar – Implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde na Região de São Pedro' (SEMUS, 2001a), fruto das discussões dos grupos temáticos formados em cada seminário realizado na primeira fase de implantação.

A análise dos dados obtidos com a aplicação de questionários autopreenchidos pelos profissionais responsáveis pela assistência na Região de São Pedro, cotejados com a percepção dos gerentes e comparados com esse projeto, sugere que a integralidade na prestação da assistência à saúde nessa região ainda está para ser efetivada.

Mas, várias ações propostas nesse documento elaborado, e ainda não efetivadas, continuam em pauta. Os profissionais de saúde, os verdadeiros protagonistas, continuam trabalhando nas ações de integração dos serviços.

> ***O que sinto é que esse processo ainda está sendo construído, entretanto os passos que foram dados foram de extrema importância na melhora da qualidade dos atendimentos dos serviços de saúde de São Pedro*** (P).

Além disso, a construção do Projeto Integrar criou uma grande demanda de desenvolvimento da capacidade institucional, e de assunção à Gestão Plena na SEMUS.

Todo o capital acumulado desde o primeiro seminário de construção do SISS, em 2000, poderá conduzir o Sistema Municipal de Saúde para um outro patamar de organização e qualidade assistencial.

Em síntese, a análise dos dados sugere que algo se fez na direção de uma assistência integral. Está em construção a consciência desses atores do que seria essa assistência e como buscá-la, considerando ser essa busca sempre processual.

Quadro 9 – Síntese da análise da integralidade das ações em saúde na perspectiva do Sistema Integrado de Serviços de Saúde, Região de São Pedro, Vitória/ES.

| **Critérios de análise** | **Resultados encontrados** | **Considerações e prescrições** |
|---|---|---|
| USFs funcionando como porta de entrada no sistema de saúde | satisfatório | A estratégia de saúde da família é uma boa possibilidade de modelo de atenção primária que garanta o "primeiro contato" |
| Estratégias de acolhimento nas USFs | satisfatório | A dimensão atitutinal do acolhimento deve ser incorporada ao cotidiano dos profissionais, e não somente no dia em que estão no 'acolhimento', e a dimensão da organização do sistema de urgência deve evoluir para a utilização do protocolo integrado. |
| Utilização de protocolos e linhas guia | não satisfatório | Os profissionais não demonstram resistências iniciais à utilização desses instrumentos. O cronograma de implantação está atrasado. Há escassez de profissionais habilitados para acelerar esse processo |
| Trabalho integrado entre profissionais dos pontos de atenção regional | não satisfatório | A assistência continua fragmentada apesar das tentativas realizadas desde 2000. Deve-se avançar para as sessões de supervisão e troca de conhecimentos e informações sobre o usuário. O estabelecimento de contratos de gestão endógenos é uma possibilidade a ser explorada. |
| Centrais de marcação de consultas e exames especializados e centrais de regulação de internações com monitoramento de filas de espera e mecanismos para sua redução | pouco satisfatório | Há regulação apenas das consultas especializadas. A SEMUS deve ampliar sua capacidade de regulação e assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde para melhorar a assistência prestada |

Quadro 9 – Continuação - Síntese da análise da integralidade das ações em saúde na perspectiva do Sistema Integrado de Serviços de Saúde na Região de São Pedro, Vitória/ES.

| | | |
|---|---|---|
| Instâncias de negociação que incorporem diferentes atores e graus de transversalidades | não satisfatório | Essa instância de negociação deve ser mais bem qualificada nesse critério, incorporando-se a necessidade de autonomia e mecanismos de garantia das normas negociadas. |
| Equipes de saúde da família coordenando a atenção ao usuário por todo o sistema de saúde | não satisfatório | Os resultados mostram que as equipes de PSF querem, em princípio, assumir esse papel, que só será possível com a efetivação do SISS. |
| Medidas de garantia e controle para a referência e contra-referência | não satisfatório | A SEMUS deve aumentar a governabilidade sobre os pontos de atenção à saúde e aumentar sua capacidade regulatória |

# Capítulo V: Os caminhos do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória: limites e possibilidades

> *O impulso alavancador da mudança está nas pessoas, nas suas habilidades e conhecimentos, na sua criatividade e inovação, na sua inteligência e na sua competência* (Chiavenato, 1992).

A análise do processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória estimulou algumas reflexões sobre os limites e possibilidades do alcance da integralidade na organização dos serviços públicos de saúde, que serão agora mais sistematizadas.

Até o momento, percebe-se que o processo de implantação do SISS induziu mudanças significativas na organização das ações em saúde no município, incluindo a criação de alguns serviços orientados pela demanda e não pela oferta, mas, não a ponto de assegurar à sua clientela uma oferta organizada de assistência entre os diversos pontos de atenção à saúde, ou a *atenção certa, no lugar certo e no tempo certo.*

A abordagem qualitativa mostrou que cada grupo de profissionais participante da pesquisa expressou-se dentro da sua realidade imediata, sob a ótica do lugar em que ocupava naquele período, e apesar disso, apontaram as mesmas questões como as mais importantes para a efetivação do SISS.

Entre essas questões, percebe-se que os profissionais tanto do nível local quanto do nível central estão depositando todas as esperanças de efetivação do SISS na assunção do município à Gestão Plena do Sistema de Saúde.

A atual condição de habilitação do município em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, que implica na desresponsabilização do gestor municipal frente aos pontos mais frágeis do sistema de saúde atualmente, que são aqueles de maior densidade tecnológica, é um grande pano de fundo que dificulta a implantação do SISS. No entanto, seria incorreto afirmar ser o único obstáculo para a sua efetivação e a melhoria da integralidade nas ações em saúde no município.

A responsabilização única, ainda que situe a capacidade de negociação e articulação com os serviços estaduais e federais do município em outro patamar, não será capaz por si só de resolver a questão da integração entre os diferentes pontos de atenção à saúde.

Torna-se clara a necessidade da SEMUS adquirir a governabilidade sobre todos os pontos de atenção à saúde do município, para que, nesse caso, o SISS se situe no espaço microrregional, mas, concomitantemente deve introduzir mecanismos gerenciais que induzam a uma maior responsabilização dos profissionais de saúde e também dos gestores, entendida como a assunção pelo trabalhador no cotidiano de sua prática, de atitudes e compromissos efetivos com os objetivos institucionais, que nesse caso estão bem definidos, e com as necessidades dos usuários.

Vale lembrar que toda a metodologia de implantação do SISS na Região de São Pedro foi pautada pelo envolvimento dos diversos atores, principalmente do nível

regional, e pelo estímulo à apropriação desse projeto, pelos profissionais de saúde, que elaboraram os diversos planos de intervenção para a construção do SISS, em espaços de discussão e negociação. Mas, isso não foi suficiente para se integrar minimamente os profissionais das USFs e os especialistas da Policlínica São Pedro, dois pontos de atenção sob gestão municipal.

Se a ausência da gestão plena dificulta o envolvimento dos pontos de atenção à saúde fora da governabilidade municipal, o mesmo não pode ser dito sobre a articulação entre a rede básica e a ambulatorial especializada municipal.

A insuficiência de integração, no âmbito regional, apesar dos esforços de envolvimento e sensibilização tanto dos profissionais quanto dos gerentes, demonstra que isso não é apenas uma questão de governabilidade.

Nesse contexto, é necessário reconhecer que a tendência espontânea das pessoas é se manterem dentro dos parâmetros de competência e habilidades considerados por elas, ou seja, dentro dos compartimentos ou territórios restritos. Produzir integração implica em abdicar de certa forma, desses territórios instituídos e promover uma desconstrução, descompartimentalização e, desse modo, possibilitar a formação de novos espaços de articulação das ações e saberes.

Avançando nessa análise, fica evidente a necessidade de se modificar as territorialidades de poder instituídas que reforçam a fragmentação, pois se está diante de uma nova possibilidade instituinte – a integração. Sabe-se que toda medida inovadora de um esquema institucional provocará resistências por parte do instituído frente ao instituinte. Ainda mais nesse caso da integração, que ao intervir nas diferentes interfaces entre os serviços de saúde, penetra em um ambiente conflitivo onde argumentos legais, éticos, sociais, políticos, econômicos e tecnológicos são constantemente invocados em função dos interesses dos diversos atores envolvidos.

Portanto, a SEMUS deve assumir a Gestão Plena e, *paripassu,* aproveitar todo o capital intelectual e a prática já adquiridos no processo de implantação do SISS com o objetivo de envolver os profissionais que atuam nos diversos pontos de atenção à saúde quanto ao significado e a importância de estratégias de negociação e pactuação que induzam a uma maior integração entre os serviços ou, mais adequadamente, entre os profissionais.

> *O sistema de serviços de saúde é um sistema complexo, composto por diferentes atores sociais em situação e portadores de diferentes objetivos, interesses e representações. Uma vez que a cooperação entre esses atores não é automática, eles devem negociar entre si e estabelecer acordos que permitam obter vantagens que não*

> *seriam alcançadas na ausência de uma cooperação formalizada* (Mendes, 2002b: 79).

A gestão de uma rede integrada deve obedecer às premissas de transparência, comunicação e participação, redefinindo-se os padrões de relação entre as pessoas e a organização. Para isso, não basta apropriar-se de uma linguagem moderna, sendo imprescindível estabelecer, entre os atores sociais internos, o consenso sobre seu papel e o comprometimento político com a implementação de estratégias de ação consistentes e abrangentes que substituam a lógica hierárquica por uma norma dialogicamente negociada.

Nesse sentido, a hipótese desenvolvida ao longo dessa pesquisa é de que não basta, ainda que seja necessária, a ênfase nos mecanismos usuais de comunicação: reuniões, oficinas de sensibilização, planejamento ascendente, entre outros, para a ruptura com os territórios restritos instituídos e a construção de interfaces entre os serviços/pessoas.

Torna-se necessário ir além. A complexidade do trabalho nas organizações de saúde, a impossibilidade relativa de uma padronização mecanicista e a intensa distribuição do poder nas mesmas, sugere um modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo e comunicativo e um conjunto de práticas que intensifiquem o espírito de gestão por compromissos para o alcance dos objetivos nessas organizações.

Impõe-se avançar nas prescrições normativas da NOAS/02 quanto à condição de habilitação, regionalização, hierarquização e termos de garantia de acesso, pois, isso por si só, não é garantia de formação de uma rede integrada de serviços de saúde. Afinal redes conectam pessoas e não competências idealizadas, isso não pode ser esquecido.

Nesse contexto, duas estratégias são consideradas aqui como possibilidades a serem exploradas para a integração entre os serviços: a mudança do foco da gestão, dos meios para os fins, através da gestão da clínica; e o aumento da cultura regulatória nas organizações pública de saúde com a implantação de contratos endógenos e exógenos, através de normas negociadas e pactuadas entre os diversos atores. Essas estratégias poderiam induzir a uma maior responsabilização pelos serviços.

Além disso, observou-se nas falas dos profissionais, que esses necessitam saber o que a organização espera deles, ou seja, ter clareza da importância do trabalho que executam, e dos resultados que podem alcançar, como exemplificado a seguir na transcrição da fala de um gerente do nível local em relação ao Projeto Vitória da Vida:

> ***Agora a gente tem um plano de ação pro ano inteiro. A gente não tinha isso. Então, eu acho assim, você é... Você*** (a existência do plano) ***incentiva, você mobiliza, com toda a certeza***. (GL)

Essas estratégias se apóiam na premissa desenvolvida no marco teórico sobre as singularidades das organizações de saúde e na possibilidade de introdução de uma nova estratégia comunicacional nas organizações de saúde voltada para a construção de uma rede integrada de serviços.

Em sistemas de saúde contratualizados, como o inglês e o espanhol, os contratos, combinando metas e incentivos, tratam do desempenho conjunto dos serviços ambulatoriais e hospitalares, assim como da regulação das relações entre os serviços ambulatoriais e os hospitais e a rede de apoio diagnóstico de alta complexidade (Ribeiro, 2001).

Para que os contratos funcionem bem, devem estar atrelados a um sistema de incentivos aos profissionais que os cumprirem, para facilitar a adesão e as rupturas necessárias ao momento de transição de um paradigma fragmentado para um integrado.

Esse sistema de incentivo passa a ser uma ferramenta indutora da qualidade que prestigia e provoca a melhoria contínua dos serviços prestados. Outra característica importante é valorizar não só o desempenho individual, mas principalmente o trabalho em equipe, uma vez que os incentivos, nesse caso, não devem ser concedidos individualmente.

A constituição dos contratos fundamenta-se em um diálogo contínuo entre contratante e prestador, retificações de problemas quando eles surgem, compartilhamento de riscos, troca de saberes e habilidades e responsabilização comum.

Além disto deve conter uma boa definição dos produtos, através da clareza dos objetivos do sistema de serviços de saúde e sua inserção no conteúdo do contrato, escolha e organização dos recursos, coordenação no tempo e no espaço, sistema de garantias, sistema de monitoramento e avaliação, e sistema de pagamento de preferência atrelado a incentivos financeiros ou morais que assegure o equilíbrio retribuição/contribuição (Mendes, 2002b).

A contratação - o Estado contratual - é uma terceira via no debate pró-Estado *x* anti-Estado, paternalista *x* liberal mínimo e supõe uma mudança também na filosofia de interação com os cidadãos, passando de uma posição unilateral de autoridade, à escuta, negociação, ajustes e compromissos (Trosa, 2001).

O estabelecimento da relação contratual, ainda que dentro da mesma instituição estatal, substitui a lógica hierárquica por uma relação dialógica. Segundo Mendes (2002b: 80),

> *Na relação contratual não há um lado que manda e outro que obedece e um lado que pensa e outro que executa. O princípio da autoridade se mantém, mas noutra dimensão: a capacidade de definir objetivos e estratégias, de negociar dialogicamente com outros níveis organizacionais, de definir compromissos bilaterais e de concretizá-los em contratos bilaterais.*

Portanto, ainda que os contratos de gestão sejam um potente instrumento quando o Estado opta pela separação das funções de financiamento e prestação de serviços, o que se pretende explorar é a utilização dos contratos endógenos[15] para o aumento da integração entre serviços de saúde através da responsabilização dos gestores, que deverão explicitar com precisão os objetivos do sistema de saúde e garantir as condições pactuadas para o cumprimento dos contratos, e também dos profissionais de saúde e provedores estatais, que deverão estar comprometidos com as ações pactuadas.

Segundo Baratta (1997, *apud* Hortale & Duprat, 1999), o contrato de gestão na área da saúde pode ser entendido como *a tradução processual de uma lógica ascendente que parte da iniciativa de cada estabelecimento(...). Este processo ascendente é contrabalançado por uma lógica descendente – a do esquema regional de organização sanitária*.

Ressalta-se que devido às particularidades da prestação de serviços de saúde, os indicadores de satisfação do usuário devem estar contemplados nos contratos.

Pelo exposto acima, e para a efetivação do SISS, a SEMUS necessita criar procedimentos técnicos, administrativos e gerenciais que estimulem a participação responsável e consciente dos funcionários na geração dos resultados organizacionais. Ou seja, como sugere Hortale & Duprat (1999), exercer a lógica contratual no nível da organização das relações entre os atores.

Nesse contexto, a SEMUS deve desenvolver, implantar, controlar e avaliar contratos, endógenos e exógenos, que fixarão compromissos bilaterais, quantitativos e qualitativos, avaliáveis através de indicadores adequados, com os distintos prestadores de serviços de saúde, avançando para um modelo de gestão baseado na negociação e

[15] *A possibilidade de elaboração de contratos endógenos, onde não há uma definição pela desestatização dos entes prestadores de serviços, é pouco refletida no Brasil, onde predomina uma compreensão equivocada, com forte viés ideológico, de que a separação das macrofunções de regulação/financiamento da prestação de serviços é uma proposta neoliberal, destinada a privatizar o sistema público de serviços de saúde* (Mendes, 2002b: 86). Essa separação já existe de fato na rede hospitalar do SUS, onde a maioria dos prestadores de serviços não pertence à rede própria. Mesmo assim boa parte do relacionamento de estados e municípios com esses prestadores se baseia em um contrato, quando existe, assinado há mais de 15 anos com a Previdência Social, órgão extinto desde 1993.

pactuação de compromissos e na conformação de uma rede integrada de serviços de saúde.

Em um primeiro momento, a SEMUS deve estabelecer, em cima das metas definidas no plano de ação anual, os contratos endógenos com as unidades básicas de saúde, para o qual é necessário desenvolver e dominar certas tecnologias, especialmente os protocolos clínicos e a gestão de patologias e ter um bom domínio da medicina baseada em evidências. Ressalta-se a necessidade desse processo ser incluído dentro de um projeto maior de gestão do conhecimento a ser conduzido pelo Núcleo de Recursos Humanos da SEMUS.

Posteriormente, já com um pouco de experiência em contratualização, a SEMUS celebraria contratos com os diversos serviços municipais e prestadores estatais do município, uma vez assumida a Gestão Plena do Sistema Municipal, dentro da lógica de arquitetura de um sistema integrado de serviços de saúde.

No entanto, para que essas relações contratuais funcionem adequadamente, algumas condições são necessárias (Vía, 2001 *apud* Mendes, 2002b), e deverão ser assumidas pela SEMUS:

- a existência de uma cultura de resultados nas instituições[16];
- a clareza dos objetivos do sistema de serviços de saúde e sua inserção no conteúdo do contrato;
- a existência de sistemas de informação que permitam monitorar e avaliar os produtos acordados no contrato;
- a disponibilidade de recursos humanos capacitados para gerenciar contratos nas instituições contratante e contratada;
- o sistema de remuneração dos serviços atrativo para os prestadores;
- a autonomia de gestão dos prestadores de serviços compatível com os alcance dos produtos contratados.

Um dos importantes efeitos da lógica contratual é a mudança nas práticas assistenciais através da introdução de uma gestão participativa por objetivos e do ressurgimento do planejamento como atividade nobre. De tempos em tempos será necessário avaliar os contratos estabelecidos entre os distintos níveis da organização e reiniciar o circuito de negociação, preparando-se novos objetivos e propostas para o

[16]Em 2000, a SEMUS aderiu ao 'Movimento da Qualidade' do governo federal que se fundamenta nos seguintes critérios de excelência: liderança; estratégias e planos; clientes; informação; pessoas; processos e resultados (SEMUS, 2001b).

próximo período, o que permitirá o desenvolvimento de mais comunicação e conhecimento internos.

Nesse contexto, destaca-se a importância de ampliar e melhor qualificar a atual estrutura organizacional de controle, avaliação, auditoria e regulação da SEMUS, considerando-se o papel protagônico dessas ações tanto para a assunção à Gestão Plena do Sistema Municipal quanto para a efetivação de uma rede integrada de serviços de saúde. Para tanto, entre os principais desafios identificados pelos profissionais, destacam-se:

- implementar junto à assistência mecanismos/serviços de controle da procedência dos usuários, enquanto o Cartão Nacional de Saúde não estiver implantado em todo o Estado, como forma de acompanhar o fluxo de usuários e os respectivos recursos financeiros;
- ampliar o modelo de organização adotado pelo município, o SISS, para o âmbito microrregional;
- estruturar os serviços de avaliação e controle quanto a recursos humanos, materiais, equipamentos e espaço físico;
- capacitar os profissionais voltados para a implementação e manutenção do processo regulatório em todos os níveis da assistência;
- gerenciar o contingente dos profissionais, que atuarão em controle, avaliação, auditoria e regulação, atualmente sob gestão estadual, que deverão ser municipalizados;
- investir financeiramente para garantia da oferta de todos os serviços/ procedimentos assistenciais para a população residente e a referenciada.

O município deve desenvolver a regulação assistencial a partir da organização setorial e modular nos diferentes níveis e etapas do processo assistencial, gradualmente até alcançar um complexo regulador, com inserção harmônica no Sistema de Regulação Estadual.

Em síntese, o processo de implantação do SISS em Vitória, embora atualmente esteja em um momento de desaceleração, mas não de paralisia, lançou bases sólidas que permitirão à SEMUS evoluir na direção da integralidade das ações em saúde.

Para isso, alguns constrangimentos de ordem política deverão ser superados. Dentre esses, destacam-se:

- a indefinição pela Gestão Plena do Sistema Municipal;
- o sistema de contratação dos profissionais, ancorado em contratos temporários que faz, entre outros prejuízos, com que todo o esforço de capacitação se perca com a rotatividade;
- a direção das unidades básicas de saúde entregue a pessoas definidas com perfil político e muitas vezes sem condições técnicas. Isso impede o próximo salto que seria a implantação dos contratos endógenos nas unidades básicas de saúde.

As questões referentes à rotatividade dos profissionais, embora referidas pelos entrevistados como um fator limitante para a efetivação do SISS, não foram exploradas nesse estudo, entretanto poderão ser exploradas em outro momento ajudando a perceber o fenômeno pesquisado por outros ângulos.

Como visto, a implantação do SISS representa uma mudança radical na concepção e na organização dos sistemas de serviços de saúde, nas dimensões política, cultural e tecnológica. Por isso, é um processo de muitas dificuldades, especialmente por ser um esforço pioneiro no Brasil e na América Latina, o que significa construir uma proposta nova, na ausência de modelos de referência, internos ou externos. Por conseqüência, é algo que somente se consolida em médio prazo.

Trata-se, portanto, de persistir nesse esforço de mudança e de consolidar, paulatinamente, o Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória através do protagonismo dos profissionais de saúde.

# Considerações Finais

> *Sob a crise do Sistema de Saúde Brasileiro, estão acontecendo mudanças que nos autorizam a persistir na luta pela implantação do SUS* (Barros, 1997:113).

A construção do Sistema Único de Saúde impõe respostas a vários desafios próprios de seu desenvolvimento. Entre eles, destacou-se nesse estudo, a necessidade de se buscar soluções que reduzam a fragmentação existente entre os diversos serviços de saúde através da efetivação de uma rede integrada de atenção à saúde.

Essa fragmentação dos sistemas de serviços de saúde, através da organização por componentes isolados e da atenção a eventos agudos, é inadequada por várias razões: enfatiza o tratamento curativo em detrimento das ações promocionais e preventivas, gerando um sistema de doenças e não de saúde; remunera desproporcionalmente os serviços médicos prestados nos pontos de atenção à saúde de mais alta densidade tecnológica, incentivando o uso desses procedimentos mais caros e nem sempre mais eficazes; deixa de incentivar os prestadores de serviços a cuidarem de todo o processo de saúde/doença porque cada prestador só enxerga seu serviço sem ter a visão do todo; e não possibilita uma atenção contínua ao usuário do sistema, uma das exigências da qualidade (Zitter, 1996).

Nesse contexto, a assistência à saúde no SUS vem sendo realizada por estabelecimentos públicos e privados conveniados e contratados pelo poder público, distribuídos aleatoriamente em determinados espaços e sem a necessária articulação entre eles. Segundo Paim (1993:196), *chamar rede de serviços a esse conjunto desordenado é quase um exagero semântico*.

Portanto, para organizar os serviços rumo à atenção integral e consolidar uma importante diretriz do SUS, impõe-se a efetivação de uma rede integrada de serviços de saúde em contraposição a um conjunto fragmentado de programas, divisão crescente do trabalho e sua especialização.

Com a finalidade de aprofundar tais questões, realizou-se um estudo de caso de abordagem qualitativa sobre a experiência de operacionalização, no município de Vitória – ES, de uma rede integrada, na perspectiva do Sistema Integrado de Serviços de Saúde.

Os critérios adotados para o dimensionamento da integralidade na organização dos serviços de saúde, oferecidos à população da Região de São Pedro, possibilitaram a análise de práticas que se relacionam direta ou indiretamente com a integralidade. Essa análise produziu algumas reflexões, que não se restringem ao nível local, acerca da construção de uma rede integrada no âmbito do SUS.

Pois, *compreender o funcionamento da organização e sua relação com os atores exige que nos liguemos à análise dos processos organizacionais mais do que à organização petrificada, do estruturante mais do que do estruturado, da*

*institucionalização das práticas mais do que a um quadro institucional estabelecido* (Friedberg, 1997 *apud* Hortale & Duprat, 1999).

Seguindo essa perspectiva, os resultados desse estudo apontaram para a institucionalização de novas práticas na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, ou mais precisamente, nos profissionais de saúde, voltadas tanto para a integração assistencial quanto para uma abordagem integral dos indivíduos.

A sistematização do 'como produzir integração' trouxe uma possibilidade real de melhoria da qualidade dos serviços, ou seja, a definição de uma nova missão institucional, baseada em projetos e ações concretas com prazos definidos, aumentou a motivação dos profissionais para o trabalho.

A reorganização da estrutura do nível central da SEMUS, com a criação do Departamento de Assistência à Saúde, provocou a aproximação de profissionais de áreas afins ampliando-se a visão sobre os programas de saúde.

A estratégia de saúde da família passou a ser concebida como ponto de atenção à saúde organizador de todo o sistema, e seu fortalecimento tem acontecido através da expansão das USFs, mas também, da qualificação de seus profissionais através do Programa de Educadores Permanentes. Esses profissionais estão trabalhando com alguns elementos e conceitos de gestão da clínica: participaram da elaboração de linhas guia e realizam revisão entre pares através de uma reflexão crítica contínua e sistemática sobre suas performances.

Essa revisão do conceito e das práticas educativas nos serviços de saúde pode assegurar a implantação e manutenção de uma nova cultura institucional.

Além disso, o alcance da meta mobilizadora de redução da mortalidade infantil demonstrou a efetividade, em pouco tempo, de ações integradas. O Projeto Vitória da Vida tem em sua concepção a gestão de patologia da atenção à gestante e à criança menor de um ano, a perfilização clínica realizada pelo COPEMI e a mobilização social através dos Comitês Vitória da Vida. Houve uma mudança cultural e operacional dada pelo uso de informação fina nas decisões relativas a esse projeto, destacando-se a interação com os hospitais nas notificações das altas hospitalares.

Nesse contexto, a análise do processo de implantação do SISS, cotejada com a produção teórica existente, com suas tecnologias e ferramentas gerenciais, de matrizes internacionais, adaptadas às singularidades locais, demonstrou novas outras possibilidades de microgestão no movimento real da assistência à saúde para a construção da integralidade.

Observou-se, que a conformação de um sistema integrado precisa contemplar entre outras questões: a eliminação da linha divisória tradicional entre atenção básica e hospitalar; a coordenação e orientação do sistema pela atenção básica; a redefinição das funções do hospital; e a integração dos programas verticais existentes evitando duplicação de esforços. E ainda, compatibilizar a clínica, pronto atendimento, epidemiologia e programação das ações com a presença de serviços e de equipes de trabalhadores com um razoável grau de autonomia e de responsabilidade tecnoprofissional e gerencial.

Há importantes inovações a serem realizadas no SUS, nesse sentido, duas questões-chave, que certamente não são as únicas, se destacaram e merecem ser mais exploradas em estudos futuros: desenvolver formas de indução de uma maior cooperação formal, para além da coordenação informal ou espontânea que existiria hoje entre indivíduos, equipes ou serviços; e incorporar, na prática cotidiana, a gestão da clínica, ampliando-se o foco da gestão para a gestão dos fins.

A primeira relaciona-se à necessidade de aumento ou desenvolvimento de uma cultura regulatória no âmbito do SUS, que entre várias ações, instituiria a contratualização nos serviços de saúde.

Entretanto, ainda que a separação das funções de financiamento e provisão de serviços esteja na agenda internacional e nacional, no contexto da Reforma do Estado, não foi objetivo desse estudo abordar a discussão da descentralização com autonomia financeira das diversas unidades do SUS, mas sim entender a lógica contratual e sua possível contribuição na relação entre gestores e entre gestores e profissionais de saúde com vistas à integração entre os serviços de saúde e a melhoria da qualidade assistencial.

*Fundamentalmente a visão de rede tem de ser colocada como função de Estado e o contrato pode ser utilizado como mecanismo para fazer isso* (MS, 2001: 166).

Esse movimento poderá impactar a baixa responsabilização dos gestores entre seus pares, pois, a maior parte das atenções e das energias dos gestores estaduais e municipais ainda é dedicada à administração das suas unidades próprias, muito mais que à conformação de um sistema e de uma rede de serviços (Levcovitz, 2001), inexistindo solidariedade orgânica e sistemática com o conjunto do sistema de saúde.

Ressalta-se que os contratos elaborados para o sistema público devem associar mais objetivamente a qualidade da atenção, a satisfação do usuário, a cesta de serviços ofertada por cada unidade regulada e introduzir incentivos à boa performance organizacional. O objetivo é estimular o compromisso com o resultado do trabalho e

ainda desenvolver na instituição a cultura da utilização de indicadores como instrumento gerencial. Ou como bem define Campos (1997: 63):

> *De um contrato econômico-profissional, poderíamos trabalhar nos serviços públicos com um contrato de cuidados, de direitos e deveres do paciente/família e da equipe de saúde. Com um contrato que signifique a explicitação de um certo projeto terapêutico, onde sejam considerados elementos técnicos, as possibilidades de acesso, de intercâmbio usuário/serviço, etc.*

Em síntese, a ausência de instrumentos gerenciais eficazes de regulação e ordenamento da oferta, que busquem viabilizar o acesso e a melhor utilização dos serviços do SUS por parte dos usuários, nos níveis macro e microorganizacionais e a desmotivação e descompromisso dos trabalhadores em saúde com os resultados organizacionais, fruto, em parte, de uma gestão centrada nos meios e não nos fins, contribui de forma decisiva para a persistência de problemas relacionados à baixa eficácia do Sistema Público de Saúde Brasileiro.

Entretanto, uma vez que a atual Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/02 regulamentou a constituição de sistemas funcionais de saúde regionalizados, o SUS poderá desenvolver estratégias essenciais para seu avanço: regulação, regionalização com integração e qualidade da assistência.

Entre as estratégias que estão sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde destacam-se a elaboração e incentivo à adoção de protocolos clínicos para algumas ações e serviços de alto custo; a organização de centrais de regulação nas três esferas de governo; o estabelecimento de prioridades e metas através dos acordos de atenção básica e da agenda nacional de saúde; o cartão SUS (Machado, 2002); os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e as centrais de atendimento aos usuários e ouvidorias.

O desenvolvimento recente dessas estratégias dificulta conclusões sobre sua eficácia, mas aponta a preocupação da política sanitária com as questões levantadas nesse estudo e pode estimular os gestores locais a definirem opções gerenciais e organizacionais para uma maior integração entre os diversos serviços de saúde.

Com o avanço do SUS, situações mais complexas vêm se apresentando aos municípios, exigindo o estabelecimento de procedimentos e normas operacionais claras e objetivas, complementares à legislação maior.

Todavia, a melhoria da qualidade assistencial em uma organização de saúde é um processo lento que supõe, necessariamente, o envolvimento de todos os profissionais no compartilhamento de metas comuns e mudança na forma de execução

das ações. Mudança através de ferramentas gerenciais e também dos valores, novos valores que tragam responsabilização.

Pensar modelos organizacionais, que operem tanto na microdecisão clínica quanto na administrativa, torna-se um desafio para quem luta pela saúde como bem público a serviço da defesa da vida individual e coletiva.

# Referências Bibliográficas

AZEVEDO, C.S., 2002. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (2): 349-361.

A GAZETA, 1993. Moradores de São Pedro em busca da cidadania. *A Gazeta*, Vitória, 23 de março, Caderno 1, p. 5.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2003. 15 de janeiro de 2004 <www.undp.org.br>

BARROS, M. E. D., 1997. Política de Saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência. In: *Ciências Sociais e Saúde* (A. N. Canesqui, org.), pp.113-33. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

BECKER, H.S., 1997. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec.

BENGOA, R., 2001. Questões teórico-conceituais e resultados já obtidos por países que adotaram a separação das funções de financiamento e provisão de serviços de saúde. In: *Seminário a Separação do Financiamento e da Provisão de Serviços no Sistema Único de Saúde,* pp. 23-37, Brasília: Ministério da Saúde-Banco Mundial.

BRASIL, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal.

BRASIL, 1990. Lei n.8080, 19 set.1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 20 set. Brasília.

CAMPOS, G.W.S., 1997. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In*: Inventando a mudança na saúde* (L.C.O. Cecílio, org), pp 29-87, São Paulo: HUCITEC.

CAPISTRANO FILHO, D., 1995. *Da saúde e das cidades*. São Paulo: HUCITEC.

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

CARVALHO, M.R., 1991. *Modelos assistenciais de unidades básicas de saúde e integralidade.* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

CASTRO, G.A., 1991. *Contribuição ao estudo da integralidade da ação de saúde*. Dissertação de Mestrado, Salvador: Universidade Federal da Bahia.

CECÍLIO, L.C.O., 1997a. Contribuições para uma teoria da mudança no setor público. In: *Inventando a mudança na saúde* (org), pp. 235-334. São Paulo: HUCITEC.

_____1997b. A modernização gerencial dos hospitais públicos, o difícil exercício da mudança. *RAP*, 31 (3): 36-47, mai/jun.

_____1997c. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (3): 469-478, jul/set.

_____1999. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2): 315-329.

CHIAVENATO, I., 1992. *Gerenciando pessoas; o passo decisivo para a administração participativa.* São Paulo: Makron Books

COCHRANE, D., 2001. Evidence-based medicine in practice. In: *Managed care and modernization* (ed.). Buckingham: Open University Press.

COILE JR, R.C., 1997. Governing the integrated delivery network: new models for a post-reform environment. In: *Integrated Delivery systems: creation, management and governance* (Foudation of the American College of Healthcare Executives, org), pp. 255-269, Chicago: Health Administration Press.

COUCH, J.B., 1998. Disease management: an overview. In: *The health care professional´s guide to disease management: patient-centered care for the 21st century* (ed.). Gaithersburgh: Aspen Publication.

CRUZ NETO, O. 1998. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (M.C.S Minayo, org.), pp. 51-63, Petrópolis: Vozes.

DEPARTMENT OF HEALTH, 1998. *The new NHS: modern, dependable*. London: Stationery Office.

DIAS, T. 2001. *São Pedro.* Vitória: Secretaria Municipal de Cultura.

DONALDSON, M.; YORDY, K.; LOHR, K. & VANCELOW, N., 1996. *Primary Care; America's Health in a New Era.* Washington: National Academy Press, Institute of Medicine.

DONALDSON, L. 2000. Clinical Governance. *Medico-Legal Journal*. vol 68 part 3, 89-100.

DOWLING, W.L., 1997. Strategic alliances as a structure for integrated delivery systems. In: *Integrated Delivery systems: creation, management and governance* (Foudation of the American College of Healthcare Executives, org), pp. 45-80, Chicago: Health Administration Press.

DOYLE, J.B., 1996. Health outcomes: measuring and incresing values in management disease. In: *Disease management: a systems approach to improving–patient outcomes* (W.E. Todd & D. Nash, ed), Chicago: American Hospital Publishing Co.

DUSSAULT, G., 1992. A gestão de serviços de saúde: características e exigências. *Revista da Administração Pública*, 26(2), abr/jun.

EDDY, D., 1990. Practice policies, what are they? *JAMA*, 263: 877-880.

ETZIONI, A., 1989. *Organizações modernas*. 8ª ed., São Paulo: Ed. Pioneira.

FENSPETEC (Fundação Escola Nacional de Saúde Pública Tecnologia), 2002. *Relatório Final do Projeto Carga de Doenças*. Rio de Janeiro: Escola nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

FLEXNER, A., 1910. *The Flexner Report on Medical Education in the United States and Canada.* Washington: Science and Health Publications, Inc.

FONSECA, T.M.M., 2003. *Estudo Etnográfico sobre o significado da Estratégia Saúde da Família, atribuído por famílias do município de Vitória – ES*. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

FURTADO, L.A.C. & Tanaka, O.Y., 1998. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Revista de Saúde Pública*, v.32, n.6: 587-595, dez.

GIL, A.C., 1987. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas.

GIOVANELLA, L. et al., 2002. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Revista Saúde em Debate*, v.26, n.60, p.37-61, jan/abr.

HORTALE, V.A. & DUPRAT, P., 1999. O contrato de gestão na reforma do subsistema hospitalar francês: contribuição à discussão sobre a descentralização dos serviços de saúde no Brasil. *RAP*; 33(2): 7-22, mar-abr.

HOUAISS, A. & VILLAR, M.S. 2001. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.

INSTITUTE OF MEDICINE, 2001. C*rossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.* Washington: National Academy Press.

JULIO, S., 2002. La calidad em los serviços sanitários – una propuesta general para servicios clínicos. 03 de novembro de 2002 < www.gestionensalud.com>

JUNQUEIRA, L.A.P., 1998. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *RAP*, v.32, n.2, p.11-22, mar/abr.

KELLY, J.T. & BERNARD, D.B., 1996. Clinical Guidelines: basis for effective disease management. In: *Disease management: a systems approach to improving–patient outcomes* (W.E. Todd & D. Nash, ed), Chicago: American Hospital Publishing Co.

LEVCOVITZ, E., 2001. A superposição das funções de gestão e gerência de unidades estatais. In: *Seminário a Separação do Financiamento e da Provisão de Serviços no Sistema Único de Saúde,* pp. 83-102. Brasília: Ministério da Saúde-Banco Mundial.

LIMA, S.M.L. 1996. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *RAP*, 30(5):101- 38, set/out.

LOIOLA, E. & MOURA, S., 1997.Análise de redes: uma contribuição aos estudos organizacionais. In: *Gestão Contemporânea, cidades estratégicas e organizações locais* (T. Fischer, org), p.53-67, 2ª ed., Rio de Janeiro: Ed. FGV.

LOSICER, E. 2000. Descentralização, redes e subjetividade. *Oficina de trabalho "Rede e Gestão Descentralizada"*.Ministério da Saúde.Brasília.

MACHADO, C.V., 2002. Regulação da Política Nacional de Saúde: estratégias e tendências. In: *O SUS em dez anos de desafio* (B. Negri & A.l.D. Viana, org), pp. 518-526, São Paulo: Sobravime.

MATTOS, R.A., 2001. 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* (R. Pinheiro & R.A. Mattos, org), pp. 39-64, Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO.

MATTOS, R.A., 2004. *Entrevista: Ruben Mattos.* 18 de maio de 2004 <www.lappis.br >

MENDES, E.V.1995. *A Evolução Histórica da Prática Médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica.* Belo Horizonte: PUC/MG/FINEP.

_____, 2001a. *Os grandes dilemas do SUS.* Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade.

_____, 2001b. *O desenvolvimento da capacidade institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.* Belo Horizonte: mimeo.

_____, 2002a. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.

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

**_____,** 2002c. *Proposta de sistema gerencial para a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.* Belo Horizonte: mimeo.

_____, 2002d. *Reflexões sobre a NOAS-SUS 01/02*.Belo Horizonte: mimeo.

_____, 2004a. *O SUS passo a passo.* Belo Horizonte: mimeo.

_____, 2004b. *Os instrumentos de normalização dos processos de trabalho em saúde.* Belo Horizonte: mimeo.

MERHY, E.E., 1996. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: *Agir em Saúde: um desafio para o público* (E.E. Merhy & R. Onocko, orgs.), São Paulo: Hucitec.

MINAYO, M.C. de S., 1999. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.* São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Abrasco. 6ª ed.

_____, 1998. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (org), pp. 9-30. Petrópolis: Vozes.

MINTZBERG, H., 1995. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações.* São Paulo: Atlas.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M. & SOUZA, R. G., 2002 A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. *Ciência e Saúde Coletiva*; 7(3): 509-521.

MONTENEGRO, J.V.S.; MONTENEGRO, R.M.N.; MIRANDA, E.A. & DUTRA, A.F., 2000. Vitória, o destino tomado nas mãos. *Revista de Saúde da Família*, ano I (3): 26-31.

MOTTA, P.R. 1991. *Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente.* 2ª ed, Rio de Janeiro: Record.

MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 2002. Regionalização da assistência à saúde: aprofundamento à descentralização com equidade e acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS/SUS e Portaria MS/GM n. 373/GM, 27/02/2002. 2ª ed. Brasília: MS.

NOVAES, H.M., 1990. *Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde – Silos: análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina.* Pioneira. São Paulo.

NUNES, E.D., 1985. Tendências e perspectivas da pesquisa e ciência social em saúde na América Latina: uma visão geral. In: *As ciências sociais em saúde na América Latina.* (E.D. Nunes, org), pp. 31-79. Brasília: OPAS.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS), 1964. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines: 1920. *Publicação Científica 93*. Washington.

ORGANIZACÍON MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), 1996. Integración de la atencíon de la salud. Informe de un Grupo de Estúdio de la OMS. *Série de Informes Técnicos, n.861*. Genebra: OMS.

PAIM, J.S., 1993. A Reforma Sanitária e os modelos tecnoassistenciais: a epidemiologia na organização dos serviços de saúde. In: *Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia.* Belo Horizonte: COOPMED/ABRASCO. v. 2.

PATTON, M.Q., 1980. *Qualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills: Sage.

PÉREZ LAZARO, J.J. & GARCIA ALEGRIA., J., 2001. La medida de los resultados clínicos. *Cuad. Med. Soc*. 80: 5-16, nov.

PINHEIRO, R., 2003. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS. *Boletim ABEM.* 31 (1/2): 8-11.

RIBEIRO, J.M., 2001. Regulação e contratualização no setor saúde. In: *Brasil: radiografia da saúde* (B. Negri & G. Di Giovanni, org.), pp. 409-443, Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP.

ROBINSON, R. & STEINER, A., 1998. *Managed health care: US evidence and lessons for the National Health Service.* Buckinghan: Open Univ. Press.

ROVERE, M., 1998. *Redes - hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad.* Secretaria de Salud Pública, Municipalidad de Rosário.

SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J. 1997. *European health care reform: analysis and current strategies.* Copenhagen*:* WHO, Regional Office for Europe.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ, 2000. Sistema microrregional de serviços de saúde de Baturité. Fortaleza: SESA.

SEMUS (Secretaria Municipal de Saúde), 1995. Diagnóstico Situacional da Região VI de Vigilância em Saúde – São Pedro. Vitória: Centro de documentação, SEMUS.

_____, 1997. *Projeto São Pedro: desenvolvimento urbano integrado e preservação do manguezal.* Vitória: Centro de documentação, SEMUS.

_____, 1999. *Projeto São Pedro – estruturação do sistema de saúde da região: da utopia à ousadia.* Vitória: Centro de documentação, SEMUS.

_____, 2001a. *Projeto de Implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde – SISS na Região de São Pedro*. Vitória: Centro de documentação, SEMUS.

_____, 2001b. *Plano Municipal de Saúde 2002-2005*. Vitória: Centro de documentação, SEMUS.

_____, 2002. *Diagnóstico da gestão plena do sistema municipal.* Vitória: Centro de documentação, SEMUS.

_____, 2003. *Centro de Referência para a Infância e Adolescência.* Vitória: DASS/ SEMUS.

_____, 2004. *Sistema de Informação da Atenção Básica.* Vitória.

SHORTELL, M.S. & KALUZNY, A.D., 1988. Organization theory and health care management. In: *Health care management: a text in organization theory and behavior* (org). New York: Delmar Publishers Inc.

SILVA, P.L.B., 2003. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. *São Paulo em Perspectiva.* 17 (1): 69 – 85.

STAREY, N., 1999. What is clinical governance? *Hayward Medical Communications*, dez. Hayward.

STARFIELD, B., 1992. *Primary care: concept, evaluation and policy.* New York. Ed. Oxford Univ. Press.

_____, 2002. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde.

TEIXEIRA, C. F., 2002. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*. 18 (suplemento): 153 – 162.

TOBAR, F. & YALOUR, M.R., 2001.*Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

TROSA, S., 2001. *Gestão pública por resultados: quando o estado se compromete.* Rio de Janeiro: Renavan, Brasília: ENAP.

VITÓRIA, 2003. Guia do Investidor. 15 de janeiro de 2004 <www.vitoria.es.gov.br/negocios/guia_investidor >

WALSHE, K. et al. 2001. The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study. *Int. J. for Quality in Health care*. 13(5): 367-374.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001. *Innovative care for chronic conditions*. Department of Health Care for Chronic Diseases/WHO, Draft document, Geneva.

ZITTER, M.1996. A new paradigm in health care delivery: disease management. In: *Disease management: a systems approach to improving patient* outcomes (W.E. Todd & D. Nash, ed), Chicago: American Hospital Publishing Co.

## ANEXO 1 – Roteiros de Entrevistas

Roteiro de entrevista **para gerentes locais das USFs**

Região de São Pedro

1) Identificação
Nome:
Formação profissional:
Tempo na gerência desta unidade:_____

2) Como considera o relacionamento entre os profissionais desta USF? Quais as dificuldades ou facilidades encontradas?

3) Como é realizada a programação da USF? *(Saber se é centralizada, descentralizada, discutida com os profissionais, baseada nas necessidades da comunidade, baseada na NOAS, anual,etc...).*

4) Existem espaços de discussão de casos entre os profissionais? Formais ou informais?

5) Existe mecanismo de acolhimento do usuário que chega à USF sem consulta marcada? Como acontece?

6) Os profissionais desta unidade realizam interconsultas (discussão de casos com especialistas) quando necessário? Como acontece?

7) Existe algum mecanismo de referência do PSF para outros níveis do sistema de saúde? Quais? Como funcionam e para quais procedimentos?

8) Existe algum mecanismo de contra-referência específica para o PSF? Há formulário específico ou guias?

9) Existem centrais de marcação de consultas especializadas, exames e regulação de internações? Qual a sua avaliação sobre o funcionamento das mesmas? Há dificuldades de funcionamento? Os usuários respeitam os fluxos estabelecidos?

10) Considera que a USF conta com um sistema de referência e contra referência que permite ampliar a confiança no trabalho e na resolutividade da rede básica?

11) Esta USF utiliza protocolos de fluxo de atendimento para doenças ou agravos específicos? Se sim quais?

12) Considera que a maioria da população cadastrada reconhece a unidade como porta de entrada no sistema de saúde? Por quê?
13) Os pacientes encaminhados para outros níveis de atenção retornam à USF? Quais as dificuldades para o retorno dos pacientes encaminhados?

14) Há alguma relação da coordenação desta USF com as outras coordenações da região e a SEMUS? Dê algum exemplo de atuação articulada ou de tentativa de articulação.

*(Como ocorre esta inter-relação: reuniões, ações conjuntas? Há conflitos ou dificuldades?).*

15) Quais as dificuldades para integrar o PSF/USF à rede de serviços? O que seria necessário para integrar o PSF à rede?

16) Caracterize as etapas do desenvolvimento do PSF nesta unidade até o momento, quais foram as etapas pelas quais passou o PSF até agora? Aconteceram momentos de maior avanço e outros de paralisia? Quais? Por quê?

17) Qual o maior problema do PSF no momento? Qual a grande dificuldade para a efetivação do PSF?

18) Existem instâncias de negociação envolvendo os três níveis de assistência, os coordenadores regionais, coordenadores locais e outras que incorporem diferentes atores dos serviços de saúde? Como funcionam?

19) Existe um plano regional de saúde? Se sim, como se deu o planejamento? Quais atividades previstas foram implantadas?

20) Quais os principais espaços de comunicação com a SEMUS? (*Como foram criados, quais objetivos, como funcionam que temas ocupam a maior parte das discussões, quem participa, qual sua avaliação quanto a este processo, quais as vantagens e desvantagens).*

21) Como é feito o monitoramento das atividades realizadas no âmbito da região? *(Existe sistema de informação, quais são as principais informações e indicadores utilizados, este monitoramento colabora para a tomada de decisão, quem é responsável por esta análise...).*

22) A implementação do SISS trouxe avanços para o sistema regional de saúde? Quais?

Roteiro de entrevista com o **gerente da Policlínica de Especialidades** da Região de São Pedro

1) Identificação
- Nome:
- Formação profissional:
- Tempo em que trabalha na gerência desta unidade:_____

2) Como considera o relacionamento entre os profissionais desta Policlínica e as USFs da Região de São Pedro ? Quais as dificuldades ou facilidades encontradas?

3) Existe mecanismo de acolhimento do usuário que chega nesta unidade? Como acontece?

4) Os profissionais desta unidade realizam interconsultas (discussão de casos com os médicos de família) quando necessário? Como acontece?

5) Existe algum mecanismo de referência para outros níveis do sistema de saúde? Quais? Como funcionam e para quais procedimentos?

6) Existe algum mecanismo de contra-referência específica para as USFs? Há formulário específico, guias?

7) Existem centrais de marcação de consultas especializadas, exames e regulação de internações? Qual a sua avaliação sobre o funcionamento das mesmas? Há dificuldades de funcionamento? Os usuários respeitam os fluxos estabelecidos?

8) Considera que a Policlínica conta com um sistema de referência e contra referência que permite ampliar a confiança no trabalho e na resolutividade do sistema?

9) Esta unidade utiliza protocolos de fluxo de atendimento para doenças ou agravos específicos? Se sim quais?

10) Considera que a maioria da população cadastrada reconhece as USFs como porta de entrada no sistema de saúde? Por quê?

11) Há alguma relação da coordenação desta Policlínica com as outras coordenações da região e a SEMUS? Dê algum exemplo de atuação articulada ou de tentativa de articulação. (*Como ocorre esta inter-relação: reuniões, ações conjuntas? Há conflitos ou dificuldades*?)

12) Como você avalia a experiência de integração do PSF à rede de serviços de saúde?

13) Existem instâncias de negociação envolvendo os três níveis de assistência, os coordenadores regionais, coordenadores locais e outras que incorporem diferentes atores dos serviços de saúde?

---

14) Existe um plano regional de saúde? Se sim, como se deu o planejamento? Quais atividades previstas foram implantadas?

15) Quais os principais espaços de comunicação com a SEMUS? (*Como foram criados, quais objetivos, como funcionam que temas ocupam a maior parte das discussões, quem*

*participa, qual sua avaliação quanto a este processo, quais as vantagens e desvantagens*).

16) Como é feito o monitoramento das atividades realizadas no âmbito da região? (Existe *sistema de informação, quais são as principais informações e indicadores utilizados, este monitoramento colabora para a tomada de decisão, quem é responsável por esta análise...*).

17) A implementação do SISS trouxe avanços para o sistema regional de saúde? Quais?

Roteiro de entrevistas com os **gerentes dos níveis assistenciais**: atenção básica, atenção especializada e atenção hospitalar e gerente do Departamento de Assistência à Saúde – nível central

---

1) Identificação
Nome:
Formação profissional:
Função:
Tempo em que exerce esta função: _____
A função é comissionada?

2) Como considera o seu relacionamento com os gerentes dos outros níveis de atenção à saúde? Quais as dificuldades ou facilidades encontradas? *(Perguntar ao gerente do departamento como é seu relacionamento com as três gerências)*

3) Existe algum mecanismo de referência do PSF da Região de São Pedro para outros níveis do sistema de saúde? Quais? Como funcionam e para quais procedimentos?

4) Existe algum mecanismo de contra-referência específica para o PSF? Há formulário específico, guias?

5) Existem centrais de marcação de consultas especializadas, exames e regulação de internações? Qual a sua avaliação sobre o funcionamento das mesmas? Há dificuldades de funcionamento? Os usuários respeitam os fluxos estabelecidos?

6) Considera que o PSF da Região de São Pedro conta com um sistema de referência e contra referência que permite ampliar a confiança no trabalho e na resolutividade da rede básica?

7) Existem protocolos de fluxo de atendimento para doenças ou agravos específicos? Se sim quais?

8) Considera que a maioria da população cadastrada no PSF de São Pedro reconhece as USFs como porta de entrada no sistema de saúde? Por quê?

9) Os pacientes encaminhados para outros níveis de atenção retornam à USF? Quais as dificuldades para o retorno dos pacientes encaminhados?

10) Os serviços desenvolvem alguma estratégia de acolhimento ao usuário? Qual?

11) Existe sistema de monitoramento de filas de espera e mecanismos para sua redução?

12) Há alguma relação da sua gerência com as coordenações da região e o gabinete ou núcleo de planejamento? Dê algum exemplo de atuação articulada ou de tentativa de articulação. *(Como ocorre esta inter-relação: reuniões, ações conjuntas? Há conflitos ou dificuldades?).*

13) Quais as dificuldades para integrar o PSF/USF à rede de serviços? O que seria necessário para integrar o PSF à rede?

14) Caracterize as etapas do desenvolvimento das ações em saúde na SEMUS a partir da implantação do SISS na região de São Pedro até o momento. Quais foram as etapas pelas quais passou a SEMUS até agora? (*Houve momentos de maior avanço e outros de paralisia? Quais? Por quê? O nível central necessitou de reestruturação? Por quê?).*

15) Qual o maior problema da sua gerência até o momento?

16) Existem instâncias de negociação, explicitação de interesses, envolvendo os três níveis de assistência, os coordenadores regionais, coordenadores locais e outras que incorporem diferentes atores dos serviços de saúde?

17) Existe um plano regional de saúde? Se sim, como se deu o planejamento? Quais atividades previstas foram implantadas?

18) Quais os principais espaços de comunicação na SEMUS? *(Como foram criados, quais objetivos, como funcionam que temas ocupam a maior parte das discussões, quem participa, qual sua avaliação quanto a este processo, quais as vantagens e desvantagens).*

19) Como é feito o monitoramento das atividades realizadas no âmbito da região? (*Existe sistema de informação, quais são as principais informações e indicadores utilizados, este monitoramento colabora para a tomada de decisão, quem é responsável por esta análise...).*

20) Existe algum sistema de acompanhamento/coordenação da atenção ao usuário por todo o sistema de saúde? Como é feito?

21) A implementação do SISS trouxe avanços para o sistema regional/municipal de saúde? Se sim, quais?

## ANEXO 2 – Questionários autopreenchidos

| Unidade de Saúde da Família | Data da aplicação | N° Questionário |
|---|---|---|
| | | |

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
Programa de Mestrado em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

**AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE NA REGIÃO DE SÃO PEDRO – VITÓRIA/ES**

Questionário para profissionais de nível superior das USFs da Região de São Pedro

---

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a diretriz da integralidade no Sistema Municipal de Saúde.
Sua participação é muito importante para o sucesso do estudo.
Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao final do questionário encontra-se um Termo de Consentimento que deverá ser assinado para que suas respostas possam ser consideradas válidas.
Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as questões sejam preenchidas.

---

1)Identificação
- Nome:
- Função que desempenha na USF:
( ) médico
( ) enfermeiro
( ) psicólogo
( ) assistente social
( ) odontólogo

- Nome do enfermeiro da sua equipe: _____ (*Se você for o enfermeiro deixe em branco*)
- Tempo em que trabalha no PSF desta unidade:_____

2) Assinale as alternativas que caracterizam as equipes desta unidade (*Se desejar marque mais de uma resposta*).
( ) O relacionamento entre todos os profissionais é bom e respeitoso.
( ) O relacionamento entre todos os profissionais é conflituoso
( ) O trabalho em equipe é prioritário.
( ) O trabalho individual dos profissionais oferece pouco suporte ao conjunto.
( ) A equipe - toda a USF - é dinâmica, organiza regularmente a programação das atividades.
( ) A equipe - toda a USF - é apática, apresenta dificuldades tanto no trabalho interno quanto no trabalho com a comunidade.
( ) A equipe - toda a USF - é sensível e aberta a mudanças com capacidade de rever suas rotinas e procedimentos.
( ) A equipe - toda a USF - é fechada, trabalha voltada somente para uma rotina pré-estabelecida.
( ) Não sabe

3) A programação da USF é discutida pelos profissionais:
( ) semanalmente
( ) quinzenalmente
( ) mensalmente

( ) sem regularidade
( ) não discute a programação

4) Existe espaço para discussão de casos entre os profissionais desta USF (interdisciplinaridade)
( ) sim, ( ) formal ( ) informal
( ) não

5) Classifique o desempenho obtido pela equipe (***para médicos e enfermeiros***) ou por toda a USF **(*para demais profissionais***) quanto à atenção integral prestada à população.

| Serviços/Atividades | Satisfatório | Pouco satisfatório | Não satisfatório | Não sabe |
|---|---|---|---|---|
| Garantir o acesso ao serviço de atendimento básico a toda população cadastrada. | | | | |
| Encaminhar para outros níveis de atenção quando necessário | | | | |
| Garantir internação | | | | |
| Garantir internação para o parto | | | | |
| Garantir atendimento em serviços especializados | | | | |
| Garantir atendimento para realização de exames | | | | |
| Acolhimento das demandas não programadas que chegam até a USF, pelo menos ouvindo o usuário e encaminhando ou agendando. | | | | |
| Estabelecimento de vínculos com a população da área | | | | |
| Retorno do paciente para atendimento na USF, após encaminhamento | | | | |
| Resolução de 80% ou mais dos casos atendidos, sem a necessidade de encaminhamento | | | | |

6) Há uma central de marcação de consultas especializadas?
( ) sim
( ) não

7) O encaminhamento de consultas especializadas se faz (*Se desejar marque mais de uma resposta*).
( ) pela central de marcação de consultas especializadas, com cota de consulta para cada USF
( ) por orientação verbal ao paciente
( ) por ficha de referência e contra-referência
( ) por relatório completo do caso
( ) por contato pessoal com colega de outra instituição
( ) outros: _____

8) Recebe informação de contra-referência dos pacientes encaminhados (*Marque apenas uma resposta*)
( ) nunca
( ) sempre
( ) às vezes
( ) as informações são relatadas pelo paciente verbalmente

9) Qual o tempo médio de espera do paciente referenciado ser atendido?

| Tempo | Consultas especializadas | Exames | Internações |
|---|---|---|---|
| 1 a 2 dias | | | |
| 3 a 6 dias | | | |
| 7 a 10 dias | | | |
| 11 a 15 dias | | | |
| 16 a 30 dias | | | |
| 31 a 60 dias | | | |
| 61 a 90 dias | | | |
| 91 a 120 dias | | | |
| Mais de 120 dias | | | |
| Não sabe | | | |

10) Você realiza interconsultas (discussão de casos com especialistas)?
( ) nunca
( ) sempre que necessário
( ) às vezes

11) Considera que a ESF conta com um sistema de referência e contra referência que permite ampliar a confiança no trabalho e na resolutividade da rede básica?
( ) concordo
( ) concordo em parte
( ) não concordo
( ) não respondeu

12) Utiliza protocolos de fluxo de atendimento para doenças específicas? Se sim quais?
_____
_____

13) Se o paciente está internado em hospital você faz algum acompanhamento do caso?
( ) sim
( ) não
14) Se responder sim na questão anterior, diga como é feito este acompanhamento.
( ) através do ACS
( ) através do coordenador da USF que é contatado pelo hospital
( ) outros:_____

15) Se a gestante está na maternidade você faz algum acompanhamento do caso?
( ) sim
( ) não
16) Se responder sim na questão anterior, diga como é feito este acompanhamento.
( ) através do ACS
( ) através do coordenador da USF que é contatado pela maternidade
( ) outros:_____

17) Com que freqüência consegue realizar o agendamento para os serviços abaixo enunciados:

| Serviços | Sempre | Na maioria das vezes | Poucas vezes | Nunca |
|---|---|---|---|---|
| Ambulatórios de média complexidade | | | | |
| Ambulatórios de alta complexidade | | | | |
| Serviço de Apoio diagnóstico terapêutico | | | | |
| Maternidade | | | | |
| Internações | | | | |

*Definições dos serviços:*

*Média complexidade – consultas e procedimentos médicos especializados, excluindo os de alta complexidade.*
*Alta complexidade – refere-se aos grupos de procedimentos: hemodinâmica, terapia renal substitutiva, radioterapia, quimioterapia, ressonância magnética, medicina nuclear, radiologia intervencionista e ações de alta complexidade em vigilância sanitária.*
*Serviço de Apoio diagnóstico e terapêutico – realização de exames complementares de baixa e média complexidade.*
*Freqüência:*
*Sempre – todos os encaminhamentos são realizados*
*Na maioria das vezes – a maioria dos encaminhamentos são realizados*
*Poucas vezes – a minoria dos encaminhamentos são realizados*
*Nunca – os encaminhamentos são agendados*

18) Considera que a maioria da população sob sua responsabilidade reconhece a equipe/unidade como porta de entrada no sistema de saúde?
( ) sim
( ) não

19) A implementação do SISS trouxe algum(ns) avanço(s) para o Sistema Local de Saúde? Qual(is)?
_____
_____
_____

20) Qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações?

| Situações | Concorda | Concorda em parte | Não concorda |
|---|---|---|---|
| A USF tornou-se a porta de entrada do sistema de atenção | | | |
| A estratégia de saúde da família (ESF) oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade | | | |
| A população se sente esclarecida sobre cuidados rotineiros com a saúde | | | |
| A ESF conta com um sistema de referência e contra-referência que permite ampliar a confiança no trabalho e na resolutividade da rede básica | | | |
| A ESF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município | | | |
| A população ainda tem uma forte demanda por atendimento médico, pressionando a ESF para o atendimento da demanda espontânea | | | |
| A população ainda procura primeiro a rede convencional ou hospitalar | | | |
| Os fatores sócio-econômicos que determinam a condição de carência da comunidade ainda prevalecem sobre a qualidade da atenção, prejudicando a melhoria da qualidade de vida | | | |

| Policlínica São Pedro | Data da aplicação: | N° Questionário: |
|---|---|---|

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
Programa de Mestrado em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

# AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE NA REGIÃO DE SÃO PEDRO – VITÓRIA/ES

## Questionário para especialistas da Policlínica São Pedro

---

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a diretriz da integralidade no Sistema Municipal de saúde.
Sua participação é muito importante para o sucesso do estudo.
Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao final do questionário encontra-se um Termo de Consentimento que deverá ser assinado para que suas respostas possam ser consideradas válidas.
Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as questões sejam preenchidas.

---

1) Identificação
Nome
Função que desempenha na Policlínica:
Tempo em que trabalha nesta unidade:_____

2) Qual a origem dos usuários atendidos por você?
( ) somente moradores da região encaminhados pelo PSF
( ) demanda espontânea
( ) a maioria dos atendimentos são de moradores da região encaminhados pelo PSF
( ) outros: _____

3) Como é o relacionamento com os profissionais do PSF da região? .(*Se desejar marque mais de uma resposta*).
( ) o relacionamento é bom e respeitoso.
( ) o relacionamento é conflituoso.
( ) o trabalho em equipe é prioritário.
( ) o trabalho individual dos profissionais oferece pouco suporte ao conjunto.
( ) existe pouco contato ente nós
( ) existe discussão de casos com o profissional do PSF quando necessário

4) Existe espaço formalizado para discussão de casos com os profissionais das unidades de saúde da família (USFs)?
( ) sim
( ) não
5) Se respondeu sim, diga qual a periodicidade.
( ) semanalmente
( ) quinzenalmente
( ) mensalmente
( ) sem regularidade

6) Se respondeu não à quarta questão como é feito este contato?
( ) não existe discussão de casos com os profissionais do PSF
( ) através do telefone
( ) através de encontros informais
( ) através de relatório do caso, por escrito
( ) outros:_____

7) O encaminhamento de retorno às USFs se faz.(*Se desejar marque mais de uma resposta*).
( ) por orientação verbal ao paciente
( ) por ficha de contra-referência
( ) por relatório completo do caso
( ) outros: _____

8) Recebe informação (motivo do encaminhamento) dos pacientes referenciados? (*Marque apenas uma resposta*)
( ) nunca
( ) sempre
( ) às vezes
( ) as informações são relatadas pelo paciente verbalmente quando este retorna

9) Classifique o desempenho obtido quanto à atenção integral prestada à população usuária

| Serviços/Atividades | Satisfatório | Pouco satisfatório | Não satisfatório | Não sabe |
|---|---|---|---|---|
| Encaminhar para outros níveis de atenção quando necessário | | | | |
| Garantir internação | | | | |
| Garantir atendimento para realização de exames | | | | |
| Retorno do paciente para atendimento na USF, após encaminhamento | | | | |
| Otimização do atendimento especializado devido ao suporte das equipes do PSF | | | | |

10)Considera que a população de São Pedro conta com um sistema de referência e contra referência que permite ampliar a confiança no trabalho e na resolutividade dos serviços?
( ) concordo
( ) concordo em parte
( ) não concordo
( ) não sei

11) Se o paciente está internado em hospital você faz algum acompanhamento do caso?
( ) sim
( ) não

12) Considera que a maioria da população de São Pedro reconhece o PSF como porta de entrada no sistema de saúde?
( ) sim
( ) não

13) Participa de algum fórum de discussão da organização regional ou municipal dos serviços?
( ) sim
( ) não

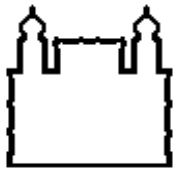
14) Qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações?

| Situações | Concorda | Concorda em parte | Não concorda |
|---|---|---|---|
| A USF tornou-se a porta de entrada do sistema de atenção regional | | | |
| A ESF ( estratégia de saúde da família) oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade | | | |
| A população se sente esclarecida sobre cuidados rotineiros com a saúde | | | |
| A ESF conta com um sistema de referência e contra-referência que permite ampliar a confiança no | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| trabalho e na resolutividade da rede básica | | | |
| A ESF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município | | | |
| A população ainda tem uma forte demanda por atendimento médico, pressionando a ESF para o atendimento da demanda espontânea | | | |
| A população ainda procura primeiro a rede convencional ou hospitalar | | | |
| Os fatores sócio-econômicos que determinam a condição de carência da comunidade ainda prevalecem sobre a qualidade da atenção, prejudicando a melhoria da qualidade de vida | | | |

15) A implementação do SISS trouxe avanços para o Sistema Regional de Saúde? Quais?

# ANEXO 3




**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**
(para gerentes e profissionais do Sistema Municipal de Saúde de Vitória - ES)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre a construção do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES.

A responsável por este estudo é Vanessa Costa e Silva que está desenvolvendo, sob a orientação do Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera, a pesquisa acima referida como condição para obtenção do título de Mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública, tendo este documento sido revisado e aprovado pela Comissão de Ética da Fundação Oswaldo Cruz em maio de 2003.

A sua seleção foi definida pela metodologia adotada e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com esta organização, mas a sua colaboração respondendo a estas perguntas será de grande importância para o desenvolvimento de mais um aporte teórico para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor(a) são sigilosas e serão utilizadas somente pela equipe de pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

O presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma cópia em seu poder, onde consta o telefone da pesquisadora para possíveis questionamentos sobre este trabalho a qualquer momento.

_____

Vanessa Costa e Silva – tel: 0(xx)2122056287.

**Nestes termos e considerando-me livre e esclarecido(a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.**

Data: __/__/__

Nome do(a) participante:_____Assinatura: _____

**ANEXO 4**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Pelo presente termo, solicito a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento da pesquisa "O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES: contribuição à discussão da integralidade das ações em saúde", sob orientação do Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera.

Vitória, 16 de julho de 2003

_____ _____

Pesquisadora Responsável pela Instituição