UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS:
um cenário de controvérsias**

Teresinha Heck Weiller

Ribeirão Preto
2008

TERESINHA HECK WEILLER

**O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS:
um cenário de controvérsias**

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de doutor em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública, inserida na linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientador: professor doutor Pedro Fredemir Palha

Ribeirão Preto

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Weiller, Teresinha Heck

O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias. Ribeirão Preto, 2008.

185 p.: il.; 30cm

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Palha, Pedro Fredemir.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Sistema de Saúde. 3. Atenção Básica

Teresinha Heck Weiller

O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de doutor em Enfermagem em Saúde Pública.
Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Aos meus pais, Amélia e Omar.

Às minhas irmãs, Carmen e Mara.

Aos meus irmãos, Antenor, Ademir, Oldemar,
Rogério, Carlos e Conar.

Às minhas cunhadas, cunhado e sobrinhos.

In memoriam a Antonio, Manuel e Ubirajara.

E, em especial...

à Bruna, minha filha.

AGRADECIMENTOS

- Ao professor doutor Pedro Fredemir Palha, por tornar este sonho possível, concreto. Não nos encontramos por acaso em nossas vidas... Agradeço sua paciência, confiança e amizade. Serei eternamente grata.
- Aos amigos de sempre: Arlete Regina Raman, Ieda Maria Vargas Dias, Ilaine e Nair Schuch, Lúcia Otonelli Crescente, Liane Righi, Tânia Silva, Maria Júlia Macagnan, Eronita Silva Barcelos, Dolair Callai, Solange Ruffino, Célia Weiller; Célia Malmann, Marilei Uecker, Andréa e Claudia Heck.
- Aos colegas da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP/RP: Guida, Márcia, Alexandre, Simone, Cláudia, Marister (*in memoriam*), pessoas especiais em meu caminho.
- Aos trabalhadores da rede básica de saúde de Ijuí, em especial os da ESF do bairro Luiz Fogliato, por sua gentileza, acolhimento e humanização, nem sempre a realidade da rede.
- Aos trabalhadores do Hospital de Caridade de Ijuí, especialmente do Pronto-Atendimento, por demonstrarem que o acolhimento e a humanização podem e devem construir possibilidades de vivências novas.
- Aos colaboradores na construção da tese, profissionais, usuários da rede básica de saúde de Ijuí.
- À comunidade acadêmica da Unijuí, por possibilitar ser este meu espaço de constituição pessoal, profissional e por ter oportunizado a minha qualificação, Mestrado e Doutorado. Obrigada a cada trabalhador, cada colega, pois foi o trabalho coletivo que permitiu este momento. Sou eternamente grata a cada um de vocês.
- Aos colegas do Departamento de Ciências da Saúde da Unijuí, pelo apoio ao longo do meu trabalho e, principalmente, pelo apoio à minha qualificação.
- Aos acadêmicos dos cursos de Graduação, em especial do curso de Enfermagem. Agradeço o voto de confiança ao meu trabalho. Aos acadêmicos do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva, incansáveis na contribuição deste trabalho: Ane Gabriele Poli, Ananda Schmidt Hoffmann, Ângela Maria Weizenmann Sauter, Cristiane Ribas, Cristiane Scherer, Elton Dari Cossetim dos Santos, Laís Regina Steiernagel, Margarete Verônica Jesse e Liamara Denise Ubessi. À Angélica, pelo entusiasmo e colaboração.
- E aos amigos que constituí nesse caminho: Luciano Medeiros, Amaury Fernandes, André Cury, Luiz Artur Rosa Filho, Joice Wottrich e Aníbal de Mello Nogueira.

Com o tempo a gente consegue ser livre, ético e o escambau. Dirão: *“É inútil, todo o mundo aqui é corrupto, desde o primeiro homem que veio de Portugal”*. E eu direi: *“Não admito, minha esperança é imortal”*. E eu repito: *Ouviram? IMORTAL!* Sei que não dá para mudar o começo. Mas, se a gente quiser, vai dar para mudar o final.

(Elisa Lucinda, 2006).

RESUMO

WEILLER, T. H. **O acesso dos usuários na rede pública de saúde do município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias**. 2008. 185 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, 2008.

O objetivo deste estudo é compreender a organização da regulação do acesso dos usuários à rede pública de saúde em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, descrever a conformação da rede de atenção à saúde e analisar o acesso dos usuários na Atenção Básica e de Média Complexidade. O quadro teórico do acesso e regulação da atenção de saúde foi escolhido para subsidiar a análise do acesso na rede de atenção de saúde em Ijuí/RS. O fundamento empírico foi construído a partir de entrevistas gravadas com gestores, prestadores de serviços e um representante dos usuários, totalizando dez entrevistas, bem como a realização de focal com usuários da rede de atenção pública. Juntamente às entrevistas e grupo focal foi realizado estudo sobre o perfil dos usuários da rede pública de saúde que acessaram os serviços do Pronto-Socorro local, complementado por observações realizadas nas UCS, ESF e PS/HCI. A partir da abordagem qualitativa, apoiada na análise temática, o material empírico foi interpretado e discutido. Identificamos quatro categorias empíricas: a) rede no espaço local; b) acesso na atenção básica – as várias portas de entrada; c) organização do acesso à Média Complexidade; e d) relações conflituosas na rede de atenção. A análise permitiu compreender a organização do acesso dos usuários da rede pública de saúde de Ijuí/RS aos serviços de Atenção Básica e de Média Complexidade. Verificamos na Atenção Básica a existência de fragilidades e dificuldades para receber os serviços, uma vez que, na grande maioria das UCS e ESF, o critério de acesso é definido a partir da disponibilidade de atendimento por número pré-fixado de fichas. Observou-se que a grande maioria dos usuários procura as unidades básicas para obter consultas médicas, estrangulando o acesso nas múltiplas portas de entrada ao mesmo tempo em que atrela a organização dos processos de trabalhos dos demais profissionais ao médico, limitando o potencial presente nesses espaços. Com relação ao acesso dos usuários à Média Complexidade ambulatorial e hospitalar, encontra-se no cenário local a mediação de um prestador privado que assume a intermediação deste nível de organização do sistema de saúde. Foram identificadas fragilidades nos instrumentos e mecanismos de regulação do acesso dos usuários, fato que contribui para a legitimação de uma prática local denominada de “tarifa social”, que representa o co-pagamento do usuário da rede pública de saúde para obter os serviços de forma mais ágil e diferenciada. O cenário revela diferentes interesses, o que gera conflitos entre gestores, prestadores e usuários, revelando a fragilidade da rede de atenção pública de saúde de Ijuí/RS. O estudo aponta a possibilidade de organizar o acesso dos usuários aos serviços públicos de saúde a partir de uma rede que tenha capacidade para acolher as demandas de todos os seus usuários.

Palavras-chave: Sistema de saúde. Atenção Básica. Acesso a serviços de saúde.

ABSTRACT

WEILLER, T. H. **The users' access to the public health system in the borough of Ijuí/RS: a controversial scenery**. 2008. 185 p. (Doctoral Dissertation) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing (USP). Ribeirão Preto, SP, 2008.

The purpose of this study is to understand the organization of the regulation of the users' access to the public health system in a borough from the countryside of the state of RS, describe the organization of the health system and analyze the access of the users in the Basic Attention and Average Complexity sectors. The theoretical framework of the access and health attention regulation was chosen to subsidy the system access analysis in the health attention system in Ijuí/RS. The empirical basis was built from recorded interviews with managers, service employees and a representative of the users, totaling 10 interviews, as well as from the carrying out of a focal with users of the public health system. Along with the interviews and the focal group, a study about the profile of the users of the public health system, who used the services of the local Emergency Room, was done and complemented by observations carried out in the Conventional Health Unit (UCS), Family Health Team and Emergency Room (OS) at Ijuí's Charity Hospital (HCI). From a qualitative approach, supported by the thematic analysis, the empirical material was interpreted and discussed. Four empirical categories were identified: a) the existence of a system in the place; b) the access to Basic Attention – the several entrance doors; c) the organization of the access to Average Complexity; and d) conflicting relationships in the attention system. The analysis enabled us to understand the organization of the access of the users of the public health system of Ijuí/RS to the services of Basic Attention and Average Complexity. We noticed the frailties and difficulties to receive the services in the Basic Attention sector, since in the majority of the UCS and ESF, the access criterion is defined by a pre-established number of attendance cards. It was observed that the majority of the users search for the basic units to obtain medical consultation, strangling the access in the several entrance doors while harnessing the organization of the processes of work of the other professionals to the doctor, limiting the potential present in these spaces. Regarding the users' access to the hospital and out-patient clinics of Average Complexity, it was found in the local scenery the mediation of a hired employee who assumes the intermediation of the this level of organization of the health system. Frailties were identified in the tools and mechanisms of regulation of the users' access, a fact that contributes to the optimization of a local practice called "social fee", which represents the co-payment by the user of the public health system in order to obtain the services needed in a more agile and differentiated way. The scenery reveals different interests, something that generates conflicts among the managers, employees and users, revealing the fragility of the public health system in Ijuí/RS. The study points out the possibility of organizing the users access to the public health system if there was a system with the capacity of addressing the needs of all users.

Key words: Health system. Basic Attention. Health services access.

RESUMEN

WEILLER, T. H. **El acceso de los usuarios en la red pública de salud del municipio de Ijuí/RS: una escena de controversias**. 2008. 185 p. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, 2008.

El objetivo de este estudio es comprender la organización de la regulación del acceso de los usuarios en la red de salud en una ciudad del interior del Estado del Río Grande del Sur, describir la conformación de la red de atención a la salud y analizar el acceso de los usuarios en Atención Básica y de Media Complejidad. El cuadro teórico de acceso y regulación de la atención de salud fue escogido para subsidiar el análisis del acceso en la red de atención de salud en Ijuí/RS. El fundamento empírico se construyó a partir de entrevistas grabadas con gestores, prestadores de servicio y un representante de los usuarios, totalizando diez entrevistas, bien como la realización del “focal” con usuarios de la red de atención pública. Junto a las entrevistas y grupo “focal”, se realizó estudio sobre el perfil de los usuarios de la red pública de salud que tuvieron acceso a los servicios de urgencia, complementado por observaciones realizadas en las UCS, ESF y PS/HCI. Con base en el abordaje cualitativo, apoyado en análisis temáticas, el material empírico fue interpretado y discutido. Identificamos cuatro categorías empíricas: a) red en espacio local; b) acceso a la Atención Básica: las varias portas de entrada; c) organización del acceso a la Media Complejidad; y d) relaciones conflictivas en la red de atención. El análisis permitió comprender la organización del acceso de los usuarios de la red pública de salud de Ijuí/RS a los servicios de Atención Básica y de Media Complejidad. Verificamos en la Atención Básica la existencia de fragilidades y dificultades para la recepción de los servicios, una vez que, en la mayoría de las UCS y ESF, el criterio de acceso es definido a partir de la disponibilidad de asistencia por número prefijado de fichas. Observamos que la grande mayoría de los usuarios busca las unidades básicas para obtener consultas medicas, estrangulando el acceso en las múltiples portas de entrada en mismo tiempo que engancha la organización de los procesos de trabajo de los demás profesionales al medico, limitando el potencial presente en esos espacios. Con relación al acceso a Media Complejidad ambulatorio y hospitalario, se encuentra en la escena local la mediación de un prestador privado que asume la intermediación de este nivel de organización del sistema de salud. Identificamos fragilidades en los instrumentos y mecanismos de regulación del acceso de los usuarios, hecho que contribuye a la legitimación de una practica local denominada “tarifa social” que representa el co-pago del usuario de la red pública de salud para obtener los servicios de manera más ágil y diferenciada. Esa escena revela la existencia de diferentes intereses, lo que genera conflictos entre gestores, prestadores y usuarios, revelando la fragilidad de la red de atención pública de salud de Ijuí/RS. El estudio apunta la posibilidad de organizar el acceso de los usuarios a los servicios públicos de salud a partir de una red que tenga capacidad para acoger las demandas de todos sus usuarios.

Palabras-clave: Sistema de salud. Atención Básica. Acceso a servicios de salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Sujeitos participantes do estudo, segundo função e categoria.....	56
Tabela 2 -	Sistematização das fontes utilizadas no trabalho.....	60
Tabela 3 -	Procura pelo atendimento no PS/HCI no primeiro semestre de 2007	82
Tabela 4 -	Percentual de atendimento pediátrico no PS/HCI no primeiro semestre de 2007.....	98
Tabela 5 -	Perfil de atendimentos no HCI no primeiro semestre de 2007.....	107
Tabela 6 -	Usuários do PS/HCI segundo horário de atendimento e sexo no primeiro semestre de 2007	114

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Representação dos níveis que conformam a regulação no Sistema de Saúde.....	39
Figura 2 -	Usuários de UCS e ESF que demandaram atendimento no PS/HCI no primeiro semestre de 2007.....	96
Figura 3 -	Perfil dos atendimentos do PS/HCI no primeiro semestre de 2007.....	111
Figura 4 -	Encaminhamento pós-atendimento PS/HCI no primeiro semestre de 2007	112
Figura 5 -	Queixas demandadas por usuários do PS/HCI no primeiro semestre de 2007	117
Figura 6 -	Perfil de atendimento no PS/HCI no primeiro semestre de 2007.....	151

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

17ª CRS	–	17ª coordenadoria Regional de Saúde
17º GAC	–	17º Grupo de Cavalaria de Campanha
ACS	–	Agentes Comunitários de Saúde
ACS	–	Agentes Comunitários de Saúde
AHBP	–	Associação Hospital Bom Pastor
AHCI	–	Associação Hospital de Caridade de Ijuí
AIH	–	Autorização Internação Hospitalar
AIM	–	Auditoria Interna do Município
AIS	–	Ações Integradas de Saúde.
AMB	–	Associação dos Municípios Brasileiros
AMRIGS	–	Associação Médica do Rio Grande do Sul
AMUPLAM	–	Associação dos Municípios do Planalto Médio
BEMFAM	–	Bem-Estar Familiar no Brasil
CAAMI	–	Centro de Atendimento de Adolescentes do Município de Ijuí
CAPS	–	Centro de Atenção Psicossocial
CBI	–	Conselho de Bairros de Ijuí
CCs	–	Cargos de Confiança
CEO	–	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	–	Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador
CES	–	Conselho Estadual de Saúde
CFB	–	Constituição Federal Brasileira
CFE	–	Conselho Federal de Educação
CIAS	–	Ações Integradas de Saúde
CIB	–	Comissão Intergestora Bipartite
CISA	–	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CISMI	–	Comissão Interinstitucional de Saúde do Município de Ijuí
CIT	–	Comissão Intergestora Tripartite
CNES	–	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COMS	–	Conselho Municipal de Saúde
CONASS	–	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COTRIJUÍ	–	Cooperativa Agropecuária & Industrial

CR	–	Centrais de Regulação
CRS	–	Coordenadoria Regional de Saúde
DENASUS	–	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
ESF	–	Equipe de Saúde da Família
EZE	–	Evangelische Zentralstelle Für Entwicklungshilfe
FAA	–	Ficha de Atendimento Ambulatorial
FAFI	–	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ijuí
FEE	–	Fundação de Economia e Estatística
FIDENE	–	Fundação de Integração, Desenvolvimento e Educação do Noroeste do Estado do RS
FMS	–	Fundo Municipal de Saúde
FUNRURAL	–	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
HBP	–	Hospital Bom Pastor
HCI	–	Hospital de Caridade de Ijuí
HCI/Saúde	–	Plano de Saúde do Hospital de Caridade de Ijuí
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	–	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	–	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAPS	–	Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
IPD	–	Instituto de Políticas Públicas e Desenvolvimento
MP	–	Ministério Público
MS	–	Ministério da Saúde
NOAS	–	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	–	Norma Operacional Básica
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
OPAS	–	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	–	Pronto-Atendimento
PAB	–	Piso da Atenção Básica
PACS	–	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	–	Posto de Atendimento Médico
PC	–	Posto Central
PDR	–	Plano Diretor Regional
PIB	–	Produto Interno Bruto
PMS	–	Plano Municipal de Saúde

PPI	–	Programação Pactuada e Integrada
PS	–	Pronto-Socorro
RS	–	Rio Grande do Sul
SADT	–	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SAE	–	Serviço de Atendimento Especializado
SAME	–	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAMS	–	Sistema de Assistência Médica Supletiva
SDD	–	Sistema de Desembolso Direto
SEBRAE	–	Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SES	–	Secretaria Estadual de Saúde.
SIH/SUS	–	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SMS	–	Secretaria Municipal de Saúde
SMSTAS	–	Secretaria Municipal de Saúde, Trabalho e Assistência Social
SSMA/RS	–	Secretaria da Saúde e Meio-Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul
SUDS	–	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCE	–	Tribunal de Contas do Estado
TCU	–	Tribunal de Contas da União
UBS	–	Unidades Básicas de Saúde
UCS	–	Unidade Convencional de Saúde
UCS/ESF	–	Unidades Convencionais de Saúde com Estratégia de Saúde da Família
UNICEF	–	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIJUÍ	–	Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3 MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL	21
3.1 Aspectos da organização do sistema de saúde brasileiro	22
3.2 Aspectos da regulação pública	28
3.3 A regulamentação no Sistema Único de Saúde (SUS)	30
3.4 Regulação do Sistema de Saúde	36
3.5 Acessibilidade e acesso no Sistema de Saúde	39
4 PERCURSO METODOLÓGICO	45
4.1 A opção metodológica	46
4.2 Cenário do estudo	47
4.3 O local do estudo	50
4.4 Técnica de coleta de dados	52
4.4.1 Fontes primárias	52
4.4.2 Fontes secundárias	58
4.5 Análise dos dados	59
4.5.1 Análise de fontes primárias	60
5 A REDE DE ATENÇÃO DE SAÚDE NO ESPAÇO LOCAL	63
5.1 A conformação da rede de atenção pública	64
5.2 A presença da universidade na ampliação da rede básica	67
6 O ACESSO NA ATENÇÃO BÁSICA: AS VÁRIAS PORTAS DE ENTRADA	74
6.1 Unidade Convencional de Saúde (UCS)	75
6.2 Unidades com Equipes de Saúde da Família (ESF)	94
6.3 A Atenção Básica via hospitais filantrópicos	103
6.4 O Hospital de Caridade de Ijuí (HCI)	106
6.5 O pronto-atendimento como porta de entrada da Atenção Básica	108
6.6 Hospital Bom Pastor como porta de entrada da Atenção Básica	122
7 ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À MÉDIA COMPLEXIDADE	127
7.1 O protagonismo do Cisa na organização da Média Complexidade	128
7.2 A organização da Média Complexidade pela 17ª CRS/RS	135
7.3 Sistema de co-pagamento no acesso à Média Complexidade	138
8 RELAÇÕES CONFLITUOSAS NA REDE DE ATENÇÃO	146
8.1 Conflitos entre os diferentes atores sociais	147
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
REFERÊNCIAS	166
APÊNDICE	181
ANEXOS	183

1 – Apresentação

A motivação para o desenvolvimento desta pesquisa decorre do caminho percorrido ao longo dos anos no campo da Saúde Pública. Este inicia em 1980 quando do ingresso no curso de Graduação de Enfermagem nos Centros Integrados de Ensino Superior de Ijuí, RS. Em 1984, com o curso já concluído, é iniciado o trabalho em uma cooperativa rural – a Cotrijuí. A inserção nesta instituição se dá em um contexto anterior à consolidação do Sistema Único de Saúde. Nessa perspectiva, atuar nas famílias de produtores rurais se deu em período em que o direito ao acesso de saúde não era garantido aos brasileiros. Desta forma, as instituições que mantinham relações com segmentos que se encontravam fora do sistema previdenciário assumiram o papel do Estado, seu lugar na garantia de acesso à atenção à saúde em duas perspectivas: uma organizando uma rede de hospitais para acesso ao atendimento médico aos agricultores, e outra, com nossa inserção, realizando trabalho de educação em saúde com as famílias rurais da área de abrangência da referida instituição. A primeira experiência no campo da saúde ocorre com mulheres agricultoras, com atuação na assessoria de educação em saúde nas atividades de extensão por três anos.

Em 1987 começa o trabalho na Unijuí com a atribuição inicial de coordenação de um programa de extensão universitária de formação de recursos humanos para os hospitais com o objetivo de qualificar os atendentes em auxiliares de enfermagem, bem como atuação em projetos de extensão e no ensino de graduação.

Em 1989 ocorre a especialização em Saúde Pública, momento marcado pelo desafio que tínhamos de compreender o novo contexto que a saúde passa a assumir no cenário nacional, bem como enfrentar os movimentos existentes para a sua não-efetivação.

Em 2001 acontece a segunda Graduação, essa em Direito. A opção por obter uma formação em Direito ocorreu pela necessidade pessoal de aprofundar estudos sobre políticas públicas no campo da saúde e de aproximar o debate jurídico nesta área; e, também, em um momento de conflito do setor da saúde em processo de mudanças aliado à vontade de

continuar estudando e pela impossibilidade no momento de dispensa pela instituição para fazer Mestrado fora do Estado do RS.

Em 1996 há a seleção pelo Programa de Pós-Graduação em nível de Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A dissertação tratou do estudo em um município de fronteira do Brasil com a Argentina, buscando identificar as relações presentes no campo da saúde. O trabalho denomina-se “A saúde no espaço social da fronteira do Brasil com a Argentina: estudo de caso de Porto Xavier, RS”. O tema da dissertação se inscreve em um contexto de discussão da descentralização da atenção de saúde via municipalização, e que, por tratar homogeneamente todos os espaços, não considerava suas especificidades. A discussão e a organização da Atenção Básica introduzem um componente singular, que é a condição de ser fronteira e, portanto, acolhe populações que vivem em países vizinhos e que, na condição de brasileiros, recorrem a esses espaços para ter acesso à atenção de saúde, gerando conflito no espaço local.

Em fevereiro de 2005, na USP, inicia a participação no programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Retomar o processo de formação decorre do fato do retorno à atividade de professora na universidade que, por um período, demandou muitos aprendizados, amadurecimentos e equívocos, os quais nos levam sempre a dar sentido para o que fazemos e, principalmente, para o lugar onde interagimos.

O tema desta pesquisa busca discutir o acesso dos usuários aos serviços de saúde da rede de atenção pública em Ijuí/RS. Este trabalho é decorrência da vivência junto aos serviços por meio da participação da construção do SUS em nossa região e município, enquanto docente da universidade e usuária do sistema público de saúde. Compreender os limites e a potência que o espaço local apresenta neste momento, foi o fator motivador para adentrar em uma rede de Atenção Básica que revela suas fragilidades, mas, ao mesmo tempo, tem a

potência para a mudança. Para tal, foi necessário percorrermos a rede, realizarmos estudos que nos possibilitassem compreender os elementos que contribuíam para a garantia ou não do acesso dos usuários à rede pública de saúde.

Até o momento este se constitui no primeiro trabalho acadêmico que busca aprofundar o tema do acesso dos usuários na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS. Desta forma, é relevante dedicar o estudo a uma realidade concreta, e que, a partir dele, possa ser objeto de discussão, aprofundamento e ampliação na perspectiva da construção de políticas públicas cada vez mais inclusivas.

A presente investigação elabora um marco teórico a partir de aspectos da organização e da revisão dos conceitos de Regulação, Acesso e Acessibilidade do Sistema Público de Saúde Brasileiro.

A segunda parte traz o quadro teórico-metodológico e a opção por um estudo de caso que teve sua sustentação na análise temática, articulando as diversas fontes de informação, configurando triangulação dos dados. O quadro metodológico passa a explicitar o cenário e o local do estudo, as técnicas de coletas de dados, suas fontes e o caminho percorrido para a interpretação do material empírico.

Na terceira parte, o material empírico foi interpretado e discutido a partir da categorização dos dados que emergiram do processo de observação a partir de três capítulos. O primeiro trata da rede de saúde no espaço local; o segundo, do acesso à Atenção Básica e suas várias portas de entrada; o terceiro capítulo trata da organização do acesso da Média Complexidade e o quarto aborda as relações conflituosas presentes na rede de atenção. Ao final, algumas considerações são tecidas acerca das implicações dos resultados do estudo para a atenção à saúde, particularmente a dimensão do acesso aos serviços como um direito à saúde prevista na Constituição Brasileira.

2 – Objetivos

2.1 Objetivo geral

Compreender a organização da regulação do acesso dos usuários à rede pública de saúde no município de Ijuí/RS.

2.2 Objetivos específicos

1. Descrever a conformação da rede de atenção à saúde.
2. Identificar e analisar o acesso dos usuários na Atenção Básica.
3. Identificar e analisar o acesso dos usuários na Média Complexidade.

3 – Marco teórico-referencial

Esta investigação elabora um marco teórico a partir dos aspectos da organização e da revisão dos conceitos de regulação, acesso e acessibilidade do sistema público de saúde brasileiro.

3.1 Aspectos da organização do sistema de saúde brasileiro

A perspectiva de compreender esta temática deriva dos desafios que são colocados para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em um cenário marcado por fragilidades decorrentes do processo de organização da rede pública de saúde nos diferentes municípios brasileiros, buscando promover a regulação do acesso às ações de saúde pelos usuários.

O sistema de saúde brasileiro tem sido historicamente conformado por sucessivas mudanças estruturais. É marco referencial na ação estatal a lei Eloy Chaves de 1923 que, ao normatizar a prestação de benefícios previdenciários produziu, no campo da assistência médica, um processo de estratificação de direitos sociais, marcando profundamente a idéia de direito com o qual a sociedade brasileira passa a operar por todo o século 20. Esse modelo determinou a centralidade decisória, a dicotomia institucional e assistencial, a expansão da cobertura, o fortalecimento do setor privado contratado e a hegemonia do modelo hospitalocêntrico de base de financiamento regressiva (LOBATO, 2000), que acompanhou até os anos 70 todo o processo de organização da assistência médica brasileira.

Para Merhy (1992), essa década é caracterizada pelo modelo centralizador pautado na divisão entre assistência médico-hospitalar e ações no campo da saúde pública. É o período de maior expansão da oferta de serviços privados de saúde realizados pela mediação que faz o Estado brasileiro com a iniciativa privada, tendo no setor público o principal agente financiador, sustentado por um projeto político que perdurou, no mínimo, por três décadas consecutivas.

Os anos 80 revelam a incapacidade deste modelo em garantir a demanda por serviços de saúde a um conjunto significativo de brasileiros, associados com a falência do modelo de atenção previdenciário. Esses são os elementos que contribuem para as mudanças no campo da saúde associados aos movimentos da sociedade civil organizada, contribuindo para a consolidação da transição democrática (MENDES, 1999). A década de 80 é marcada pela construção do sistema público de saúde e pela instituição de diretrizes e princípios deste sistema, iniciando pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e chegando ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Os anos 90 se caracterizam pelo processo de descentralização dos serviços de saúde, revelando disputas e interesses neste campo. É um período marcado por propostas inovadoras, especialmente na Atenção Básica, por meio da instalação de Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), dentre outros (MERHY, 1992).

O processo de democratização da sociedade brasileira e do setor de saúde passa a exigir ruptura com processos centralizadores, tendo a descentralização da saúde como estratégia para a consolidação do sistema público (MENDES, 2001a). Essa toma força como uma estratégia de enfrentamento da crise social, financeira e fiscal pela qual o Estado brasileiro passava. A Constituição Federal de 1988 atribui *status* de membros da federação aos municípios, os quais passam a dividir poder com a União e os Estados. Este modelo singular levou à criação de inúmeros municípios – 1.405 no período de 1984-1997 –, destes, 25,6% com até cinco mil habitantes. Do universo de 5.505 municípios, 49% têm menos de 20.000 habitantes (AMB, 2006; MENDES, 2001a; PESTANA, 2005; GOMES; MACDOWEL, 1995).

Assim, o SUS é construído no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais e resulta das propostas impulsionadas pelo movimento social que se constitui

em um pacto federativo na saúde (BRASIL, 2004). Sobre este processo, Pestana (2005) argumenta que a municipalização apresentou contradições e, se por um lado gerou expansão e crescimento da rede pública, por outro produziu a fragmentação do sistema, levando à perda de eficiência e eficácia, bem como qualidade dos serviços prestados.

A municipalização da saúde, decorrente do processo de descentralização, coloca para os gestores de saúde novas responsabilidades em relação às populações, dentre elas o compromisso de garantir acesso universal aos serviços públicos de saúde a partir da estruturação de uma rede de atenção que responda ao perfil sanitário local; produz movimentos novos, os quais assumem contornos distintos no território nacional e passa a constituir-se em eixo orientador e organizador das políticas públicas locais.

Nesse sentido, Pestana (2005, p. 65) afirma que a Carta Constitucional de 1988 forneceu as bases para a constituição do sistema de saúde público brasileiro quando “institui um federalismo singular ao definir o município como ente da federação, com competências tributárias e autonomia na política administrativa”.

Esta nova modalidade de distribuição de poder e de atribuições de responsabilidades passa a se constituir em uma estratégia radical de mudança da partição de poder no território nacional, à medida que o município constitui-se em sujeito de uma relação. Este cenário, por outro lado, traz para o espaço local a radicalização dos interesses políticos e eleitoreiros, revitalizando uma prática de paternalismo e casuísmos combatida dentro do movimento da reforma sanitária.

Segundo Mendes (2001a), no Brasil a descentralização dos serviços de saúde é resultado da combinação de formas de devolução e privatização expressas no movimento de municipalização da saúde e nos sistemas privados de saúde, via privatização do sistema de assistência médica supletiva e desembolso direto. Não existe uma única forma de centralização ou descentralização, mas a coexistência entre ambas, revelando-se em estados

imperfeitos. Neste sentido, “o que existe normalmente é a convivência de graus ou de formas de descentralização com movimentos de centralização, compondo um mix determinado pelas circunstâncias históricas e políticas”, que podem ou não estar combinadas (MENDES, 2001b, p. 190).

Define ainda o autor que a desconcentração é o deslocamento de responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores sem a correspondente redistribuição de poder, autonomia e poder decisório. Esta é a forma mais freqüente de descentralização encontrada na atuação do Ministério da Saúde (MS), das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e de órgãos intermediários que passam a adquirir autonomia política e administrativa.

A devolução ocorre quando há a criação ou fortalecimento de níveis subnacionais permitindo, entre outras, a responsabilização do espaço local e uma maior integração entre os diferentes setores, possibilitando aos cidadãos voz ativa nas decisões locais. A delegação, por sua vez, envolve a relação entre Estado e sociedade civil quando este transfere responsabilidades gerenciais para organizações não-governamentais, mantendo sob sua responsabilidade o financiamento e a regulação estatal. Finalmente, a privatização configura-se na transferência de instituições estatais para a esfera privada, ficando esta sob a regulação das leis de mercado (MENDES, 2001a).

Mendes (2001b) afirma que o processo de descentralização gerou potencialidades e fragilidades. Dentre as fragilidades, cita o enfraquecimento das estruturas locais, a fragmentação do sistema, debilidades na coordenação, a dificuldade em âmbito local em organizar uma rede que possa garantir o acesso e qualidade da atenção, clientelismo local e a desestruturação de programas verticais de saúde pública, fatores que têm se constituído na causa primeira de inviabilização da municipalização da saúde.

Este contexto possibilita a duplicação de serviços, atendimentos e, principalmente, legitima os graus de atenção ambulatorial de média e alta complexidade hospitalar como

hegemônicos na organização das redes de atenção à saúde. Em relação às fortalezas, o autor destaca: maior eficiência alocativa pela participação da sociedade civil organizada, inovações e adaptações locais, maior qualidade, transparência, responsabilidade e legitimidade circunstanciada pela participação popular no processo de organização da rede local.

A organização da assistência no âmbito do SUS é conformada a partir dos princípios da universalidade, integralidade, regionalização e hierarquização. A Lei Federal 8080/1990, em seu artigo 7º, ao definir integralidade da assistência, reporta ao “conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”. Nesse sentido, Silva (2007) afirma que o SUS, ao ser instituído, estabelece que a assistência a ser prestada aos usuários do sistema público de saúde passa a ser organizada a partir de dois blocos: a Atenção Básica e as ações de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar.

Desta forma retoma-se a dimensão de que o acesso aos serviços de saúde devem ser realizados prioritariamente a partir da unidade básica, que tem potencial para resolver 80% dos problemas de saúde que, se não resolvidos, são encaminhados para serviços de maior complexidade tecnológica, seguindo com 15% de capacidade de absorver problemas de saúde e também tendo como responsabilidade a resolução de 5% dos eventos de doenças da população (BRASIL, 2007).

Com relação à definição de “níveis de complexidade” em saúde, verificamos que esta tradicionalmente está associada à “complexidade” da demanda. O termo complexo ou complexidade é usado com frequência para referir algo que necessita de maior explicação, e a resposta para tal se constitui em tarefa complexa. Neste sentido, manifesta Chaves (1998, p. 2) que “de um modo ou de outro a idéia de complexo, de complexidade, sempre foi usada, mas só modernamente vem ganhando foros de uma nova ciência. Fala-se em teoria da complexidade, paradigma da complexidade, epistemologia da complexidade.”

O termo *complexidade* vem sendo utilizado desde o último século para responder aos estudos que são realizados nos distintos campos do conhecimento humano. Na saúde, a expressão complexidade aparece para designar a plenitude no ser humano, com seus múltiplos sistemas e aparelhos interagindo para manter seu equilíbrio. Lapão (2007, p. 3), ao definir as instituições de saúde, o faz a partir da denominação de complexidade quando “considera as organizações de saúde como sistemas vivos, capazes (com capacidade de gerar estratégias para) de lidar com o paradoxo, com a diversidade e a incerteza através de mecanismos de interação interna entre os profissionais”.

O sistema de saúde brasileiro organiza a atenção à saúde em “níveis de atenção”, uma vez que compreende que esta deva ser integral e sua efetivação ocorre em distintos momentos (níveis) que garantem o acesso dos usuários à integralidade da assistência. Como principal nível da atenção destaca-se a Atenção Básica que é, por sua vez, entendida como a porta de entrada do usuário nos serviços de saúde sem, no entanto, deixar de ser complexa. Difere, em relação aos demais níveis, pela incorporação tecnológica.

A consolidação do SUS, ocorrida nestes últimos anos, se deu principalmente pelo entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados. Esta rede objetiva acolher necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade a partir de critérios epidemiológicos, econômicos e culturais de uma dada realidade.

A Declaração de Alma-Ata¹ define Atenção Primária à Saúde como os cuidados essenciais de saúde, por meio de técnicas científicas apropriadas e socialmente aceitas, as quais devem estar ao alcance da sociedade com participação da população a um custo compatível com as condições econômicas de cada sociedade. Defende que Atenção Primária deve ser o núcleo central do sistema de saúde, representando o primeiro nível de contato entre usuários e

¹ Em setembro de 1978 foi realizada em Alma-Ata, USSR, a Conferência Internacional sobre Atenção Básica à Saúde, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Unicef.

serviços (BRASIL, 2001). O conceito de Atenção Primária amplamente discutido no Brasil na década de 80, passa a ser adotado pelo Ministério da Saúde como Atenção Básica.

Este nível utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, as quais devem buscar a resolução dos problemas de saúde apresentados pelas comunidades. A legislação deste nível de atenção recomenda a existência de equipes e infra-estrutura necessárias para dar resposta adequada para os usuários. Acredita-se que os insumos devam ser os necessários para o atendimento das prioridades definidas localmente, que possam garantir os fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados de diagnóstico, ambulatoriais e hospitalares.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a utilização de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade tecnológica objetiva a resolução dos problemas de saúde com maior frequência e relevância para as populações, garantindo a singularidade de cada usuário, bem como a inclusão de questões que são de interesse coletivo.

Sobre a existência de complexidade nas ações de equipes de Atenção Básica, expõe Lapão (2007) que a partilha de experiências entre os elementos dessas equipes de saúde é que vai determinar a complexidade da assistência, na medida em que disponibilizam alternativas e estratégias para responder à demanda de saúde do usuário ou população.

3.2 Aspectos da regulação pública

A regulação é tema relativamente novo no campo da saúde e está associado à ação que desempenha o Estado quando da mediação das relações sociais, econômicas, políticas e culturais que estabelecem aos diferentes sujeitos sociais. A complexidade dessas relações passa a demandar a ação do Estado, mediador que possui legitimidade para garantir os interesses coletivos em contraposição aos interesses privados nos diferentes espaços, entre eles, a saúde.

Nas sociedades modernas em que a forma de organização entre os distintos sujeitos sociais é pautada por interesses divergentes de classe, econômicos, entre outros, há que regular a vida em sociedade, e esta regulação passa por todo o arcabouço jurídico institucional em vigência. Regular, normatizar e acompanhar passam a ser diretrizes orientadoras da vida em sociedade. A ação realizada pelo Estado deve priorizar os interesses coletivos e estes devem ser superiores aos interesses individuais. Seu regramento decorre da produção pelo ente estatal de um conjunto de normatização/legislação que possa balizar e assegurar o grupo da sociedade em que o coletivo tem preferência ao individual.

Mediante a regulação o Estado garante a eficácia de seus serviços orientados para os interesses coletivos, estabelecendo relações que venham a garantir esta eficácia, subordinando-os aos interesses públicos (LUZ, 2007).

Neste sentido tem-se argüido sobre a capacidade que possui o ente estatal de responder adequadamente aos seus objetivos, uma vez que este deve desenvolver ação desinteressada em defesa do bem comum. Esta imagem inicial, entretanto, não necessariamente corresponde à verdade, uma vez que é constituída por sujeitos portadores de múltiplos interesses, diferentes entre si, os quais nem sempre correspondem às necessidades coletivas ou públicas, sendo estes objetivamente interesses/desejos, vontades que condicionam diretamente sua atuação enquanto ente público.

A regulação parte da premissa de que o ente público necessita de capacidade e instrumentos para responder de forma adequada aos novos desenhos institucionais decorrentes do processo de modernização do Estado brasileiro. Desta forma, a necessidade por serviços de saúde e a sua prestação adquirem uma multiplicidade de arranjos institucionais, operacionais e políticos, os quais podem, em determinados momentos, constituírem-se em obstáculos ou potência na organização da assistência à saúde, da mesma forma que orientam a ação do(s) ente(s) público(s).

A competência para intervir em processos de prestação de serviços, na sua produção, alterando ou ordenando, e na sua execução pode ser definida como regulação. Os mecanismos de interferência podem ser feitos a partir de instrumentos indutores, normatizadores ou restritores.

Santos e Merhy (2006, p. 27) fazem uma profícua revisão sobre a regulação pública do Estado brasileiro ao longo do século 20 até a atualidade, demonstrando a partir da evolução histórica os determinantes e as estratégias que foram utilizadas pelo Estado para a organização da regulação pública de saúde. Afirmam ainda que a regulação ocorre normalmente em contextos que são pautados por interesses incompatíveis. Pensar os serviços de saúde fora do espaço da regulação e da regulamentação é desconhecer que este é mediado por interesses que ora são pautados por segmentos vinculados ao setor privado de saúde, a exemplo da expansão do modelo previdenciário brasileiro. Ou, por outro lado, ter um modelo de regulação que é pautado por interesses públicos, a exemplo do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta perspectiva, tomamos como balizador para a compreensão da regulação e da regulamentação os conceitos discutidos por Santos e Merhy (2006, p. 29), que definem regulação como sendo a “que expressa a intencionalidade do ator ao exercer a sua capacidade, o seu poder instituído ou em disputa. E por regulamentar será compreendido o ato de normalizar em regras essa mesma intencionalidade”.

3.3 A regulamentação no Sistema Único de Saúde (SUS)

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 no Brasil, verificamos que passa a vigorar um conjunto de normas que regulam os princípios fundamentais da República, dentre eles o da saúde. Esse passa a ser reconhecido como um direito social de todos e dever do Estado. Era vontade do legislador ao se referir à saúde como um direito constituinte da

cidadania, que este não se restringisse apenas ao acesso às ações e serviços públicos de saúde, mas sim, fosse resultante de políticas sociais, as quais passam a contribuir para a redução de riscos e agravos da saúde individual e coletiva. A partir deste momento passa o conceito de saúde a transcender a assistência médico-hospitalar, curativa e preventiva, para ser resultante das políticas públicas cuja responsabilidade é assumida em cada nível de organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Carvalho e Santos (1995, p. 21), a saúde deixa de ser considerada uma “contraprestação de serviço para ser considerada um direito subjetivo da pessoa humana”, uma vez que o acesso à assistência à saúde nos serviços públicos no território brasileiro não mais estava condicionado à qualidade de contribuinte da Previdência Social. Assim, as ações e serviços de saúde dos serviços públicos e do setor privado conveniado e contratado que passam a integrar o Sistema Único de Saúde (SUS) obedecem à legislação em vigor.²

Nesse sentido, a partir do marco constitucional existe possibilidade de extrair os elementos básicos da ordem subjetiva e coletiva,³ os quais passam a se constituir em pauta permanente de negociação para os gestores na consolidação do SUS. Para Tomimatsu (2006), o desenvolvimento e aperfeiçoamento de instrumentos de gestão que auxiliem na regulação da atenção e assistência à saúde, constituem-se em desafios centrais para a efetivação do SUS no cenário nacional.

² Segundo a Lei n. 8080/1990 são princípios do SUS: universalidade, integralidade de assistência, igualdade da assistência à saúde, direito à informação, utilização da epidemiologia, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, regionalização e hierarquização.

³ De acordo com Carvalho e Santos (1995), os elementos são: a saúde como um direito de todos e dever do Estado; a relevância pública das ações e dos serviços de saúde; a universalidade da cobertura e do atendimento como pressupostos da equidade da assistência; o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa com a participação da comunidade; a rede pública de serviços integrada num sistema único; o setor privado de serviços pode participar de forma complementar do sistema público de saúde; o financiamento pelo orçamento da seguridade social e outros orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal (DF) e dos municípios; a direção única nas esferas de governo: União, Estados, DF e municípios; a equidade na forma de participação nos custeios da seguridade social; a competência comum das várias esferas de governo para tratar da saúde e a competência concorrente para legislar sobre saúde: União (normação geral), Estados (legislação supletiva, particularizante) e Municípios (legislação casuística de interesse predominantemente local); a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a regulação do Sistema de Saúde objetiva instituir as ações em cumprimento das regulamentações que incorporam os objetivos da política de saúde por meio das áreas de fiscalização, controle, monitoramento, avaliação e auditoria.

A regulamentação do SUS pela Lei 8.080, em 19 de setembro de 1990, constitui-se em marco regulatório que objetiva organizar em todo território nacional as ações e serviços de saúde executados isolados ou conjuntamente, em caráter permanente, eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (Lei 8.080/90). A norma prescreve que o controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde são de competência comum entre os gestores federais, estaduais e municipais. Dentre as atribuições previstas na norma está a regulação dos serviços privados de saúde, tendo em vista a relevância pública dos mesmos, sendo de competência exclusiva do gestor federal do SUS, a regulação e normalização das relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde (BRASIL, 2006a).

Um dos desafios postos para o SUS na atualidade refere-se a sua capacidade de adotar instrumentos de gestão e de assistência, que concorram para a concretização das diretrizes que emanam do arcabouço jurídico institucional.

Constitui em marco para a conformação do SUS a Lei 8.142/1990 que regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS, relativizando o lugar do Estado como árbitro infalível do interesse coletivo e do bem-comum (CARVALHO; SANTOS, 2005). O desdobramento desta norma passa a incorporar no espaço local a diversidade de realidades e a reproduzir os limites que a participação passa a ter que enfrentar ao dialogar com as instituições e prestadores de serviços, na conformação das redes de poder na saúde.

Em continuidade à regulação das edições das Normas Operacionais Básicas (NOB), tiveram como objetivos a definição de estratégias e movimentos tácitos que orientaram o

sistema de saúde, visando à consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o sistema de saúde público, bem como à concretização de condições para o funcionamento com qualidade das ações de saúde no sistema público.

A primeira foi editada em 1991 e reeditada em 1993, com a finalidade de garantir a construção do SUS mediante processo de descentralização dos serviços, redefinição de papéis, de poder entre as três esferas de governo, bem como garantir o controle social. Na NOB/93 o processo de descentralização realizado por meio de diferentes modalidades de relacionamento entre a esfera federal e os demais entes públicos, possibilitou a convivência de sistemas diferenciados em relação à condição de gestão, podendo a mesma ser condição de gestão, tendo a regulação como garantia dos princípios e da gestão do sistema (BRASIL, 2006a).

A NOB/96 redefiniu os papéis dos fluxos financeiros, práticas de acompanhamento, controle e avaliação entre os diferentes entes públicos na perspectiva de avanço dos princípios do SUS. No espaço estadual passou a mediar as relações entre os diferentes municípios mediante a criação de instâncias harmonizadoras denominadas de Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, na esfera federal, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Ambas, em associação com os respectivos conselhos de saúde, passam a mediar as questões e estabelecer pactos possibilitando a efetivação dos princípios de equidade e unicidade (BRASIL, 2006a).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), por sua vez amplia a responsabilidade dos municípios na gestão da Atenção Básica, possibilitando a organização das ações de saúde a partir da definição de regiões de saúde, microrregiões que agregam municípios para a conformação de uma rede de referência regional para responder à média complexidade. Essa Norma trouxe à pauta a regulação assistencial como estratégia de intermediação do acesso aos serviços de saúde e garantia dos fluxos intermunicipais, considerando o processo de regionalização e hierarquização.

A Norma passa a exigir dos gestores do SUS uma nova postura em relação: ao controle e avaliação das ações de saúde; ao reconhecimento do potencial de ofertas do complexo de saúde; ao cadastramento de serviços; à condução da contratualização de serviços; ao acompanhamento do faturamento; à quantidade e qualidade dos serviços prestados em seu território. Nesse sentido, o fortalecimento de suas ações ocorre a partir da avaliação da organização do sistema, do modelo de gestão, da relação com os prestadores de serviços, da qualidade da assistência, da satisfação dos usuários e da produção social em saúde (BRASIL, 2006a).

A NOAS-SUS/02⁴ passa a regulamentar o processo de transferência da assistência e dos recursos de custeios para Estados e municípios. A estratégia para a instituição dessa política se faz por meio da elaboração do Plano Diretor Regionalizado (PDR), da ampliação da Atenção Básica, da qualificação das microrregiões na assistência, na organização da média complexidade, bem como na definição da política para alta complexidade (BRASIL, 2005).

A regulação assistencial surge como uma das funções de fortalecimento da capacidade do gestor responder de forma adequada às demandas de saúde nos diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-las às necessidades sociais coletivas. A regulação assistencial tem como objetivo promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades dos usuários de forma

⁴ De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) trata a Norma do controle e avaliação realizada pelo gestor, uma vez que tem conhecimento de todas as instituições de saúde existentes no seu território, do cadastramento de serviços, condução do processo de compra e a contratualização de serviços de acordo com a necessidade identificada e a legislação existente. Prevê também o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços esperados. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de Estados e municípios. A regulamentação e controle são precedidos necessariamente em cada esfera de governo do conhecimento das agendas nacional, estadual e municipal de saúde, bem como dos Planos de Saúde aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde, o plano Diretor de Regionalização e de Investimentos; a Programação Pactuada e Integrada; os Pactos da Atenção Básica; os Termos de Garantia de Acesso e de Compromissos entre os Entes Públicos existentes no território. Aponta a Norma como atribuições do controle assistencial o cadastramento dos serviços e usuários, completo, atualizado, constituindo-se em base para a programação e organização assistencial; a compra de serviços do setor privado deve ser feita em consonância com a legislação de forma complementar aos serviços públicos ofertados.

equânime, ordenada, oportuna e racional. A avaliação, por sua vez, implica na obtenção dos resultados das ações e serviços de saúde pelo gestor público, garantindo a participação da população na avaliação do sistema, contribuindo, em última instância, na melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2006a).

Ao gestor municipal caberá controlar, regular e avaliar a qualidade, eficácia e eficiência dos serviços públicos e privados existentes em seu território, na garantia do atendimento de qualidade à população. A NOAS 01/2002 define que em municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, as funções de planejamento, controle, regulação e avaliação do sistema como um todo são de competência do gestor estadual (BRASIL, 2006a).

Em 2006 passa a vigorar nova forma de regulação do sistema denominado de Pactos⁵ pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, instrumento que objetiva superar as dificuldades apontadas no estabelecimento do sistema de saúde público ao longo dos anos.

O acúmulo produzido no processo de instituição da municipalização possibilitou aos gestores, usuários e prestadores de serviço apropriação da realidade sanitária brasileira, da sua complexidade e especificidade, o que implicou na reconstrução de instrumentos de gestão e na negociação com prestadores de serviços privados. Desta forma, os gestores apropriam-se

⁵ De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), pactos são contratos publicamente assumidos entre o gestor local e a esfera estadual e nacional. Substituem a atual modalidade de habilitação dos municípios e formas de municipalização por adesão solidária, pactuada entre os entes, repactuando os compromissos da gestão, regionalização solidária e cooperativa, estes eixos estruturantes da descentralização. A pactuação entre os diferentes entes públicos e privados busca assegurar a efetivação dos princípios constitucionais do SUS com ênfase nas necessidades da população, tendo como eixos orientadores as ações previstas no Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto da Gestão do SUS. No Pacto pela Vida o compromisso é priorizar ações que produzam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, tais como saúde do idoso, controle de câncer de colo de útero e mama. Busca também a redução da mortalidade materna e infantil, capacidade de resposta para as doenças emergentes e endemias, promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Básica. O Pacto em Defesa do SUS, por sua vez, tem por objetivo repolitizar as questões do SUS, retomando questões que orientaram sua efetivação, bem como promover a cidadania por meio da mobilização da sociedade no reconhecimento da saúde como um direito, da mesma forma que objetiva retomar com os gestores nos três níveis de organização o compromisso com os princípios do SUS, assegurando este como uma política pública. O Pacto pela Gestão, por sua vez, busca estabelecer as diretrizes para a gestão do sistema no que diz respeito à descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada (PPI), regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação em saúde.

de suas responsabilidades constitucionais de operar no espaço de sua competência na organização dos serviços (BRASIL, 2006b).

3.4 Regulação do Sistema de Saúde

A regulação do Sistema de Saúde está associada à gestão do SUS. Esta é uma das suas diretrizes cujos instrumentos possibilitam acompanhar a execução das ações de saúde em âmbito estadual e nacional, integradas por um conjunto de normas relacionadas à produção de serviços, contratualização, cadastramento e avaliação.

A essa dimensão da regulação estão alocadas atividades específicas relacionadas à produção dos serviços de saúde, tais como: contratualização, cadastramento, avaliação, ações dirigidas aos prestadores públicos e privados, infra-estrutura dos serviços de forma a garantir o acesso dos usuários ao SUS. Assim, diante dos múltiplos desenhos e graus variados de complexidades existentes na rede de atenção que conforma o SUS, a regulação aborda desde aspectos da legislação até a definição de instrumentos que normatizam o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006a, 2008).

Neste contexto, a dimensão da regulação necessária para a efetivação do SUS ultrapassa o entendimento de que a regulação se restringe à existência de centrais regulatórias⁶, e se relaciona com a responsabilidade de conformar os recursos de saúde imperativos e adequados às necessidades dos usuários, constituindo-se em instrumentos de gestão, sendo esta um espaço privilegiado de tomadas de decisão.

⁶ As Centrais de Regulação realizam suas ações regulatórias a partir das solicitações de atendimento, avaliação, processamento e agendamento dos serviços, garantindo o atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada nas unidades prestadoras de serviços. As centrais de regulação são definidas a partir de sua área de atuação, formando o complexo regulador que busca, para além de articular, regular o acesso à assistência às centrais de regulação de urgência, de internações e de consultas e exames, formando o chamado complexo regulador (BRASIL, 2006c).

Para Tomimatsu (2006, p. 1), a regulação assistencial fortalece o papel do gestor público, uma vez que este passa a responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, em consonância às necessidades de saúde, reforçando o comando único independente do nível de gestão presente nos municípios brasileiros. Para a autora, a regulação das ações⁷ pode ser realizada de duas formas – em nível municipal e regional –, e abrange três aspectos: a regulação das referências intramunicipais, intermunicipais e sobre os prestadores de serviços de saúde a partir de instrumentos⁸ para o suporte gerencial na organização da atenção à saúde no SUS.

Neste sentido, a regulação dos sistemas de saúde está associada às questões da gestão do SUS, tendo em vista que operacionaliza as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Dentre os instrumentos de gestão estabelecidos para acompanhamento das ações desenvolvidas, encontram-se os que denominamos de regulação do sistema de saúde. São instrumentos que

⁷ Para Tomimatsu (2006, p. 1), as principais ações são: regulação médica pré-hospitalar de urgência/emergência; controle dos leitos disponíveis e agenda de consultas especializadas e de exames complementares; padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas por meio de protocolos assistenciais; estabelecimento de referência entre unidades de saúde e atenção especializada; organização de fluxos de referência especializada intermunicipal; subsídio ao redimensionamento da oferta; implantação de complexos reguladores.

⁸ Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): banco nacional de dados com informações cadastrais dos estabelecimentos de saúde no país independente de ser prestador ou não do SUS, de qualquer esfera administrativa, base para a programação, regulação, controle e avaliação assistencial.

Cartão Nacional da Saúde – Cartão SUS: esta base nacional possibilita a vinculação dos procedimentos realizados pelo SUS com o usuário, profissionais e unidade de saúde, estabelecendo um sistema de identificação comum, integrando:

- Centrais de Regulação (CR): estruturas de operacionalização da regulação do acesso assistencial, incluindo marcação de consultas, exames, internação, atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência, etc.
- Protocolo Técnico (clínico): instrumento normativo do processo de atenção à saúde que visa a garantir a alocação dos recursos terapêuticos e propedêuticos mais adequados a cada situação clínica.
- Protocolos Operacionais: visam orientar as referências a partir das quais os gestores farão as adequações às situações específicas, em termos de prioridades, recursos disponíveis, quadro epidemiológico.
- Comissões de regulação/médicos autorizadores: responsáveis por autorizar procedimentos especializados, de alta complexidade e de internações que exigem uma análise clínica mais detalhada, subsidiada, quando necessário, por protocolos clínicos definidos.
- Indicadores e parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade: padrões e medidas norteadoras do planejamento, programação, controle, regulação e avaliação assistencial, adequados à realidade local e definidos pelo gestor com base em parâmetros nacionais, estaduais e municipais.
- Manuais dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH): mecanismos de acompanhamento da PPI e da programação dos estabelecimentos.
- Portarias técnicas: sistemas de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).
- Instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação dos usuários (TOMIMATSU, 2006).

possibilitam o acompanhamento, o cumprimento e a execução das diretrizes do SUS em âmbito local, estadual e nacional.

A criação do SUS no Brasil nas últimas duas décadas produziu um conjunto de instrumentos legais que foram progressivamente revelando a complexidade e, principalmente, a importância que o sistema público de saúde passou a ter. Este contexto produziu a necessidade de instituir instrumentos e estratégias que corroboram com o que preconiza as diretrizes do SUS – a saúde como um direito da cidadania – realizada nos distintos espaços públicos e que deve ser gerida de forma a preservar os princípios da legalidade e moralidade da administração pública.

A regulação passa a ser organizada a partir das seguintes perspectivas: Regulação sobre os Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

A regulação dos Sistemas de Saúde está associada às questões da gestão do SUS na dimensão que operacionaliza as diretrizes do Sistema Único de Saúde, tendo como referencial para as tomadas de decisão o quadro de saúde da população, os recursos financeiros, humanos e materiais disponíveis. Neste nível da regulação as decisões tomadas buscam viabilizar em todos os planos de gestão que os objetivos e as diretrizes do sistema sejam alcançados, possibilitando o acompanhamento, cumprimento e execução das diretrizes do SUS no sistema como um todo, obedecendo às orientações emanadas das instâncias competentes em cada esfera de governo.

A regulação da Atenção à Saúde visa à produção de serviços de saúde adequados às necessidades de saúde da população. Este nível possui a atribuição de regular a infra-estrutura de serviços de saúde de forma a garantir uma oferta condizente em quantidade e qualidade com as necessidades da população. Seu foco está dirigido aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados como objeto da produção das ações diretas e finais da atenção à

saúde e inclui a contratação, regulação do acesso à assistência e controle assistencial (BRASIL, 2006c).

A regulação do Acesso à Assistência refere-se à operacionalidade do processo. Está diretamente ligada à assistência. Na NOAS 01/01 a regulação do acesso à assistência está voltada para a disponibilização do recurso mais apropriado às necessidades do usuário, sem perder de vista a priorização dos casos.

A Figura 1 representa os níveis que conformam a regulação no Sistema de Saúde.

Figura 1: Representação dos níveis que conformam a regulação no Sistema de Saúde.
Fonte: Bahia (2005).

3.5 Acessibilidade e acesso no Sistema de Saúde

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) passa a exigir na organização dos serviços de saúde no Brasil uma rede de atenção à saúde articulada entre si, que possibilita o acesso universal, disponibilizada o mais próximo possível das pessoas para garantir a continuidade da atenção a partir da institucionalização de procedimentos e protocolos com fluxos conhecidos e regulados, que acolham as demandas dos usuários.

A assistência à saúde no SUS orienta-se por princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo,

equidade e controle social. Concretiza-se nos espaços locais por meio de ações de saúde individuais e coletivas, garantindo a integralidade das ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde, assumindo importante papel na organização dos serviços. Este nível é constituído por equipes de saúde multiprofissional, cuja população em seu território está delimitada e, desta forma, ampliam-se as responsabilidades. A utilização de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade objetiva resolver os problemas de saúde com maior frequência e relevância para as populações, garantindo singularidade de cada usuário do sistema de saúde, bem como a inclusão de questões que são de interesse coletivo (BRASIL, 2004).

Em relação à acessibilidade e ao acesso, segundo Marques e Lima (2007), as demandas apresentadas por usuários nos serviços de saúde podem ser reveladoras de necessidades destes, as quais podem ser organizadas a partir da perspectiva desses dois princípios. Traduzem frequentemente necessidades de ordem socioeconômica que podem garantir ou não a acessibilidade e o acesso aos serviços de saúde, com implicações, portanto, na qualidade de vida dos usuários.

Para as autoras, a acessibilidade aos serviços de saúde ocorre a partir da organização de uma porta de entrada no sistema de saúde, também denominada de primeiro contato ou porta de entrada. Esta por sua vez deve constituir-se no local ou na equipe de saúde que está apta para acolher as demandas dos usuários e dar segmento adequado a cada uma delas, constituindo desta forma um eixo estruturante de uma rede de atenção à saúde.

Seguindo este pensamento, Campos (2007) comenta que a Atenção Básica à saúde deve constituir-se em uma das principais portas de entrada para a assistência à saúde, mas não necessariamente a única. Segundo o autor, esta porta de entrada na Atenção Básica é determinante para a organização do SUS na medida em que ela é responsável pela

resolutividade de grande parte das demandas que chegam aos serviços de saúde, bem como na gestão dos cuidados de saúde a indivíduo(s) e à família(s) ao longo da sua vida.

Para Starfield (2002), o estabelecimento desta porta de entrada se dá quando ocorre o primeiro contato entre o usuário e os profissionais da rede, e é consensual que deva ser realizado por uma equipe de saúde com perfil para esta ação, apta e acessível para o acolhimento das necessidades da população. Para tanto, há que se garantir aos usuários a acessibilidade e acesso aos serviços de saúde.

Segundo anteriormente referido, acessibilidade refere-se à possibilidade de o usuário chegar ao serviço de saúde, diretamente relacionada à estrutura dos serviços de saúde, os quais possibilitam o primeiro contato. O usuário deverá ter uma porta de entrada na rede, não restrita apenas a essa, mas presente em todos os níveis da organização dos serviços, diferenciada para ser inclusiva.

Reis et al. (1990), ao discutirem acessibilidade a partir dos estudos de Donabedian (1966), apontam a necessidade de considerar aspectos socioorganizacionais e geográficos quando da avaliação da acessibilidade. Na acessibilidade socioorganizacional estão incluídos os atributos referentes aos recursos e à organização, os quais podem facilitar ou dificultar os esforços do usuário em obter o cuidado. Podem-se incluir variáveis referentes ao profissional de saúde, tais como sexo e especialização, e também preferências do paciente, bem como os instrumentos que podem dificultar o acesso dos usuários ao atendimento. A acessibilidade geográfica, por outro lado, trata dos elementos que podem facilitar ou agravar o isolamento espacial em função do tempo e da distância física gastos pelo paciente para obter o cuidado.

Em Fekete (1995), a acessibilidade geográfica deve ser percebida em função do tempo que é despendido e meios habituais para obter assistência. Esses, por sua vez, são acessados em diferentes âmbitos, tendo em vista que as necessidades são distintas e exigem cobertura diferenciada. Afirma ainda que a alta acessibilidade geográfica não é garantia da utilização

dos serviços pela população, uma vez que existem interferências de fatores externos, tais como a restrição da oferta de serviço, perfil dos profissionais que atuam e existência de serviço de pronto-atendimento, entre outros.

Nessa perspectiva, Donabedian (1973) afirma que acessibilidade pode constituir-se como indicador da qualidade dos serviços prestados. Essa qualidade pode ser percebida pela oportunidade de acesso fácil e de resolutividade das ações de saúde. Evangelista et al. (2005) tomam a acessibilidade a partir de Frenk (1985) como o grau de ajuste entre as características dos recursos para a atenção de saúde e as características da população na busca dos mesmos.

Este tema tem sido objeto de reflexão por importantes autores, uma vez que entender o acesso e a acessibilidade dos usuários na Atenção Básica tem se constituído hoje em desafio para os gestores. Para Unglert (1990), a acessibilidade dos usuários a uma unidade de saúde deve ser tema permanente na agenda dos gestores na medida em que se refere a um aspecto fundamental para a população: o atendimento da Atenção Básica. Em Ramos e Lima (2003), o conceito de acessibilidade está diretamente relacionado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação dos usuários. Estas extrapolam a dimensão geográfica, abrangendo o aspecto econômico, e a acessibilidade está diretamente relacionada à capacidade de obtenção dos cuidados de saúde na medida em que o usuário sentir necessidade.

Para Assis, Villa e Nascimento (2003), acesso e acessibilidade tomam o mesmo sentido quando colocados como desafios para a concretização do acesso universal aos usuários dos serviços de saúde. Para as autoras, este tem sido um desafio permanente a ser enfrentado por usuários e gestores na perspectiva da saúde como um bem público.

Em Evangelista, Barreto e Guerra (2008), o conceito de acessibilidade reflete a relação complementar entre um conjunto de recursos da atenção à saúde e a população de usuários. Acessibilidade diz respeito às relações estabelecidas entre o conjunto de obstáculos, na busca desta, e a capacidade de superação desses obstáculos por parte da população.

O acesso, por sua vez, constitui uma categoria de apreciação dos sistemas de saúde, uma vez que revela a forma como são ofertados e organizados as ações e serviços de saúde nos distintos níveis de organização do sistema de saúde. Essa dimensão passa a constituir-se em objeto de avaliação constante dos usuários dos serviços, posto que os serviços podem obter ou não aceitação da população que os usam, revelando desta forma o caráter social e político presente nas formulações e práticas de políticas de saúde.

O acesso aos serviços de saúde é definido na Constituição Federal de 1988 como direito de todo cidadão brasileiro por meio de ações de proteção, promoção e recuperação, desenvolvidas no sistema público de saúde.

Para Travassos e Martins (2004, p. 191), “acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde”. Ele é utilizado, segundo os autores, com distintos significados na literatura a partir da visão de mundo de cada autor, e está diretamente associado à evolução que o mesmo vai tomando ao ser utilizado em distintos tempos e contextos. Em Donabedian (1973), o acesso expressa a capacidade do paciente em obter, quando necessita, cuidados de saúde de maneira fácil e conveniente. Indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde. É uma característica da oferta de atenção que revela a utilização de serviços da saúde pelos usuários.

Lora (2004, p. 20) utiliza o conceito de acesso expresso em Donabedian (1973) como sendo o ingresso ao sistema de atenção. Nesse sentido, segundo o autor, as características peculiares do sistema de saúde, bem como as da população, é que determinam ou não o acesso aos serviços de saúde, e não somente a disponibilidade dos serviços ou recursos presentes no sistema de saúde.

Starfield (2002), ao discutir acesso, o faz com profícua autoridade e não o desvincula da discussão do conceito de acessibilidade. Segundo a autora, tais conceitos são utilizados,

comumente, por muitos autores como sinônimos ou mesmo de forma ambígua. A autora utiliza a definição de Millman (2002) por entender que esse aprimorou o conceito de acesso como sendo o uso adequado das ações e serviços de saúde experimentados individualmente pelos usuários, com intuito de obter resultados positivos de suas necessidades em saúde.

Retomando conceitos já discutidos pela autora, esta define a acessibilidade como elemento facilitador para a entrada dos usuários na estrutura do sistema de saúde, o que necessariamente viabiliza ou não o primeiro contato entre eles. Assim, diferentemente da acessibilidade, o acesso traz intrínseco a própria experiência individual do usuário ante a oferta de serviços e recursos disponibilizados para o mesmo.

Assim, nesta investigação tomaremos o acesso na sua dimensão ampliada, compreendendo-o tanto nos aspectos relacionados à estrutura e recursos, quanto relacionados às experiências do usuário nos serviços de saúde.

Nesse sentido, temos como questão norteadora nesta investigação: quais são os elementos que concorrem para a regulação do acesso dos usuários à rede pública de saúde em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul?

4 – Percurso metodológico

4.1 A opção metodológica

Toda pesquisa é sempre reveladora da reinterpretação de uma dada realidade mediada por expectativas e experiências vivenciadas em caminhos por vezes já percorridos, visitados (DUARTE, 2002), partindo do pressuposto de que ao olharmos um local determinado, este, como toda realidade, é complexo, desafiador e, portanto, possível de ser analisado a partir de várias perspectivas que venham a contribuir de alguma forma na construção do conhecimento científico.

A escolha da metodologia para este trabalho foi construída a partir de idas e vindas ao local do estudo, que possibilitou o entendimento de que a forma mais adequada para responder aos objetivos da pesquisa seria a partir da realização de um estudo de caso. Esse se constitui em uma categoria da pesquisa qualitativa que nos permite reconhecer semelhanças com realidades e cenários regionais, sem, no entanto, desconhecer sua singularidade.

Lüdke e André (1986, p. 18) afirmam que um estudo de caso “se desenvolve em uma situação normal, é rico em dados descritivos, tem plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada”. Para Saúde (2006, p. 77), os estudos de casos “são significativos em determinados desenhos de pesquisas por não assumirem compromissos com generalização em relação a sua população, universos estudados ou generalizações estatísticas, mas tem sim, compromisso com as proposições teóricas”.

Essa abordagem permite a interpretação do contexto e retrata uma dada realidade de forma completa e aprofundada, pois usa uma gama de fontes de informação, constituindo a generalização de seus resultados.

Para Yin (2001), esta metodologia possibilita o estudo de eventos contemporâneos, tendo a realidade como campo de investigação. É um método plural na medida em que admite o emprego de técnicas variadas para a coleta dos dados e para a análise dos mesmos.

4.2 Cenário do estudo

O município de Ijuí está localizado no Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Foi fundado em 1890 por colonos⁹ que ali se estabeleceram e guarda relação com a história do território riograndense, o qual teve sua ocupação tardia, marcada por disputas militares, definindo, portanto, um componente cultural específico dessa região¹⁰.

Atualmente a Região Noroeste do RS é dividida em função da organização administrativo-territorial do Estado em duas microrregiões, uma denominada de Noroeste Colonial e outra de Fronteira Noroeste. O Noroeste Colonial, onde se situa Ijuí, é formado por 32 municípios com uma população de 303.398 habitantes e área de 9.911,3 km, com uma densidade demográfica de 30,6 hab./km², taxa de urbanização de 65,3% e expectativa de vida de 71 anos (RS, 2004).

Ijuí teve sua economia associada à diversidade de culturas na sua formação e este espaço foi fortemente marcado pelo minifúndio, cenário que predomina até o final da década de 60 do século passado. A substituição da policultura¹¹ pelo cultivo do trigo e da soja ocorre nos anos 70, período marcado por aumento de financiamentos bancários da soja estimulados pela propaganda oficial. Em função dos lucros crescentes que a região passa a obter, o município de Ijuí assume a ponta da produção agropecuária até o presente momento, fato que vai marcar a revolução verde em nossa região (IJUÍ, 1999).

Desempenhou papel importante nesse contexto a fundação de cooperativas agrícolas em todo o Noroeste do Estado, as quais também estimulam os colonos a realizarem a sua

⁹ Colono é a expressão regional que designa os imigrantes europeus que vieram para o Sul do Brasil com o objetivo de ocupação deste território, bem como produzir alimentos para o mercado interno. Esses receberam da União a terra e auxílio financeiro para a instalação, reembolsáveis no espaço de cinco anos, ao mesmo tempo em que assumem nesta “nova colônia” a execução de serviços que deveriam ser cumpridos pelo Estado, a exemplo de estradas e outras obras nos núcleos coloniais (IJUÍ, 1999).

¹⁰ Para melhor compreensão sobre a conformação do Estado do Rio Grande do Sul ver Weber (1999), *As artes de curar. Medicina, Religião, Magia e positivismo na República Rio-Grandense. 1889-1928*.

¹¹ Policultura: termo que designa cultivo de vários produtos agrícolas em uma mesma propriedade.

“modernização”, uma vez que eram portadoras do conhecimento tecnológico e de insumos e passaram a representar os interesses de médios produtores rurais, a exemplo da Cotrijuí.¹²

Palha (1996) afirma que o município de Ijuí tem sua economia pautada na agropecuária, quando o trigo e a soja jogam papel determinante na economia local, intercalados com o cultivo do milho e da mandioca. A produção de leite constitui-se em atividade importante associada à produção de gado de corte. No setor industrial, a indústria de máquinas e implementos agrícolas é importante na composição dos indicadores econômicos locais, bem como a capacitação que vem sendo verificada nos setores de alimentos e vestuário.

A população do município de Ijuí em 2007 é de 76.739 habitantes, e destes, 69.107 (75%) concentram-se no espaço urbano e 7.632 (25%) na zona rural (IBGE, 2007). A renda média de 70% da população é de 5 salários mínimos (IBGE, 2000). A renda per capita é de R\$ 3.667,72 por ano para a população economicamente ativa (IJUÍ, 2006).

Com relação à ocupação da população identifica-se que 61% atuam no setor terciário (prestação de serviços), seguida do setor secundário, 22%, e primário com 17% da mão-de-obra. O abastecimento de água potável no perímetro urbano alcança 85% das residências; destas, 34% estão ligadas à rede pluvial, 11% em escoadouro e 47% possuem fossa rudimentar (IBGE, 2000).

Encontra-se em fase de instituição (2007) uma estação de tratamento de efluente, fato que em um período de 5 anos vai contribuir de forma significativa para a diminuição de vetores e incidir na qualidade de vida da população que reside no espaço urbano. Com relação à coleta direta de lixo urbano, esta se dá de forma efetiva em 56,5% das residências (IBGE, 2000).

¹² Cooperativa Agropecuária & Industrial. A Cotrijuí é uma das maiores empresas do Sul do Brasil no segmento de cooperativismo agroindustrial. A empresa atua em diversos segmentos de negócios de maneira integrada em projetos com a comunidade e meio ambiente, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos seus consumidores e funcionários.

Em 2007 passou a ser instituída a coleta seletiva de resíduos sólidos, fato que tem tido adesão da população e que, somado à política de tratamento dos resíduos sólidos, tende a melhorar a vida da população.

Dados relativos ao período de 1991-2000 apontam para a diminuição na mortalidade infantil em 2,97%, passando de 23,20 (por mil nascidos vivos) em 1991 para 22,51 (por nascidos vivos) em 2000, e a esperança de vida ao nascer cresceu 1,32%, passando de 68,20 anos em 1991 para 69,52 anos em 2000 (IPD, 2005). Nasceram em 2005 1.212 pessoas e ocorreram 522 óbitos; destes, 11 foram de menores de um (1) ano e 13 fetais (IBGE, 2007).

Com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em 2000 em Ijuí era de 0,803, fato que coloca o município entre as regiões brasileiras com alto desenvolvimento humano. Quando comparado com os demais municípios gaúchos (496), no entanto, Ijuí encontra-se em posição intermediária, dado que 155 municípios estão em condições melhores (IPD, 2005).

Existe no município uma Universidade – a Unijuí,¹³ que oferece 34 cursos de Graduação, 20 cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* e 3 *Stricto Sensu*, além de 13 cursos de Graduação na modalidade à distância. Existem ainda duas instituições externas que possuem salas virtuais e oferecem cursos de Graduação à distância.

A rede de Educação Básica é constituída por 46 escolas públicas, sendo 15 municipais, com 3.754 matrículas, 26 públicas estaduais, com 5.709 matrículas e 5 privadas com 1.263 matrículas. O Ensino Médio conta com 8 escolas públicas estaduais, com 3.596 matrículas, uma escola municipal com 165 matrículas e 5 escolas privadas com 612 matrículas. Conta ainda com 52 escolas de Ensino Pré-Escola, sendo 22 públicas estaduais, 21 municipais e 9 da rede privada (IBGE, 2007).

¹³ Unijuí. Fundada em 1985, conta atualmente com 11.000 alunos, distribuídos em 4 campi.

O Censo de 2000 aponta para a taxa de 94,8% da população alfabetizada, com 22% possuindo primeiro grau completo, 5% segundo grau completo e 3% o terceiro grau completo (IBGE, 2000). Em 2005 existiam em Ijuí 55 estabelecimentos de saúde. Destes, 23 são públicos municipais e 32 privados; 2 hospitais totalizam 288 leitos, com 235 destinados aos usuários do SUS (IBGE, 2007).

4.3 O local do estudo

A Secretaria Municipal de Saúde de Ijuí/RS organiza-se a partir de três coordenadorias, as quais orientam suas ações sendo a de saúde, administrativa e vigilância, subordinadas ao gabinete do secretário municipal, que conta com a supervisão do Conselho Municipal de Saúde (Anexo 2).

A coordenadoria administrativa é constituída por um núcleo de serviços que tem sob sua responsabilidade os seguintes serviços: informação e divulgação; requisições, execução e controle orçamentário; convênios; prestação de contas; controle do patrimônio e materiais; faturamento, estatística e digitação; administração de pessoal; secretaria executiva; planejamento, avaliação e revisão.

A Coordenadoria de Vigilância em Saúde é constituída pelo núcleo de vigilância sanitária e epidemiológica e o centro de referência regional em saúde do trabalhador. Integram essa coordenadoria os seguintes serviços: investigação e notificação; cadastro e licenciamento; educação, informação e divulgação; fiscalização e educação sanitária; e controle de doença, zoonoses e vetores.

A Coordenadoria de Saúde administra um conjunto de serviços mantidos com recursos próprios e vinculados. Atualmente estão sob sua coordenação os seguintes serviços: educação e programas de saúde; assistência primária em saúde; assistência secundária;

encaminhamentos para assistência secundária e terciária; central de remoções e transporte; central de medicamentos; serviços de coordenação das unidades de saúde; assistência social em saúde; prestação de serviços especializados; e serviço de manutenção dos centros de atendimento à saúde.

Esta Coordenadoria é constituída por 318 profissionais, e destes 20 são enfermeiros, 39 médicos, 17 odontólogos e 25 profissionais das demais áreas, com nível médio 65, elementar 39, mais 12 colaboradores em Cargo em Confiança (CC).

A rede de serviços é constituída por 14 Unidades Básicas. Seis equipes de Saúde da Família (ESF) constituem as demais Unidades Convencionais de Saúde (UCS).

Para entrarmos nos cenários da pesquisa para exploração do campo, atendemos ao que estabelece a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da regulamentação das pesquisas que envolvem seres humanos. O projeto deste trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo¹⁴, obtendo sua aprovação.

Chegando ao município de Ijuí para a observação, a pesquisa foi formalizada a partir de contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e hospitais para garantir a investigação e coleta de informações necessárias para a realização do trabalho.

À medida que fomos percorrendo os diferentes espaços da rede de Atenção Básica identificamos as dificuldades, a falta de entendimento e os conflitos gerados por ocasião do olhar externo. Durante o período de observação na rede foi necessário concluirmos esta etapa de forma mais acelerada, tendo em vista alguns percalços gerados pelo gestor local.

Na seqüência, passamos à observação do atendimento no Pronto-Socorro do Hospital de Caridade de Ijuí (PS/HCI), com o objetivo de identificarmos os instrumentos de regulação do acesso dos usuários no mesmo, bem como a relação que este desempenha na conformação

¹⁴ O termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa encontra-se no Anexo 1, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado na pesquisa para ciência e anuência dos entrevistados encontra-se no Apêndice, ambos deste estudo.

da rede de Atenção Básica. Finda a observação, passamos à realização de um estudo quantitativo para qualificar e traçar o perfil dos usuários da rede básica que acessaram o Pronto-Socorro do Hospital de Caridade de Ijuí (PS/HCI) no primeiro semestre de 2007, identificando motivos, conduta, procedimentos e encaminhamentos realizados.

4.4 Técnica de coleta de dados

4.4.1 Fontes primárias

a) Pesquisa documental

As fontes estatísticas deste trabalho foram obtidas a partir de dados já sistematizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Departamentos, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do RS, Ministério da Saúde e Plano Municipal de Saúde.

b) Observações de campo

Nesta fase buscamos conhecer os serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde do município de Ijuí/RS, bem como as instituições privadas e filantrópicas com as quais o gestor local estabelece relações para a efetivação do Sistema Único de Saúde.

Nossa entrada para conhecer a rede de Atenção Básica do município se deu a partir da Unidade Básica de Saúde (UCS) do bairro Luiz Fogliato. Esta escolha fundamenta-se por ter sido esta uma das primeiras UCSs do município, bem como ser a primeira unidade a constituir uma ESF. Dedicamos 360 horas de observação para compreender a organização, o

funcionamento e a gestão da rede de Atenção Básica, bem como identificar os mecanismos de regulação presentes no mesmo. Este período possibilitou observar como se dá a acessibilidade e o acesso dos usuários da rede básica de saúde.

Na sequência nos dedicamos a conhecer as demais UCS (14) para apreendermos a diversidade de realidades presentes na rede, os serviços ofertados e os mecanismos de regulação do acesso e acessibilidade. Destinamos a essa etapa 160 horas. Dispendemos 100 horas para acompanhamento dos mecanismos de regulação do acesso dos usuários à média complexidade ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, bem como o acesso aos serviços de imagem e diagnóstico.

A seguir passamos um período acompanhando o serviço realizado no Pronto-Socorro (PS/HCI), com o objetivo de observar o acesso dos usuários aos procedimentos ambulatoriais e a regulação dos mesmos. Para isto, dedicamos 180 horas em todos os turnos e dias da semana.

Estas observações por campo possibilitaram conhecer a rede de atenção à saúde e suas especificidades, passando a subsidiar a análise dos demais dados coletados.

c) Entrevistas

Para Chizzotti (1995, p. 57), a entrevista constitui-se no instrumento mais adequado para se obter informações acerca de “fenômenos e indivíduos que detenham essa informação”, pois são os objetivos da pesquisa que diferenciam o grau de liberdade entre os sujeitos e o tipo de resposta que se pretende obter. Quando são pretendidas informações simples, o instrumento pode ser fechado, mas se as respostas pretendidas devem traduzir o posicionamento do entrevistado, o fruto de sua reflexão, a melhor maneira de tratá-las é a partir de um instrumento de entrevista semi-estruturada.

Duarte (2004) considera a entrevista semi-estruturada como a melhor maneira de formular perguntas acerca do tema pesquisado. Esta, por sua vez, pode ser individual ou coletiva e nos possibilita apreender de forma mais adequada os valores, percepções e atitudes dos entrevistados. Neste trabalho optamos por realizar com os gestores dos serviços de saúde entrevistas semi-estruturadas, e com os usuários a técnica de grupo focal.

As perguntas que orientaram as entrevistas buscaram identificar a relação que a instituição mantinha com a rede básica de saúde do município de Ijuí, bem como os instrumentos reguladores estabelecidos para esta relação. As entrevistas foram realizadas no período de setembro a novembro de 2007. Os sujeitos tiveram as falas registradas em fitas magnéticas que serão descartadas após 5 anos a contar da transcrição de seu conteúdo. Foram garantidos sigilo e anonimato aos participantes da pesquisa. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente uma hora e, posteriormente, foram transcritas e submetidas à concordância de seu conteúdo por todos os participantes. O horário e o local das entrevistas foram definidos em comum acordo entre a pesquisadora e o entrevistado.

Normalmente as pesquisas com recorte qualitativo requerem a realização de entrevistas que são, quase sempre, semi-estruturadas, e acabam por constituírem os momentos mais ricos, e também de longas e boas “conversas”¹⁵ sobre o tema em estudo, assim como é um momento de grande produção intelectual. A escolha dos sujeitos em uma pesquisa qualitativa passa a ser a questão central do trabalho, pois recai sobre esta escolha a qualidade das informações. Saber escolher sob qual chão vamos construir nossa análise é fundamental aos nossos objetivos.

Uma questão tem sempre que ser colocada como central para garantir a qualidade dos trabalhos qualitativos. O número de sujeitos adequado para uma pesquisa qualitativa sempre é

¹⁵ Grifo nosso.

objeto de preocupação entre os pesquisadores, bem como qual é o momento mais oportuno para interromper a coleta dessas informações.

Para Duarte (2005), definir *a priori* o número de pessoas que serão entrevistadas não é mais adequado, uma vez que este número está diretamente relacionado com o grau de aprofundamento que podemos obter destas entrevistas, bem como a identificação de recorrências e divergências. Afirmar ainda a necessidade de ampliar esse universo na medida em que surgirem informações ou pistas que possam indicar novas perspectivas ao estudo. As entrevistas devem ser realizadas até o momento em que os dados aparecem de forma repetida, caracterizando a saturação das informações. Eventualmente faz-se necessário retornar ao campo para redimir algumas dúvidas e coletar outras informações que foram pouco evidenciadas nas entrevistas, o que não desqualifica o percurso realizado.

Diferentemente da metodologia quantitativa, o número adequado de sujeitos em uma pesquisa de recorte qualitativo está associado à possibilidade de desvelar de forma adequada o objeto de pesquisa. Em muitos casos, estes sujeitos vão sendo acrescidos ao estudo à medida que sua importância vai se configurando. Convencionou-se estabelecer o limite de 20 sujeitos para que uma pesquisa qualitativa tenha uma maior densidade das informações e a possibilidade de apreensão do objeto de forma mais clara.

Foram entrevistados os sujeitos sociais que estão respondendo neste momento pela organização e execução das políticas de saúde no sistema local e regional por entender que os mesmos têm papel decisivo na conformação da rede de atenção de saúde do município de Ijuí. São eles: Secretário Municipal de Saúde de Ijuí/RS; Prefeito Municipal; Presidente do Conselho Municipal de Saúde; Coordenador Regional de Saúde; Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde; Coordenadora Administrativa do Consórcio Intermunicipal de Saúde; Coordenadora Técnica de Saúde de Ijuí; Administradora do Hospital Bom Pastor de Ijuí; Administrador do Hospital de Caridade de Ijuí, Auditor Médico.

Após os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa e a obtenção do Consentimento Livre e Informado (Apêndice), foram realizadas entrevistas semi-estruturadas baseadas em temas definidos previamente a partir da vivência com o serviço e do contato com trabalhadores da rede e usuários dos serviços de saúde mediados pela exploração teórica.

Tabela 1: Sujeitos participantes do estudo, segundo função e categoria

Função	Categoria	Entrevista
Prefeito Municipal	Gestor	EG1
Vice-Prefeito	Gestor	EG2
Coordenadora Técnica da SMS	Gestor	EG3
Auditor Médico	Gestor	EG4
Coordenador Regional de Saúde	Gestor	EG5
Presidente CMS/CRS	CMS	ESC1
Administrador HCI	Prestador	EP1
Administrador HBP	Prestador	EP2
Coordenador Cisa	Prestador	EP3
Presidente Cisa	Prestador	EP4
Grupo Focal	Usuários	EU1, EU2, EU3, EU4, EU5, EU6

Fonte: dados da pesquisa (2007).

d) Grupo Focal (GF)

Grupo Focal é um grupo de discussão informal com poucos participantes, que objetiva obter informações de caráter qualitativo em profundidade (GOMES; BARBOSA, 1999). Nesta modalidade de pesquisa os entrevistados influenciam uns aos outros a partir de experiências pessoais, idéias e eventos mediados pela ação do pesquisador. A pesquisa é desenvolvida com a participação efetiva de todos os participantes em um ambiente que propicie a fala de cada um, permitindo, desta forma, o envolvimento pleno de cada entrevistado (MARTINS, 2006).

Segundo Lora (2004, p. 51), o grupo focal é:

Uma técnica de pesquisa qualitativa que utiliza sessões grupais, facilitadoras das expressões e características psicossociológicas e culturais. Os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre questões específicas num ambiente permissivo e não controlador.

Para Martins (2006), o pesquisador deve ter claro seus objetivos uma vez que estes podem ser alcançados a partir da obtenção de informações desencadeadas. No planejamento de um grupo focal, segundo o autor, é desejável que este seja formado por um grupo de, no mínimo, 6 a 12 pessoas. A escolha dos participantes deve responder ao propósito do estudo e estes devem ter entre si semelhanças no âmbito sociocultural. O tempo desejável para a duração de um grupo focal é em torno de 90 minutos por grupo. Esta modalidade propicia a conversa; é uma técnica adequada para obtenção de informações qualitativas. Por ter a amostra um pequeno número, esta não permite comparação de resultados, e a não-padronização, por sua vez, pode influenciar a compreensão dos entrevistados, reforçando ou reprimido suas respostas (LORA, 2004).

A escolha dos entrevistados ocorreu a partir do critério de adscrição dos mesmos a uma das unidades básicas de saúde, no caso, UCS bairro da Penha, que remete ao objeto do estudo (acessibilidade e acesso a usuários dos serviços de saúde) dos bairros Penha, Independência, Progresso e Tiaraju.

A escolha dos participantes deu-se a partir do contato com usuários que utilizam a UBS da Penha e que aceitaram participar da pesquisa, constituindo um grupo homogêneo (todos moradores da área). Integraram o grupo focal 10 participantes. Destes, 6 eram mulheres e 4 homens.

As pessoas selecionadas foram contatadas com antecedência e sua participação foi confirmada por meio de contatos com um dos participantes em visita no dia anterior à reunião. O encontro para a realização da técnica do grupo focal ocorreu na residência de um

dos usuários do bairro Independência e, como todos o conheciam, o encontro realizado em 21 de fevereiro de 2008, das 19h às 20h30min tornou-se agradável. As falas foram gravadas (três gravadores) e transcritas para posterior análise.

No encontro foram propostos temas orientadores:

1. Quais são as experiências dos usuários quando necessitam os serviços da rede de Atenção Básica?
2. No entendimento dos usuários, quais são as dificuldades encontradas para conseguir atendimento?
3. Quais são os mecanismos usados para acessar os serviços de saúde?

Com a primeira pergunta buscou-se conhecer os caminhos pelo quais os usuários passam para obter atendimento. A segunda pergunta procurou revelar as barreiras que as pessoas encontram para o atendimento, e a terceira identificar quais são os mecanismos formais e informais que os usuários usam para garantir o acesso aos serviços de saúde na rede de atenção de saúde em Ijuí/RS.

4.4.2 Fontes secundárias

a) Dados do Pronto-Socorro (HCI)

Com o objetivo de configurar o perfil do usuário da rede municipal de saúde, buscamos no serviço de Pronto-Socorro do Hospital de Caridade de Ijuí levantar as informações constantes no prontuário de atendimento, dados disponibilizados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Same) do HCI. Para essa etapa do estudo escolhemos o período de 1º/1/2007 a 30/6/2007, quando 26.700 usuários da rede básica do município de Ijuí buscaram o serviço. Este recorte temporal foi realizado tendo em vista a possibilidade de

disponibilização das informações por parte da instituição para pesquisa, bem como por traduzir de forma adequada a demanda realizada no serviço.

Trabalhamos a partir de um instrumento de levantamento de dados construído para coletar as informações necessárias para caracterizar o perfil dos usuários. Tivemos a preocupação de identificar os motivos/queixas que estimularam a busca pelo serviço e os encaminhamentos dados, bem como caracterizar que o perfil deste atendimento seja de urgência ou caracterizando ação de Atenção Básica. A amostra foi aleatória, uma vez que o critério de seleção do prontuário seguiu rigorosamente o critério por dia e ordem de chegada no serviço. Essas duas informações estavam assentadas no prontuário médico por ocasião da consulta.

Para a coleta dos dados foi constituído um grupo¹⁶ de apoio no HCI para acompanhamento das entrevistas com os gestores e para a realização do grupo focal com usuários. A estratégia para a constituição do grupo ocorreu com a discussão dos objetivos da pesquisa, bem como o estudo da metodologia a ser empregada. O envolvimento do grupo de apoio aconteceu na primeira etapa de coleta de dados junto aos prontuários dos usuários do PS/HCI, nos meses de julho e agosto de 2007.

4.5 Análise dos dados

A pesquisa contou com dados obtidos de fontes primárias e secundárias para sustentar a análise da regulação da acessibilidade e acesso dos usuários aos serviços de saúde em um município habilitado na gestão plena da Atenção Básica.

¹⁶ O grupo de pesquisa foi composto por acadêmicos do curso de Enfermagem da Unijuí, integrantes do coletivo de estudantes em saúde coletiva para a coleta de informações sobre o perfil dos usuários. O grupo focal foi constituído pela pesquisadora como coordenadora e por dois enfermeiros como observadores.

Tabela 2: Sistematização das fontes utilizadas no trabalho

Fontes primárias	Fontes secundárias
Entrevistas:	Perfil dos usuários do Pronto-Socorro do HCI
Observação: UCS-PSF (45 dias); UCS (30 dias); PS/HCI (30 dias); UCS/Posto Central (15 dias)	Relatório de Gestão; Plano Municipal de Saúde
Diário de campo	Relatórios Cisa; Convênios do HCI/Cisa/HBP/SMS/MS
Grupo focal	Convênios, Relatórios
	Bases de dados local, Estadual e Nacional

Fonte: dados da pesquisa (2007).

4.5.1 Análise de fontes primárias

a) Análise documental

Para Palha (2001), a análise documental constitui-se em importante momento de construção da arquitetura do projeto de pesquisa pois, ao nos aproximarmos do tema da pesquisa, vamos passando por várias fases de leituras, as quais são subsidiadas por um conjunto de documentos. Este processo que é de idas e vindas nos documentos já produzidos vão, em cada fase da pesquisa, constituindo-se em momentos singulares para a compreensão deste.

Segundo Queirós (1999), a análise documental permite aproximações com o objeto de pesquisa por meio de escritos, os quais podem ser contemporâneos ou não, documentação histórica, recorte de jornais, registros, dados estatísticos e tantos outros que possam contribuir na perspectiva de conformação do arcabouço do projeto de pesquisa. Para atingirmos neste momento nossos objetivos, buscamos nos aproximar do nosso tema, identificando as produções já existentes, as quais serão complementadas seguramente com informações obtidas no campo de pesquisa e relatadas posteriormente.

Toda pesquisa demanda o levantamento de dados que são originários de várias fontes, podendo ser realizada a partir de consulta documental ou também designada de fonte primária ou pesquisas bibliográficas, também denominadas de fontes secundárias (MARCINI, 1996).

b) Análise das entrevistas e Grupo Focal

Para o tratamento do material advindo das entrevistas e do Grupo Focal, utilizamos análise temática (MINAYO, 1994) subsidiada com materiais procedentes da análise de documentos, dos dados secundários e do suporte teórico desta pesquisa, com objetivo de garantir a confiabilidade do estudo a partir da articulação das fontes, configurando triangulação dos dados. Para Martins (2006, p. 87), “a triangulação dos dados e o encadeamento de evidências, eventualmente realizados junto ao trabalho de campo, irão dar força, confiabilidade e validade aos achados da pesquisa e conclusões formuladas.”

A análise temática em Minayo (1994, p. 208) está ligada a “uma afirmação a respeito de determinado assunto” que pode ser destacada a partir da identificação de uma palavra, frase ou de um resumo. Para a autora, a análise temática se faz a partir da descoberta dos núcleos de sentido que são manifestos nas falas dos sujeitos, produzindo significado ao objetivo analítico visado.

O material empírico foi submetido a etapas para a operacionalização da análise temática: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 1994; GOMES, 1994).

Na pré-análise realizamos a leitura do conjunto do material obtido nas entrevistas e no grupo focal, conformando um *corpus* de forma que o mesmo contemple as normas de validade: exaustividade (em relação ao material levantado nas entrevistas), representatividade

(universo pretendido), homogeneidade (obediência a critérios para escolha dos temas) e pertinência (documentos adequados aos objetivos do trabalho) (SAÚDE, 2006).

A fase de exploração do material procede a codificação em consonância com o trabalho desenvolvido na fase anterior. Na última fase passamos a desvendar os conteúdos subjacentes das entrevistas com gestores, prestadores e usuários, realizando a interpretação a partir do quadro teórico elaborado e de contribuições teóricas indicadas pela leitura (SAÚDE, 2006).

No processo de articulação e rearticulação dos núcleos de sentidos foi definido o tema central: o acesso dos usuários aos serviços de saúde da rede pública. Para fins de sistematização este tema foi conformado a partir de quatro subtemas, os quais mantêm íntima relação: a) a rede de atenção de saúde no espaço local; b) o acesso na Atenção Básica: as várias portas de entrada; c) organização do acesso à Média Complexidade; e d) relações conflituosas na rede de atenção.

As fontes documentais foram analisadas a partir da leitura e interpretação de extrato importante para a referência do acesso à atenção de saúde. Os dados quantitativos produzidos a partir do estudo do perfil dos usuários do sistema público de saúde que acessam o PS subsidiam a discussão e análise do acesso dos usuários à rede de atenção pública de saúde no município de Ijuí/RS.

Para Martins (2006), a confiabilidade de um estudo de caso pode se dar a partir da utilização de várias fontes de evidências e a significância dos resultados terá maior qualidade na medida em que as técnicas para obtenção dos dados advirem de múltiplas fontes. Para o autor, a convergência de resultados advindos do universo de fontes oferece bom grau de confiabilidade ao estudo, uma vez que a triangulação dos dados permitirá que as descobertas de um estudo de caso sejam convincentes e acuradas.

5 – A rede de atenção de saúde no espaço local

A partir dos resultados preliminares obtidos por meio dos dados empíricos aparece como primeiro tema a presença da Universidade na ampliação da rede básica de Ijuí. Esse tema nos remeteu a compreender como ocorreu a conformação da rede de atenção local; assim, buscamos nos relatos históricos a reconstituição dessa história. Esse primeiro capítulo assumirá, portanto, um caráter mais histórico, que nos permitirá fazer uma releitura do contexto atual.

5.1 A conformação da rede de atenção pública

A constituição dos serviços de saúde no município de Ijuí/RS segue a lógica das ações desenvolvidas no século 20 em todo o território nacional, as quais passam a estruturar em maior ou menor escala a rede de atenção de saúde no Brasil.

A história da configuração dos serviços de saúde em Ijuí está diretamente associada à chegada de profissionais médicos na primeira metade do século 20. Até os anos 20 Ijuí contava com o trabalho de médicos que eram egressos de universidades alemãs, bem como de ex- enfermeiros práticos que obtiveram formação por ocasião da 1ª Guerra Mundial.

Estes profissionais anunciavam seus serviços (WEINMANN, 2006, p. 43) “como especialistas em alta cirurgia, doenças de senhora, doenças de crianças”. Em 1933 foi inaugurada a Casa de Saúde São Roque, instituição que possibilitou o atendimento clínico e cirúrgico para os moradores das colônias próximas, permanecendo até o ano da fundação do Hospital de Caridade de Ijuí/HCI, sendo então extinta.

O HCI foi construído no início da década de 30, sendo inaugurado no ano de 1940, cuja administração coube às religiosas da Congregação Sagrado Coração de Jesus. O segundo pavilhão, sua remodelação e a modernização de estruturas já existentes, ocorrem em 1972. A

partir da década de 90 o HCI amplia sua estrutura física, assumindo a liderança em projetos de assistência hospitalar e, atualmente, constitui-se em um hospital com 230 leitos, desenvolvendo atividades assistenciais que requerem a disponibilidade de tecnologias de média e alta densidade tecnológica.

Nos anos 50, no que se refere à assistência à saúde, aqui entendida como atendimento médico, era realizado exclusivamente por uma unidade federal denominada de Samdu.¹⁷ Nos anos 60, com a construção de sede própria do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), o serviço foi ampliado para a população previdenciária. Concomitantemente identificamos que foi criado pela municipalidade um serviço destinado ao atendimento da população carente que dependia exclusivamente da filantropia, principalmente a exercida pelo hospital local, e também dependentes da ação de algumas pessoas da comunidade, denominado de Bem-Estar.

Relatam Souza et al. (1997), que em 1973 foi instituída a Secretaria Municipal de Saúde, Trabalho e Ação Social (SMSTAS) pela Lei n. 1392/73, cuja ação prioritária constituía-se no cadastramento da população carente para o fornecimento de carteira de atendimento, principalmente junto ao HCI. Este serviço realizava ações de controle da natalidade mediante convênio com a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar do Brasil (Bemfam), a distribuição de anticoncepcionais e programas para reduzir o câncer de colo uterino e de mamas entre as mulheres de baixa renda. A SMSTAS teve como foco prioritário ações preventivas destinadas às mulheres pobres que, posteriormente, foram ampliadas para toda a população.

Na década de 80 a SMSTAS passa a realizar ações de saúde nas creches locais, resultantes do movimento das mulheres trabalhadoras e, progressivamente, essas ações são absorvidas pela SMSTAS. A ampliação da ação da SMSTAS não ocorreu em função da

¹⁷ Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social. Este serviço foi instituído em Ijuí em 1956, atendendo à população nas 24 horas com a disponibilização de médicos e profissionais de enfermagem.

incorporação de novos serviços de saúde, mas sim do aumento dos serviços de encaminhamento de doentes para hospitais, auxílio funeral e auxílio alimentação, direitos comumente associados a grupos populacionais reconhecidos como indigentes.

A SMSTAS contava, na década de 80, com uma unidade de saúde localizada em um prédio denominado de “Tiro de Guerra”¹⁸, local em que realizavam consultas médicas, atendimento de enfermagem e nutrição para a população carente. A ampliação da rede municipal de saúde somente se inicia com o convênio que estabelece a Fundação de Integração, Desenvolvimento e Educação do Noroeste do Estado (Fidene), mantenedora da Universidade de Ijuí (Unijuí) com a Prefeitura de Ijuí, a partir de 1982. Isto possibilitou a construção de ambulatorios na área urbana e rural com recursos externos que, ao final da sua execução e estabelecimento, foram repassados para a administração municipal como patrimônio público.¹⁹

Souza et al. (1997) comentam que foi nesta época que a SMSTAS ampliou significativamente a sua rede de atenção, passando de uma unidade urbana para seis, e duas rurais. O município contava na época com ação de três unidades básicas de saúde ligadas à Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul (SSMA/RS) e um Posto de Atendimento Médico (PAM) do Inamps. As ações de saúde da SMSTAS realizadas pelos profissionais médicos eram de caráter individual e as dos profissionais enfermeiro e nutricionista tinham caráter mais ampliado e eram direcionadas às mulheres em idade fértil. As ações eram realizadas de forma descentralizada, à exceção do trabalho destinado à saúde das mulheres, característica que predomina na forma de organização da rede. O trabalho desenvolvido com as populações rurais limitava-se à atuação de agentes de saúde com o acompanhamento semanal do trabalho médico e de enfermagem.

¹⁸ Nome que denominava a estrutura militar existente anterior à criação do 17º Grupo de Artilharia de Campanha (17º GAC), com sede em Ijuí. O prédio onde foi instalada a Secretaria Municipal de Saúde foi doado para o poder público municipal anos mais tarde.

¹⁹ Na década de 80 a Fidene desenvolveu projetos de extensão na área da saúde com financiamento externo, os quais foram embrião da atual rede de atenção básica do município de Ijuí/RS.

A criação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ocorreu em 1990 por intermédio das Leis Municipais nº 2523/90 e nº 2588/90, de maio de 1990, que tratam, respectivamente, da estrutura e das atribuições. O Conselho Municipal de Saúde (CMS), por sua vez, foi instituído pela Lei nº 2617/91, com emenda à Lei Municipal nº 3335/97, e o Fundo Municipal de Saúde (FMS), em 1991, pela Lei nº 266.

O primeiro Plano Municipal de Saúde (PMS) foi elaborado em 1987 e revisto em 1999 por ocasião do processo de habilitação à modalidade de Gestão Plena da Atenção Básica. O referido documento (IJUÍ, 1999, p. 6)²⁰ reafirma a importância que desempenha a Secretaria de Saúde na garantia de ações de promoção de saúde, as quais se realizam por meio de programas que permitam a participação efetiva da comunidade na sua elaboração, execução e fiscalização.

Aponta ainda o documento a necessidade de readequação da estrutura física e a reorganização do atendimento prestado nas unidades básicas, tendo em vista adequações à legislação vigente, bem como as demandas manifestas pelos usuários. Como ações prioritárias sugere a necessidade de fortalecer a assistência primária, ampliação de investimentos em recursos humanos e materiais, instituição de novos programas e projetos com base nos parâmetros epidemiológicos que deverá guiá-los, minimizando os problemas de saúde da população.

5.2 A presença da universidade na ampliação da rede básica

A conformação da atual rede de Atenção Básica no município de Ijuí/RS tem sua origem na contribuição que desempenhou a Fidene²¹ na manutenção do Ensino Superior no

²⁰ Estas informações foram extraídas de documento mimeografado que foi encaminhado para a 17ª CRS por ocasião da adequação do mesmo à legislação em vigência.

²¹ Fundação de Integração, Desenvolvimento e Educação do Noroeste do Estado do RS, mantenedora da atual Unijuí, fundada em 1968 para dar continuidade à obra iniciada por religiosos (PASCHE, 1995).

interior do RS. Sua contribuição inicia quando inaugura a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras (Fafi), em 1956. Segundo Marques (1984, p. 32), “significou a concretização de aspirações dos capuchinhos gaúchos e de reclamos das camadas médias da população local, em face do contexto em que, no país, os canais de ascensão social se deslocavam em direção à procura de graus escolares”.

Esta instituição que nasce da Ordem dos Frades Menores Capuchinhos²² desde seu início teve papel importante na discussão de temas relevantes para os segmentos populares de Ijuí e região. Objetivava ser um centro de irradiação de cultura pautada por princípios da humanização, da libertação do espírito na busca do conhecimento individual e da natureza para proposição de alternativas compatíveis com a realidade local e regional a partir do convívio com a realidade circundante.

Pasche (1995, p. 15) afirma que Ijuí, no início da década de 50 do século passado, era um centro de destaque econômico ligado à agricultura e indústria. Este vai ser o cenário favorável para a instituição da terceira faculdade no interior do Estado, revelando a efervescência que vivia a cidade na Região Noroeste, última fronteira aberta no Rio Grande do Sul. A Fafi, desde a sua criação, passou a ser uma das mais importantes instituições articuladoras dos anseios e necessidades sociais e políticos da região, marcando fortemente seu papel no desenvolvimento político, social e cultural da região.

Esta prática passa a ser a sua marca que tem na extensão a fonte de alimentação e desenvolvimento das práticas e discussões acadêmicas, da mesma forma em que passa a se constituir em uma marca de enfrentamento ao poder instituído nas décadas seguintes por meio dos governos militares.

²² Esta ordem foi fundada por São Francisco de Assis no século 12, como um dos mais autênticos e representativos movimentos populares da Idade Média. Nasceu no cenário da contra-reforma e em um momento de crise das ordens mendigantes, e pretendia destacar o papel contemplativo eremítico do franciscano, fato que não o impediu de atuar de forma decisiva junto as massas populares por ocasião das grandes epidemias que assolavam a Europa neste período (MARQUES, 1984).

A partir da década de 80 a Instituição prepara-se para assumir o estatuto de universidade e, desta forma, passa a se denominar Centro Integrado de Ensino Superior do Noroeste do Estado do RS, quando dá cumprimento às demandas do Conselho Federal de Educação (CFE). Em 1986 passa à condição de universidade, denominando-se Universidade de Ijuí (Unijuí) e na década de 90 assume dimensões de universidade regional.

Foi na década de 80 que a Instituição criou o curso de Enfermagem e Obstetrícia, fato que desempenha papel importante na discussão de temas que envolvem a saúde das populações dos espaços urbanos e rurais de Ijuí. Foram realizados estudos no sentido de acolher as demandas das populações sob sua área de influência, e dentre as demandas apresentadas, principalmente nas camadas populares, situava-se a saúde e as dificuldades de acesso aos serviços existentes na época. Desta forma, em 1975 foi apresentada uma proposta de intervenção na área da saúde denominada de “Projeto de Saúde Comunitário”²³ que vai ser o embrião da proposta do curso de Enfermagem.

Em Ijuí, na década de 80, os serviços de saúde eram predominantemente realizados por meio de serviços privados, os quais, segundo Kopf (1992, p. 68), eram

[...] representados pelo exercício liberal da medicina através de consultórios médicos e de um único hospital, e de outra parte, pelas instituições públicas de saúde que representavam a clássica dicotomia: assistência e previdência, de cunho curativo e individual, e assistência prestada pelos chamados órgãos de saúde pública, direcionada às populações excluídas do sistema previdenciário ou privado.

O sistema de saúde existente em Ijuí na década de 80 era formado por um hospital (HCI), e que foi acrescido durante a década de mais dois – Bom Pastor e Hospital do Distrito de Coronel Barros – duas unidades ambulatoriais da Secretaria de Saúde, uma unidade ambulatorial do Inamps e uma unidade da Secretaria Municipal de Saúde. Estas se

²³ Este projeto foi elaborado pela Fidene por meio do Instituto de Pesquisa e Planejamento (IPP) que elaborou um diagnóstico das condições de saúde. Apresentou-se na época um projeto piloto denominado de Saúde Integral que buscava redefinir o papel das instituições envolvidas e que previa a criação de cursos de Graduação e Pós-Graduação em Saúde Pública (ROCHA et al., 1989).

localizavam no espaço urbano e havia algumas unidades ambulatoriais em empresas e sindicatos de trabalhadores (KOPF, 1995).

Com a ação desenvolvida a partir do curso de Graduação em Enfermagem, a instituição passa a realizar um conjunto de atividades de extensão objetivando consolidar a formação deste profissional, bem como, a partir deste, identificar necessidades e potências existentes nas comunidades urbanas e rurais. Foram desenvolvidos projetos que deram origem à rede de Atenção Básica do município de Ijuí atualmente.

Pasche (1995, p. 134), ao estudar a inserção da Universidade de Ijuí²⁴ no campo da saúde, destaca três programas de extensão que tiveram papel significativo na estruturação da rede de atenção. O primeiro refere-se ao projeto denominado Saúde Comunitária de Aracy Cervis, comunidade rural que herda as lutas do movimento pela instauração de um projeto de saúde comunitária por intermédio da Cotrijuí na década de 70. A então Escola de Enfermagem da Fidene passa a ter a responsabilidade técnica pela manutenção de um ambulatório de saúde rural que contava principalmente com ação de agentes de saúde. Afirma ainda o autor que:

Além do interesse em desenvolver práticas de saúde na zona rural, até então, completamente desassistida no Município, a Escola encontra na experiência de Aracy Cervis uma possibilidade real de constituição de campo de estágio, um dos pontos críticos para a implementação do ensino na área da saúde pela Universidade de Ijuí.

Neste período também são identificadas ações em diferentes bairros e estruturação de um serviço de saúde em uma unidade do Centro Social Urbano de Ijuí.²⁵ O segundo projeto que vai contribuir na formação da rede de Atenção Básica de Ijuí a partir da Universidade, foi financiado com recursos externos, denominado de projeto Ford. O referido projeto tinha por objetivo abranger cinco comunidades rurais (Rincão da Lage, Salto, Saltinho, Boa Esperança e São Valentim), bem como dois bairros da cidade (Pindorama e Thomé de Souza).

²⁴ Dissertação de Mestrado da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, 1995.

²⁵ Centro Social Urbano (CSU) era uma unidade vinculada à Secretaria Estadual de Trabalho e Ação social do Estado do RS e passa a integrar a rede a partir de 1986 quando da descentralização dos serviços.

Afirma Pasche (1995, p. 149) que:

Tanto para as áreas urbanas como para rural, havia a precisão da construção de um serviço de saúde (ambulatório). O ambulatório da zona rural, instalado junto à escola da comunidade de Rincão da Lage, foi inaugurado em 15 de setembro de 1984; o da zona urbana foi instalado no bairro Pindorama e foi inaugurado em 03 de setembro de 1984.

Este projeto previa, em contrapartida do poder público municipal, o compromisso de, findo os recursos externos para sua efetivação, assumir a responsabilidade de continuar as ações e serviços de saúde, fato que efetivamente aconteceu no espaço urbano após muita pressão por parte de seus moradores. Na zona rural permaneceram apenas os agentes comunitários com a função de realizar visitas e procedimentos básicos em saúde uma vez que as atividades foram desativadas no ambulatório.

O terceiro projeto desenvolvido pela Universidade de Ijuí foi denominado de Saúde Comunitária Urbana e Rural (Projeto EZE),²⁶ que perdurou de 1985 até 1988. Foram desenvolvidas atividades no bairro Luiz Fogliato e na comunidade do Distrito de Chorão. A escolha das comunidades pautou-se por critérios de dificuldade do acesso aos serviços de saúde, bem como a capacidade de mobilização destas comunidades. O ambulatório contava com o trabalho realizado por duas agentes de saúde, um médico que realizava atendimento uma vez por semana e com a supervisão de uma enfermeira.

Pasche (1995, p. 163-164) afirma que

todos os profissionais foram contratados via Ações Integradas de Saúde (CIAS). Além disso, foram organizados alguns grupos de trabalho, dentre os quais o grupo de estudos sobre ervas medicinais e os grupos informais dos núcleos do Coqueiro e do Piratini, que reuniam mulheres para discussão de temas escolhidos por elas.

Os projetos desenvolvidos pela Unijuí contribuíram para a conformação da rede de atenção nos bairros Thomé de Souza, Luiz Fogliato e Pindorama e os serviços ainda

²⁶ Evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe – Instituição alemã mantedora do projeto denominado de EZE (abreviatura).

existentes na zona rural com agentes de saúde e auxiliares nas comunidades do Chorão e Aracy Cervis, embriões da atual rede.

A universidade desempenhou na década de 80, importante papel fomentador das discussões sobre a organização dos serviços de saúde por meio de eventos culturais, tais como os seminários regionais de saúde. A partir da conformação do SUS e da sua operacionalização por intermédio do processo de descentralização, foi perdendo a liderança e a capacidade de conduzir as discussões e modificações do modelo de atenção que passa a ser estruturado. Fica com sua ação restrita à participação junto ao Conselho Municipal de Saúde (Comus) e a inserção pontual mediante estágios curriculares dos diferentes cursos de Graduação que mantém atualmente de Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia, Educação Física e Serviço Social.

Sobre o papel que a Universidade desempenhou na conformação da rede de Atenção Básica manifesta-se o entrevistado:

A partir da década de 80, com os cursos da universidade na área da saúde, Enfermagem e Nutrição, começaram a ser trabalhados alguns projetos na área de atendimento e de assistência à saúde em algumas comunidades do meio rural. Com isso, também foram se introduzindo novos postos de saúde no meio urbano, onde a prefeitura começou a assumir esses postos. Foram incluídos inicialmente a partir das demandas sociais e pedidos da comunidade e pelo que eu tenho conhecimento, sem um planejamento não só circunstanciado, mas também longe de ser um planejamento estratégico. E essa relação perdura até hoje, e a partir da década de 90 começou a se trabalhar em cima de um planejamento. Início de um planejamento municipal de saúde em 1999 e 2000 que se começou a incutir a idéia de um planejamento, ao menos alguns aspectos de planejamento e assim se inseriu os ambulatorios com os seus programas e projetos (EG3).

O entrevistado revela que os projetos desenvolvidos pela universidade não foram objeto de um planejamento entre esta e o poder público municipal. Sobre esta dimensão manifesta-se Pasche (1995, p. 145) afirmando que a decisão sobre onde e como estes serviços foram alocados não contaram com a mediação do poder público, fato que vai mais tarde gerar conflito entre as instituições, uma vez que

a falta de integração entre os serviços e, em especial, a falta de integração entre a proposição da Universidade e as práticas executadas pelos serviços públicos de saúde faziam com que as ações executadas nas comunidades não encontrassem respaldo nos serviços oficiais, amputando-lhes a possibilidade de realização de trabalhos conjuntos a partir da estruturação da referência e contra-referência.

Ao longo da década de 80 vai perpassar na formação da rede um alto grau de dificuldade de aproximação entre as instituições que executavam ações e serviços de saúde. Esta dificuldade foi expressa na oportunidade da criação de uma Comissão Interinstitucional de Saúde do Município de Ijuí (Cismi). Tinha ela a função de compreender a ação dos diferentes setores e a busca de ações conjuntas em um contexto que antecedeu a criação do SUS, com os embates inerentes de um projeto que se desenhava no cenário social brasileiro.

Este fato, ao mesmo tempo em que apresenta a forma como a rede de saúde é tecida no território municipal, também vai revelando os conflitos que vão perpassar toda a sua organização. De certa forma a universidade inicia sua ação a partir do modelo da saúde comunitária apregoada à época a partir da Conferência Mundial de Alma-Ata (MENDES, 2001c). Esta coloca a atenção primária de saúde como meta a ser atingida por todos e, ao reconhecer que a saúde é um direito humano fundamental, coloca a população como protagonista deste direito e do dever de participar individual e coletivamente no planejamento e na execução dos cuidados de saúde.

Os programas de graduação que foram instituídos na universidade a partir dos anos 80 na área da saúde incorporam as discussões feitas a partir da Atenção Primária de Saúde: Enfermagem (1980), Nutrição (1981) e seus currículos foram modificados para responder à formação em consonância com os princípios do SUS, em 1988. Os cursos de Farmácia (1997) e Fisioterapia (1999) incorporam na elaboração de seus projetos político-pedagógicos as diretrizes da formação de recursos humanos em saúde em consonância com o SUS, desafio cotidiano posto para o conjunto dos professores, alunos e instituições colaboradoras.

***6 – O acesso na Atenção Básica:
as várias portas de entrada***

Identificamos no acesso à Atenção Básica,²⁷ no município de Ijuí, múltiplas portas de entrada na rede pública de saúde. A primeira segue a tradição das unidades convencionais de atenção à saúde como as experiências identificadas em distintas regiões do Estado brasileiro. A segunda porta de entrada está estruturada a partir de ESF. A terceira porta refere-se ao Pronto-Atendimento, denominado na cidade de Ijuí de Pronto-Socorro (PS), mantido pelo HCI. A quarta porta de entrada para obtenção de atenção básica se dá por meio do atendimento realizado pelo Hospital Bom Pastor (HBP).

Em Ijuí, quando analisamos o acesso à Atenção Básica, identificamos um conjunto de unidades de saúde que guardam semelhanças entre si em relação ao processo de organização da atenção e em infra-estrutura, conformando um conjunto de Unidades Convencionais de Saúde localizadas nos bairros Jardim, Modelo, Boa Vista, Mundstock, CMS, Penha, Posto Central, CSU e Rural. Também existem unidades de saúde conformadas por Equipes de Saúde da Família localizadas nos bairros Luiz Fogliato, Pindorama, Thomé de Souza, Glória, Tancredo Neves e Herval.

6.1 Unidade Convencional de Saúde (UCS)

Neste estudo adotamos a terminologia de Unidades Convencionais de Saúde (UCS), quando nos referimos às unidades tradicionais de saúde.

Para Mendes (2001a), 73,3% das unidades que realizam a Atenção Básica de saúde são constituídas por unidades denominadas de convencionais. Estas, por sua vez, têm como características o atendimento à demanda espontânea dos usuários por atenção médica e também podem desenvolver um conjunto de ações programáticas com maior ou menor capacidade de organização. Para o autor, estas unidades de saúde, ainda que apresentem

²⁷ A Portaria do Ministério da Saúde n. 648/2006 que regula a política nacional de Atenção Básica define este nível de atenção como sendo as ações de saúde destinadas à promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento, reabilitação e manutenção da saúde individual e coletiva.

características locais/regionais, têm em comum o fato de possuir ou não uma população base sob a qual as ações de saúde são organizadas, avaliadas e reguladas, bem como ausência de instrumentos de gestão da clínica modernos, tais como: protocolos clínicos, gestão de patologias, gestão de casos, entre outras.

Em Ijuí/RS, os usuários acessam os serviços das unidades convencionais na busca por atendimento médico, odontológico, nutricional, psicológico e de enfermagem. É estabelecido diariamente o número de atendimentos para cada profissional, que são distribuídos sob a forma de agendamento e/ou fichas, os quais integralizam 12 consultas médicas, 8 odontológicas e de nutrição e 4 de psicologia por turno de trabalho.

Não existe uma rotina em relação ao atendimento realizado principalmente por médicos nestas UCS, tendo em vista que estes possuem vínculos de trabalho de 15 horas semanais, fato que os leva a permanecer no máximo três horas diárias junto aos serviços. Este cenário possibilita aos profissionais estarem exercendo concomitantemente outras atividades, as quais passam a determinar a dinâmica de organização de seu trabalho na rede de Atenção Básica.

É possível, a partir desta verificação, apontar a existência de limites em relação ao acesso dos usuários ao serviço, uma vez que este está orientado pela agenda dos profissionais de saúde. Estes limites nos remetem ao que Reis et al. (1999) afirmam sobre alguns atributos referentes ao acesso quando estão vinculados às variáveis relacionadas aos profissionais de saúde. No cenário investigado observou-se e se constatou que o que organiza a oferta dos serviços de saúde é definido a partir dos interesses individuais dos profissionais, portanto não se constitui como usuário centrado.

Assim, não existe regularidade no que diz respeito ao horário de atendimento médico, fato relacionado com as múltiplas agendas deste profissional, ficando a seu critério a organização da sua agenda na UCS.

Evangelista et al. (2005) discutem que deveria haver uma adequação entre os recursos para atenção de saúde e as características da população, o que não foi possível ser observado no cenário de pesquisa. Constatamos que para o atendimento médico e odontológico a forma de organização se faz a partir da distribuição diária de fichas. Essa lógica de distribuição de fichas só é alterada a partir de algumas situações específicas, como as reconsultas, consultas para idosos, trocas de receitas médicas e solicitação de exames especializados, os quais demandam agendamento prévio. A diferença entre a oferta e o agendamento resulta em disponibilização de oferta de atendimento. Essa demanda é contabilizada diariamente ao final do turno de trabalho pela enfermeira, orientando a oferta de atendimento para o dia seguinte. Essa informação é repassada aos usuários, por meio de cartazes, imediatamente anterior ao fechamento da UCS. Ao obterem a informação da disponibilidade de atendimento dos diferentes profissionais acontece uma auto-regulação e/ou negociação do acesso pelos próprios usuários.

Agora é uma briga pra tu arrumá uma ficha, mesmo que eu estou com 66 anos, para tu agendar uma ficha tu tens que ir de madrugada lá. Eu não vou passá a noite inteira lá pra tira uma ficha. Bom, depende de quantas pessoas tem, é, eu não sei se é sete ou seis (EU2).

É possível verificar na fala do usuário as dificuldades encontradas para o acesso aos serviços de saúde, uma vez que estes se submetem a longas esperas noturnas. Por ocasião da observação desta investigação, constatou-se a culpabilização do usuário pelos funcionários que, segundo estes, a garantia do acesso está relacionada à necessidade de o usuário chegar mais cedo na fila de espera.

Verificamos a inexistência de instrumentos de gestão da clínica, citados anteriormente por Mendes (2001a), os quais poderiam orientar a organização do acesso dos usuários aos serviços, tendo como referência o perfil sanitário, e equalizar as demandas dos usuários com a oferta das ações. Este modelo de organização transfere, portanto, para os usuários, a

responsabilidade de garantir o acesso, penalizando os segmentos populacionais mais vulneráveis. Este contexto adverso tem levado os usuários de uma forma ou outra a “contratar”²⁸ uma pessoa para permanecer na fila e obter o acesso ao atendimento.

No esgotamento da oferta de atendimentos, a enfermeira “negocia” com os profissionais da unidade uma vaga na agenda diária ou encaminha para um profissional de outra UCS, de acordo com a disponibilidade de vagas e do aceite dos mesmos. Esses encaminhamentos são efetivados mediante contato telefônico e, se não houver sucesso, o usuário é encaminhado para o PS/HCI. Essa avaliação do encaminhamento do enfermeiro não está sustentada em um protocolo clínico ou de acolhimento.

Esta lógica de organização da oferta dos serviços na unidade básica gera duas situações importantes. A primeira diz respeito ao fato de que o usuário conhecedor do modelo instituído tem que competir ou negociar entre seus pares a garantia do acesso. A segunda é que, não obtendo sucesso em relação ao acesso via encaminhamento, este passa a ter que peregrinar em outras unidades e/ou ao pronto-atendimento, buscando a obtenção do acesso ao atendimento desejado.

Foi possível evidenciar que esse modelo de organização do acesso traz inúmeros transtornos para os usuários, como exposição a riscos, desconforto e falta de comodidade, o que pode ser verificado na fala dos usuários.

(Ficamos) No relento (exposto ao tempo) do tempo porque não tem, tem um banco lá, um banco nivelado (risos) (EU3).

(Tem) Uma sacadinha duns 60 cm, que se o sereno é meio forte, você se molha tudo, que não tem como tu, aí tu vais 4, 4 e meia da (manhã) daí tu fica lá, lá fora esperando até às 7, às 7,30, quando elas abrem (EU1).

O problema é que às 6 (horas) e pouco eles começam a largar o pessoal do albergue, os albergados e daí ninguém vai sozinho lá pegar ficha, daí vira aquele tumulto porque todo mundo claro, todo mundo tem medo de ser assaltado (risos). Não tem nada. Isso que teria que ter pelo menos um guarda ali para cuidar. Porque os albergados que saem dali nunca é garantido, já tão ali porque não é boa coisa (EU5).

²⁸ Grifo nosso. É prática corrente na rede municipal de saúde em Ijuí os usuários sublocarem as filas para obterem uma fonte extra de recursos financeiros.

A fala dos usuários é reveladora da ausência de cuidados, no sentido *lato sensu*, para com os mesmos. Referem-se à falta de infra-estrutura que possibilite o mínimo de condições de conforto e ambiência para a espera do atendimento, o que pode ser verificado *in locus* pois os mesmos aguardam fora do prédio da UCS, o qual não oferece acesso a sanitários públicos e segurança física. Isto é relatado pelos usuários quando se referem aos albergados, uma vez que uma das unidades de saúde fica próxima de uma unidade prisional na modalidade de regime semi-aberto.

Com relação ao discutido até então, concordamos com Fekete (1995) e Donabedian (1973) quando dizem que os usuários possuem necessidades distintas em relação ao contexto do processo saúde/doença exigindo, portanto, diferenciação de atendimento em relação a suas especificidades e que essas estão diretamente relacionadas a fatores socioorganizacionais, constituindo-se como indicador da qualidade dos serviços de saúde.

Verificamos que a demanda excedente das UCS não é absorvida por nenhum serviço público próprio, uma vez que não existem mecanismos que regulam essas situações. Mesmo existindo uma UCS no município que permanece aberta por 12 horas contínuas, a mesma não está organizada na modalidade de um PS. Por consequência, não absorve a demanda excedente das demais, levando os usuários a serem encaminhados diretamente para o PS do HCI.

Diante do que foi observado e ante a fala do gestor evidenciam-se contradições na mesma, uma vez que a afirmação do gestor é de uma contratualização para o suporte à rede nos períodos em que esta se encontra fechada por diferentes razões.

Esse convênio é (de) atendimento ambulatorial em horários em que as unidades de saúde estão fechadas em expedientes posteriores e finais de semana e feriados. Então ao meio-dia, depois das 17h, durante os sábados, domingos e feriados, o atendimento também é no HCI. Assim, esse é o convênio. É obrigatoriedade do município as 24 h (atendimento). Se você não puder ter o seu suporte (próprio) na unidade, então é necessário que você contra-referencie. A nossa contra-referência, no caso, seria o HCI, por isso nós pagamos (EG3).

Há, atualmente, em vigência, dois convênios entre o poder público municipal e o HCI, os quais normatizam a prestação de serviços de saúde na área da Atenção Básica e médico hospitalar.

O convênio 002/2007, estabelecido para a prestação de serviços de assistência à saúde na área da Atenção Básica, encontra-se amparado na Lei Municipal n. 4.643, de 17/1/2007. Integra o referido convênio atendimentos e procedimentos da Atenção Básica vinculada à clínica geral, pediatria, ginecologia-obstetrícia, cirurgia geral e ações de enfermagem. O mesmo atende o limite constante na Programação Pactuada e Integrada (PPI), o teto financeiro orçamentário e age em consonância com a capacidade instalada do conveniado, tendo como referência os critérios estabelecidos pela SMS em relação a um conjunto de procedimentos mensais. Na análise do referido convênio não foi possível evidenciar a pactuação de horários e dias específicos, conforme a fala do gestor supracitado, dando margem para que o acesso ao atendimento possa ser realizado a qualquer momento pelo usuário.

Por ocasião da observação junto ao PS/HCI, identificamos um descompasso entre o que desejam os usuários e o que a instituição entende ser de sua responsabilidade enquanto conveniada. Foi possível observar durante a fase de investigação que os usuários que buscavam por atendimento junto ao serviço de pronto-atendimento eram impedidos de o obterem, uma vez que as UCS encontravam-se abertas. Inúmeros usuários retornaram para sua unidade de referência e na sequência PS/HCI informando que não obtiveram acesso ao atendimento na UCS.

Esse fluxo livre dos usuários junto aos serviços na busca do acesso tem uma justificativa plausível na medida em que, quando do trabalho de campo, indagamos aos profissionais de enfermagem sobre a não-formalização dos encaminhamentos das UCS ao PS/HCI, sendo informados de que essa prática foi abandonada porque os profissionais do

PS/HCI não levavam em consideração as avaliações dos profissionais da Atenção Básica. Segundo os profissionais esse fato teria sido levado ao conhecimento do gestor municipal e, por não obterem apoio, decidiram pelo abandono dessa prática formal, ficando assim sob o livre arbítrio do usuário na busca pelo serviço.

Por outro lado, o usuário, ao chegar ao PS/HCI, não é submetido a nenhum critério de acolhimento da sua demanda por profissionais da saúde. São os funcionários do serviço da recepção que definem o acesso ou não do usuário mediante as queixas manifestas. A fragilidade da regulação do acesso a esse serviço gera conflitos cotidianos entre os usuários e os funcionários da instituição, não sendo identificados elementos técnicos mediadores desses conflitos. Com frequência era acionado o serviço de segurança da instituição ou da força militar, convidando o usuário a se retirar do serviço. Também foi possível identificar um estigma em relação aos usuários do SUS que reiteradamente buscavam por aquele serviço, sendo vistos pelos funcionários como “os de sempre”. Este fato contribui na decisão de garantir ou não o atendimento junto ao serviço, uma vez que o critério de necessidade estabelecido no serviço é feito por técnicos administrativos.

É interessante observar que o convênio 002/2007, na cláusula quarta que estabelece outras obrigações do conveniado, institui a obrigatoriedade, em seu inciso II, de atender os usuários da rede pública com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade dos serviços e um atendimento humanizado. Essas orientações contrapõem-se às inúmeras situações conflituosas e à equalização dos mesmos. A fala do usuário se contrapõe a essa cláusula do convênio ao relatar a dificuldade do serviço em relação ao acolhimento de sua demanda.

No hospital é, nunca fui bem atendida. Uma vez fui com dor de dente, voltei com a dor do dente. Não tiveram a capacidade de me dar uma injeção, voltei do mesmo jeito. O pior, sempre tive que pagar consulta (odontológica na rede privada) (EU5).

Apesar das dificuldades de acesso apontadas pelos usuários, verifica-se que a busca desse serviço é constante. No levantamento dos dados secundários junto ao PS no período de 01/2007 a 31/7/2007, foi possível identificar que a demanda efetivada por usuários da rede de Atenção Básica revela uma realidade diversa da fala do gestor em relação ao papel complementar que desempenha o prestador na Atenção Básica. Constatamos que, mesmo existindo fatores “informais” limitantes, a procura pelo serviço nas 24 horas mantém uma constância, conforme pode ser visualizado na Tabela 3.

Tabela 3: Procura pelo atendimento no PS/ HCI, no primeiro semestre de 2007

Horário de atendimento no OS	%
0h às 7h30min	10,6
7h30min às 11h30min	19,6
11h30min às 13h30min	9,6
13h30min às 17h	21,3
17h às 24h	38,9
Total	100,00

Fonte: dados da pesquisa (2007).

Quando analisamos o percentual de atendimentos realizados junto ao serviço em horários em que as UCS encontram-se abertas, identificamos que 40,9% são concomitantes ao funcionamento da rede básica, à exceção das 17h às 7h30min da manhã, quando encontramos 49,5% da procura pelo serviço.

No convênio 002/2007, a cláusula 9ª que trata da prestação de contas, o inciso I estabelece que o conveniado tem como responsabilidade enviar mensalmente o relatório com os comprovantes dos serviços efetivamente prestados, bem como a fatura. Este é, portanto, o único instrumento de gestão que o poder público municipal pactuou para o acompanhamento e avaliação dos serviços prestados pelo conveniado.

Não identificamos instrumento de avaliação em relação à qualidade e satisfação dos usuários, seja por parte do gestor municipal ou por parte do controle social a partir do Conselho Municipal de Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006d), a finalidade da regulação da atenção à saúde é promover adequabilidade das necessidades dos usuários com a capacidade instalada da rede. Na insuficiência dessa, há a possibilidade de contar com prestadores de serviços da rede filantrópica e privada, de forma complementar. Esse relacionamento pressupõe a existência de mecanismos e instrumentos regulatórios que possam garantir uma oferta condizente em quantidade e qualidade.

É auditado item por item, como é pago por serviço prestado, é auditado, eu e o funcionário. A estrutura, por exemplo, de controle de avaliação do município, é pequena. Hoje se tu pega um serviço privado, tipo a Unimed, que tem uma estrutura muito grande para fazer menos. É aí que tá, eu acho que ainda não foi possível a criação realmente de um serviço de regulação. Que nós somos auditores no sentido ainda mais antigo, porque nós não temos estrutura. Porque eu tenho que ter um sistema informatizado, integrado de toda rede para saber (EG4).

A fala citada do gestor revela a inexistência de mecanismos reguladores entre a SMS e o prestador de serviços, diferentemente da experiência relatada pelo auditor ante a iniciativa privada, quando os mecanismos de regulação se fazem presentes. Ele demonstra que a gestão local ainda opera com instrumentos de acompanhamento tradicionais ao se referir como sendo esse um modelo “antigo”.

Nesse mesmo sentido, em relação à falta de instrumentos que orientam o processo de atenção à saúde, evidenciamos que também nas UCS, assim como no PS/HCI, a demanda do usuário encontra pouca ressonância para facilitar o acesso do mesmo.

Nas UCS os profissionais de enfermagem não estão habilitados para acolher as demandas dos usuários a partir de um protocolo clínico de classificação de risco que poderia contribuir para agilizar o acesso do usuário. Verificou-se que é de competência do profissional médico a avaliação e, em raros casos, quando pactuado entre profissionais, é

repassada essa incumbência ao enfermeiro. Esta inexistência de protocolos colabora na fragilidade dos serviços da Atenção Básica, levando ao PS agravos que não necessitariam daquele serviço, gerando sobrecarga, insatisfação e dúvidas sobre a qualidade dos serviços da rede básica, como pode ser observado na fala do usuário.

Nós consultamos aqui na Penha. Ela (mãe) tem problema de diabetes, osteoporose, tem também problema na cabeça. Aí eu precisava levar ela no ambulatório da Penha. Nas últimas vezes que ela agravou mesmo eu levei ela. Chegando lá, eles me mandaram ir para o hospital. Fui para o hospital, chegando lá no plantão era o dr. X atendendo. Ele atendeu minha mãe e deu um sorinho e mandou ela embora, voltamos para casa. Fiquei dois dias com ela em casa, levei de novo no postinho. O doutor me encaminhou de novo para o hospital com a baixa (internação). Com a baixa, fui para o hospital, terceira vez. Infelizmente foram quatro vezes que fomos atendidos por esse dr X. Mandou novamente, pela quarta vez., ela pra casa. Novamente fui ao ambulatório e o doutor nem olhou ela, do jeito que ela estava meio desmaiada. Falou, leva para lá, entrega essa baixa (internação), diz que eu mandei (EU1).

A experiência relatada pelo usuário revela indícios em relação à resolutividade do atendimento para as demandas do usuário, tanto em relação à Atenção Básica quanto aos serviços contratados. É possível perceber que o usuário encontra-se desprotegido na obtenção do acesso a serviços que garantam os cuidados inerentes a sua saúde. A busca sistemática pelo serviço e os fluxos de encaminhamento revelam uma desresponsabilização de ambos os serviços de saúde.

Este fato nos remete à questão da gestão local em relação à concretização de um dos aspectos operacionais do SUS, o qual aponta para a fragilidade da integralidade da assistência prestada em âmbito local. Nesse sentido, a fala do usuário faz alusão à existência de limites em relação ao acompanhamento, cumprimento e execução das diretrizes dos SUS no sistema local, o qual deveria observar as orientações emanadas das instâncias gestoras, conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

Outro elemento que colabora para as dificuldades de acesso do usuário nas UCS diz respeito ao quadro de recursos humanos. No caso dos profissionais médicos, clínicos gerais e pediatras possuem uma jornada de trabalho média de 3 horas/dia, organizadas a partir da

oferta de 12 atendimentos (fichas/consultas). Como o contrato de trabalho é de 15 horas semanais para médicos, estas são efetivadas a partir de arranjos pactuados entre o profissional e o gestor, sem a intermediação dos demais trabalhadores das unidades. Este fato é desencadeador de conflitos entre os usuários e demais trabalhadores da saúde, uma vez que não é possível assegurar a regularidade do acesso ao atendimento médico.

Essa falta de regularidade no acesso ao atendimento não é restrito apenas aos médicos, uma vez que identificamos na fala dos usuários situações semelhantes com outras categorias profissionais, como pode ser verificado a seguir:

Ela (usuária) tem um nenê prematuro. Nasceu de 7 meses e o SUS é obrigado a dar leite NAN porque ela tem que tomar. Só que daí aconteceu que ela levou no postinho. Eles só liberam o leite se a nutricionista pesar. Só que a nutricionista estava de férias e ela (enfermeira) não ia pesar a nenê, vindo embora sem o leite, e que ela tinha que ir lá ao Postão. Só que ela disse (usuária) que já tinha ido lá essa semana e lá disseram que tinha aqui no postinho da Penha pra dar a ela. Só que hoje de manhã, foi ali, naquele solão (sol forte) com o nenê e chegou ali e diz que nem pesaram a nenê porque a nutricionista estava de férias. Será que não tinha nenhuma enfermeira? Ninguém capacitado pra pesar? Simplesmente só pesar a criança? E liberar. Ela não tem condições de comprar o leite para a criança. Sim, daí hoje de tarde ela ia recorrer ao irmão dela que era mais de brigá assim pelas coisas pra vê se ele ia conseguir, senão ela disse que não tinha R\$ 15,00 para pagar por uma lata de leite (EU5).

A fala do usuário revela que na organização da atenção existe uma fragmentação do processo de trabalho dos profissionais de saúde da UCS. Essa situação converge com a discussão em relação à integralidade da assistência e à regularidade do atendimento, discutidos anteriormente. Outra situação, justificada pelos profissionais, diz respeito à insuficiência de recursos humanos, o que justificaria os encaminhamentos de usuários para outras UCS, fato que leva ao aumento da limitação do acesso uma vez que os usuários são obrigados a concorrer com os demais daquela unidade de saúde.

Segundo Campos (2005), a Atenção Básica, por meio da porta de entrada, tem um papel fundamental na garantia da resolutividade das demandas dos usuários. Quando esta não se efetiva ocorrem problemas em relação ao acesso ao atendimento, impondo aos usuários o retorno freqüente aos serviços de saúde.

Outro aspecto inerente à discussão da resolutividade posta na fala do usuário diz respeito à falta de acolhimento. Sobre isto manifestam-se Franco, Bueno e Merhy (1999) ao relatarem a contribuição que cumpre o acolhimento na Atenção Básica, chamando a atenção para três princípios fundamentais que qualificam a relação do processo de trabalho e tomam o usuário como centralidade para a organização da atenção. O primeiro diz respeito à garantia do acesso universal, uma vez que possibilita atender todos os que procuram os serviços. O segundo princípio refere-se à possibilidade de reorganizar o processo de trabalho na medida em que desloca a centralidade da atenção do médico e coloca como de atribuição da equipe multiprofissional. E, finalmente, desempenha importante papel para a qualificação das relações entre usuários e trabalhadores, uma vez que se assenta em princípios éticos, humanitários e de cidadania.

Com relação à atenção bucal verificamos que das 8 UCS existentes no município, apenas em 4 é ofertado o acesso ao atendimento odontológico, sendo essas responsáveis por garantir a cobertura de 64% da população do município, incluída a população escolar (BRASIL, 2006d). Não existe nenhum mecanismo de regionalização para o atendimento odontológico. O usuário tem livre arbítrio para a busca do acesso ao serviço em qualquer uma das UCS que o disponibiliza.

Integra a rede de atenção odontológica o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), serviço de referência cujo acesso se dá exclusivamente por encaminhamento dos profissionais da odontologia da Atenção Básica. Em 2006 foram realizados 3.372 procedimentos especializados. Por ocasião da observação de campo verificou-se uma demanda reprimida em relação ao acesso a esse serviço, ocasionado pelo número limitado de atendimentos diários – cerca de 15 usuários.

Na UCS esses profissionais possuem jornada de trabalho de 20 horas semanais e realizam 8 atendimentos por turno. O acesso ao serviço por agendamento só é possível para os

usuários idosos, crianças e deficientes. O mesmo mecanismo utilizado para ofertar o acesso ao atendimento médico é também oferecido para o atendimento odontológico. Para esses usuários, portanto, o acesso ao atendimento residual diário é feito sob a forma de filas que regulam o acesso.

Identificamos a existência de atendimento odontológico para crianças de 0 a 3 anos em uma única UCS no Centro Municipal de Saúde (CMS) para toda a população do município nessa faixa etária. O acesso a esse serviço se dá por agendamento a partir dos encaminhamentos dos profissionais médicos clínicos, pediatras e nutricionistas e a indicação da própria comunidade usuária. O acesso ao programa se dá duas vezes na semana com número limitado de 8 atendimentos por turno, e o retorno ocorre por agendamento a cada dois meses. A continuidade da atenção é rompida a partir do terceiro ano de vida da criança, pois desse momento em diante elas passam a concorrer com os demais usuários pelo acesso aos serviços de odontologia nas UCS. Esse modelo de atenção suscita questionamentos em relação à efetividade do programa, tendo em vista que às crianças não é proporcionada a continuidade em relação aos princípios orientadores do programa. Não foi possível identificar nenhum instrumento que possibilite avaliar o impacto do programa sobre a saúde bucal dessas crianças.

A incorporação dessa demanda nos serviços odontológicos na mesma condição dos demais usuários restringe a possibilidade de resolutividade da atenção à saúde bucal, situação que é reafirmada com os dados apresentados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), que aponta que em 2006, em Ijuí, foram realizados 3.972 procedimentos odontológicos de Atenção Básica, representando a cobertura de 0,4% da população, embora o percentual de cobertura pela saúde bucal seja de 25,99%, de acordo com os dados do Ministério da Saúde, disponibilizados até dezembro de 2007 (BRASIL, 2006d, 2008).

Com relação ao acesso aos serviços de fisioterapia para usuários da Atenção Básica, identificamos a não-existência desse profissional na rede. Quando há necessidade desse serviço o mesmo é viabilizado a partir da terceirização via Consórcio Intermunicipal de Saúde (Cisa). Identificamos, entretanto, que existe um conjunto de limitações para o acesso diretamente vinculado ao procedimento adotado no agendamento na SMS. Essa exige do usuário a busca pelo agendamento do atendimento que demanda no mínimo duas vezes entrar na fila: a primeira para solicitar o agendamento e, a segunda, no dia agendado, para retirar a autorização. Pode ainda não obter o acesso em função do montante de recursos liberados diariamente para a compra de serviços especializados via Cisa.

Uma alternativa que se apresenta ao acesso aos serviços de fisioterapia ocorre por meio da Clínica-Escola do curso de Fisioterapia da Unijuí, a qual disponibiliza atendimento para usuários das redes básicas de saúde dos municípios que integram a 17ª CRS, levando-os a concorrer por vagas não somente com os usuários locais, mas também com usuários de 20 municípios.

O acesso aos serviços de Psicologia se dá prioritariamente em serviços de referências que operam com demandas específicas, como é o caso no Caami,²⁹ Caps,³⁰ e SAE.³¹ Foi possível identificar que em apenas uma UCS havia a presença do profissional de Psicologia. Os usuários da Atenção Básica contam atualmente com os serviços mantidos pela Clínica-Escola do curso de Psicologia da Unijuí. Este, por constituir-se em um espaço de formação acadêmica, disponibiliza sua infra-estrutura ao atendimento de diferentes faixas etárias nos três turnos. O acesso a este serviço é feito por indicação dos profissionais da rede básica ou por decisão do usuário. Este serviço funciona durante todo o ano e a sua manutenção se dá a partir de recursos da Universidade, não recebendo, portanto, subsídios da SMS.

²⁹ Caami – Centro de Atendimento aos Adolescentes do Municipal de Ijuí.

³⁰ Caps – Centro de Atenção Psicossocial de Adultos.

³¹ SAE – Serviço de Atendimento Especializado AHV/AIDS.

Verificamos que nas UCS a presença de estagiários de Psicologia possibilita o acesso a partir do encaminhamento dos médicos. Com esse encaminhamento o usuário passa a ter que efetivar o agendamento na UCS. Por integrar a formação curricular do aluno, no entanto, a manutenção deste serviço somente ocorre no período letivo, contando com a supervisão indireta de um docente responsável.

O enfermeiro assume, entre suas atribuições, a gestão da unidade à qual está adscrito. Tem uma jornada de trabalho de 40 horas semanais na UCS, fato que possibilita o acesso dos usuários aos serviços de enfermagem de forma contínua. O enfermeiro tem papel determinante na garantia do acesso ou não dos usuários aos serviços ofertados na UCS, uma vez que organiza a agenda de trabalho dos demais profissionais.

Dentre suas funções assume a coordenação administrativa das UCS, função esta gratificada, e tem como centralidade a gestão dos tempos dos trabalhadores, o controle de materiais e equipamentos.

São também responsáveis pelo trabalho de enfermagem, como profissionais de nível médio, e realizam, dentre suas atividades, ações de educação em saúde, vacinação, curativos, nebulização, administração de medicação injetável, exame de papanicolau e a distribuição de métodos contraceptivos a partir da prescrição médica. Estas ações são realizadas pelo profissional enfermeiro que, dependendo da estrutura física da UCS, mantém ou não a regularidade das atividades que são de sua responsabilidade.

Quando o usuário necessita de um procedimento ambulatorial que demanda maior densidade tecnológica, estes não são realizados nas UCS, e o usuário é encaminhado para agendamento do procedimento no ambulatório de cirurgias ambulatoriais do Hospital Bom Pastor, conveniado para este fim específico. Identificamos que se as UCS não possuem capacidade resolutiva para algumas ações de saúde, o acesso é garantido por meio de serviços conveniados/contratados que atendem a partir de cotas fixadas pelo gestor municipal.

Sobre este convênio manifesta-se o prestador que:

Com Ijuí, nós temos convênio de pequenas cirurgias e o convênio de saúde mental é mais um aporte financeiro de recursos para a obra, que é o auxílio do município. Na verdade é o serviço que o município contratou, nós até oferecemos mais e se tem capacidade instalada para atender um volume maior de procedimentos cirúrgicos e de saúde mental. Porém, o valor repassado é o valor contratado, porque muitos procedimentos são prestados em nível de rede pública municipal e alguns contratados de terceiros (EP1).

A fala do prestador revela que este teria capacidade instalada para ampliar a cobertura ambulatorial nos procedimentos contratados. Referindo à limitação de acesso, que compreende uma lista de espera (fila), presume que o gestor municipal não tem ampliado a compra de serviço em uma instituição filantrópica; entretanto essa é feita via compra de serviços da iniciativa privada.

Segundo o convênio 002/2008, de 1º/1/2008, é objeto da relação entre o poder público municipal e o Hospital Bom Pastor (HBP) a prestação de serviços ambulatoriais em regime de pronto-atendimento, os quais complementam a oferta do setor público local. O acesso ao conveniado dar-se-á diretamente pelo usuário ou por encaminhamento via UCS.

O HBP obriga-se a prestar os serviços de radiologia a 25 pacientes/mês, e 30 procedimentos ambulatoriais de nível médio previamente agendados. Por ocasião da observação para esta pesquisa vivenciamos o conflito estabelecido entre usuários, prestador e gestor, tendo em vista que o número de procedimentos comprados não responde à demanda necessária identificada na rede, uma vez que a lista de espera dos agendamentos ultrapassavam a três meses.

Com o Hospital Bom Pastor os convênios de parcerias são muito antigos e convênios de auxílios. No caso do Bom Pastor que é um convênio, há limites, por mês são realizados 30 procedimentos (ambulatoriais) e 20 RX. Se esgotar, começa no próximo mês. Portanto, é por agendamento, mas eles podem ir direto da unidade para lá (EG3).

A fala do gestor revela que, de fato, a compra de serviços daquela instituição é limitada uma vez que prevê a existência de uma lista de espera que pode postergar por

meses subsequentes o acesso do usuário ao atendimento. A compra de serviços ambulatoriais junto ao Cisa e ao HBP se sustenta no fato das UCS não realizarem procedimento ambulatorial de maior densidade tecnológica.

Com relação à infra-estrutura das UCS cabe ressaltar que estas são, na sua maioria, ajustamentos de estruturas comunitárias, sede de bairros ou adaptações de estruturas repassadas pelo gestor estadual por ocasião do processo de descentralização, fato que as tem tornado limitadas para a oferta de serviços de saúde e, principalmente, restringe o acolhimento dos usuários, uma vez que não estão adaptadas às mudanças bruscas de temperatura ocorridas nos municípios do Sul do Brasil.

Dentre as UCS destacamos o Posto Central (PC). Este merece destaque por abrigar os serviços administrativos da SMS, ao mesmo tempo em que nele convivem as ações de saúde ofertadas pela UCS. Este espaço funciona 12 horas contínuas com a organização da oferta de seus serviços na mesma lógica das demais, acrescido do fato de ser este o local em que são acessados por usuários das demais UCS serviços de apoio e especializados próprios e terceirizados à rede. Dentre os serviços especializados próprios identificamos consultas de cardiologia, oftalmologia e mastologia.

O acesso dos usuários ao atendimento no PC segue a lógica corrente da rede por meio de fichas definidas diariamente. É facultada ao usuário a sua permanência no interior da unidade durante o período noturno para aguardar a distribuição das fichas. Essa decisão é fruto da ação do Ministério Público (MP), que determinou a presença também de um segurança para garantir a integralidade física dos usuários, diferentemente do que ocorre nas demais UCS, como já discutido anteriormente.

Durante o período de observação identificamos que os usuários passam a ocupar as cadeiras a partir das 20 horas do dia anterior. As senhas para garantir seu acesso aos diferentes serviços são distribuídas distintamente pelo segurança. Na manhã seguinte é o porteiro quem

orienta e determina o acesso dos usuários aos distintos locais e filas para os serviços de Atenção Básica, consultas especializadas, serviço social e o agendamento para a média complexidade ambulatorial e hospitalar comprada do setor privado via Cisa.

A única vez que eu consegui (a ficha) eu estava com o braço imobilizado, chorando de dor. Eu cheguei lá nas gurias. Não sei o nome do homem que fica na porta, mas ele já nos passou e mandou carimbar. Foi a única vez que eu consegui com o dr. Y, uma vez na vida, a única vez em 15 anos que me trato. O porteiro até ficou com dó de mim, porque eu estava chorando de dor. O meu marido não estava, eu estava sozinha. O porteiro passou lá e me levou na sala das gurias e elas carimbaram na hora. Foi esta a única vez até hoje que eu consegui (ficha) (EU3).

A fala do usuário reafirma que junto ao denominado “SUS” existem mediadores, no caso o porteiro, que tem o papel de organizador o acesso aos serviços de saúde, dependendo da demanda de usuários. No caso referido há evidências que a busca ao serviço estava vinculada a um evento agudo de grande desconforto para o usuário que demandava uma ação imediata. Há que se reconhecer que esse trabalhador tem assumido o processo de acolhimento das queixas dos usuários.

Franco, Bueno e Merhy (1999) comentam que uma das finalidades principais dos serviços de saúde é o de acolher, escutar e dar uma resposta positiva às demandas de saúde dos usuários, o que possibilita o estabelecimento de uma relação de confiança e de apoio entre eles. Nesse sentido, foi possível vivenciar que a ação desempenhada por este trabalhador tem potência na organização do processo de trabalho na unidade com repercussões positivas para a população usuária, revelando que o acolhimento não necessariamente precisa ser realizado por um profissional da saúde, mas deve estar consubstanciado pela premência da queixa do usuário que possibilita regulação do acesso, dando visibilidade de como as demandas são acolhidas e encaminhadas.

Por outro lado essa potência evidenciada é também acompanhada por mecanismos contraditórios à equidade do acesso, margeados por interesses ideológicos, políticos e pessoais que fragilizam o dispositivo do acolhimento.

Nessa perspectiva buscamos compreender melhor os fundamentos que justificam esse espaço ser denominado de “SUS”. Os profissionais e os usuários afirmam que é lá que as “coisas” são resolvidas de uma forma ou de outra. Caso o usuário não obtenha sucesso na busca de sua demanda por atendimento, poderá obter esse de forma indireta, dirigindo-se ao secretário municipal ou a um de seus assessores. Essa prática demonstra o que afirmamos anteriormente a respeito da fragilidade do dispositivo do acolhimento, tendo em vista que é aquele trabalhador quem possibilita esses vários fluxos e contatos personalizados.

As falas a seguir explicitam essas facetas:

Com padrinho lá dentro no SUS não é esse transtorno todo, tu leva lá, entrega o papel pra ele, dali duas semanas tu tá liberado, tu não precisa enfrentá todo esse movimento. É ter conhecido no mundo político. É politicamente, tu tendo alguém lá dentro, por isso eu acho que seja esse transtorno porque a gente que não tem padrinho lá dentro, acaba ficando e vai ficando (na fila de espera da média complexidade) (EU5).

Foi o que aconteceu, há um tempo precisava carimbar e se tu tens padrinho, eles carimbam para fazer amanhã ou depois da amanhã, em três dias (EU1).

Ou alguém que trabalha lá dentro (para agilizar o acesso à média complexidade) (EU4).

Para os profissionais com os quais interagimos durante o período de observação da pesquisa, esse elemento, o de permitir “subir a escada”,³² tem sido a marca que orienta a gestão local. Ao mesmo tempo em que o sistema local busca estabelecer uma regulação para o acesso às cotas limitadas dos serviços especializados, é o próprio gestor que permite o rompimento dessa regulação dos serviços para o acesso. Esse cenário nos foi revelador do desconforto dos profissionais ao serem frequentemente destituídos da sua autoridade técnica e/ou das funções que lhes são atribuídas. Essa parece que tem sido a marca indelével da gestão da saúde nos últimos anos, haja vista a ascensão de alguns gestores da saúde a cargos eletivos junto aos poderes Executivo e Legislativo, salvo raras exceções.

³² A expressão “subir a escada” refere-se ao ato dos usuários serem encaminhados ao andar superior para o contato direto com o gestor de saúde e/ou seus assessores para obter favorecimentos pessoais, políticos, sem ter que cumprir com os mecanismos normais de regulação do acesso.

Com relação à UCS como porta de entrada do sistema, essa apresenta algumas peculiaridades em relação à regulação do acesso dos usuários aos serviços de Atenção Básica. Percebe-se que há um descompasso entre a baixa oferta e a grande busca por atendimento, agravados pelo modelo de gestão caracterizado essencialmente pela demanda espontânea que utiliza mecanismos tradicionais para a oferta da atenção, em detrimento a instrumentos modernos de gestão da clínica. As dificuldades em relação ao acesso e à baixa resolutividade da atenção ofertada leva à necessidade de complementação de ações da Atenção Básica por meio de instituições hospitalares filantrópicas. A regulação do acesso é ainda permeada por mecanismos instituídos que extrapolam os critérios técnicos, sendo, portanto, permeável a fatores de outra natureza. Assim, passamos a discutir a regulação do acesso por meio de UCS/ESF.

6.2 Unidades com Equipes de Saúde da Família (ESF)

Por ocasião da observação de campo, identificamos um conjunto de unidades que são constituídas por Equipe de Saúde da Família (ESF). Essas, no entanto, procedem diferentemente no que diz respeito ao acesso dos usuários sob sua área de atuação. As ESFs têm sob sua responsabilidade uma população de aproximadamente 4.000 pessoas, em média 1.070 famílias.

No município existem seis ESFs nas unidades dos bairros Luiz Fogliato, Herval, Thomé de Souza, Pindorama, Glória e Tancredo Neves, com uma cobertura de 25,99% da população, segundo dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde até dezembro de 2007 (BRASIL, 2008).

Quando analisamos os dados em relação à cobertura populacional por Agentes Comunitários de Saúde, identificamos que este é de 40,43%, segundo o Ministério da Saúde, até dezembro de 2007 (BRASIL, 2008).

Para Mendes (2006b), dos municípios que possuem cobertura populacional por ESF, entre 25% a 50% possuem um nível baixo de institucionalização do programa, o que pressupõe uma hegemonia do modelo convencional, caracterizando uma forte dependência de estímulos externos para o avanço no processo de instituição da estratégia da saúde da família. Nesse sentido, o município estudado ainda apresenta baixa vocalização e, por consequência, baixa institucionalização da execução deste novo modelo assistencial.

Embora esta observação tenha sido feita em uma das unidades com ESF, é possível, a partir desta, compreender o funcionamento das demais, posto que os relatos e os dados sanitários revelam a organização e a regulação do acesso do usuário à Atenção Básica.

A ESF é constituída por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Realizam consultas médicas, atendimento de enfermagem, atendimentos ambulatoriais, dispensação de medicamentos da farmácia básica, visitas domiciliares, acompanhamento a grupos de pacientes crônicos, entre outras atividades. O acesso aos serviços de saúde se dá de duas formas preferenciais: uma pela demanda espontânea e outra por agendamento realizado pelos ACS.

O trabalho é organizado tendo como eixo condutor a atuação dos ACS que identificam carecimentos, acompanham as orientações e os procedimentos adotados pela equipe nas diferentes demandas dos usuários. Alguns eventos e grupos populacionais são monitorados pela equipe por meio dos ACS, que são doentes acamados, portadores de doenças crônicas, gestantes, crianças e idosos. A finalidade desse monitoramento é garantir a regulação do acesso a partir das necessidades específicas de cada usuário.

Para a demanda espontânea o acesso é facultado a partir do número de atendimentos previstos como eventuais. Em média, por turno, são disponibilizados seis atendimentos. São considerados “atendimentos eventuais” os agudos que necessitam de assistência imediata em detrimento do agendamento. Nas situações em que não existe possibilidade de resolutividade pela Atenção Básica, o usuário é encaminhado para o PS/HCI e/ou para a internação hospitalar. Eventualmente existem situações em que o acesso à Atenção Básica não ocorre, fato que leva o usuário a retornar à sua casa e/ou buscar o atendimento junto ao PS/HCI.

A Figura 2 revela que no primeiro semestre de 2007 a demanda dos usuários provenientes das UCS e ESF junto ao PS/HCI foi de 70% e 29,54%, respectivamente. Cabe destacar que os percentuais apresentados não estão segmentados por horário de atendimento, mas sim, representam o consolidado do período analisado.

Figura 2: Usuários de UCS e ESF que demandaram atendimento no PS/HCI no primeiro semestre de 2007.
Fonte: dados da pesquisa (2007).

Esses dados devem ser levados em conta posto que os usuários das áreas com ESF como nas demais UCS, à noite e em final de semana possuem acesso ao PS/HCI, que é prestador complementar da rede de Atenção Básica.

Com relação à organização da assistência nas ESF, o acesso tem algumas especificidades quanto aos segmentos populacionais. Identificamos nas ESF que em relação à saúde da mulher na fase reprodutiva, lhes é facultado o acesso aos exames para diagnóstico de gravidez. Quando confirmado o diagnóstico, no entanto, essas mulheres são encaminhadas para agendamento e acompanhamento do pré-natal com profissionais da obstetrícia que estão alocados no PC, conhecido como “SUS”. Somente em uma ESF foi identificada a realização do pré-natal.

Em relação ao acesso ao atendimento pediátrico, identificamos que esse grupo populacional é prioritariamente atendido pelo pediatra, mesmo aquelas crianças que necessitam apenas da puericultura e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. O atendimento da pediatria é realizado em três turnos semanais. O acesso a esse atendimento ocorre de duas formas: por agendamento na unidade das crianças menores de seis meses e a garantia do retorno duas vezes ao ano para as crianças em idade de seis a doze meses. As demais crianças, que se encontram fora dessa faixa etária, acessam o serviço a partir da disponibilização de fichas por demanda espontânea. Cabe ressaltar que essa demanda utiliza as vagas remanescentes do agendamento, entre as 12 fichas disponibilizadas por turno.

Essas duas situações retratadas mantêm consonância com a análise de Mendes (2002) ao abordar a posição atual da atenção primária à saúde no SUS. Refere o autor que não é incomum deparar-se com profissionais médicos, não especialistas em Atenção Básica, que trabalham como generalistas. Essa situação decorre dos múltiplos arranjos que os municípios adotam para garantir a instalação das ESF. Nesse sentido, o resultado obtido é a falta de vínculo com a população, a focalização para atenção às condições agudas em detrimento das crônicas, a fragilidade para o domínio de ações programáticas como o pré-natal e a puericultura.

Tabela 4: Percentual de atendimento pediátrico no PS/HCI no primeiro semestre de 2007

Horário de atendimento		0m-6m	6m-1a	1a-12^a
7h30min	11:29	24%	25%	16%
11h30min	13:29	13%	14,4%	7,7%
13h30min	16:59	6,8%	14,4%	24%
17h	23:59	6,8%	33%	44,5%
0h	7:29	13%	11%	6,9%

Fonte: dados da pesquisa (2007).

A Tabela 4 revela que a busca por atendimento junto ao PS/HCI quando as UCS e ESF estão em horário de atendimento, tem sido significativa neste serviço. Chama a atenção a faixa etária com menos de seis meses de idade que procura atendimento geralmente após o fechamento do serviço público. Essa faixa etária tem teoricamente garantido seu retorno em sua unidade de referência.

Outro dado que revela a limitação do acesso dos usuários na faixa etária superior a um ano também pode ser observado. Seguramente um indicador importante que nos revela a baixa oportunidade de acesso que têm os filhos de pais trabalhadores que acabam por ter no PS o único local de atendimento. Outro fator que pode estar contribuindo para a limitação do acesso já discutido anteriormente refere-se ao fato de que essa especialidade segue a lógica de organização do acesso por meio de distribuição de fichas, situação que leva os pais e/ou responsáveis a ter que permanecer por longos períodos em filas para garantir o atendimento. A não obtenção do atendimento coloca aos mesmos o PS/HCI como a única alternativa de acesso.

Do ponto de vista da Atenção Básica esses dados para o local em estudo são significativos na medida em que os mesmos nos apontam para a necessidade de adequação do funcionamento da rede de Atenção Básica ao perfil de sua população.

Assim, no cenário estudado, evidenciam-se essas fragilidades no domínio de ações da Atenção Básica junto às ESF. Isso é percebido pela falta de direcionamento da SMS na capacitação das ESF para assunção das responsabilidades inerentes à Atenção Básica.

A predominância do modelo convencional na organização do acesso, por demanda espontânea, junto aos serviços da Atenção Básica, obriga os usuários a permanecerem por longos períodos nas filas a fim de obterem as fichas para o atendimento.

Na maioria das unidades, que não têm o PSF, é aquela tradicional fila de madrugada para conseguir a ficha pra atendimento. Na maioria das vezes quem não consegue a ficha vai buscar atendimento em outro lugar, no hospital. (Essas unidades) não atendem à demanda, ela é muito baixa; a quantidade é pequena, até porque diferente do PSF as unidades atendem por ficha. Existe uma definição [...] se não me engano, que a consulta deve ser realizada em torno de meia hora cada consulta, e pra fins de marcação do número de fichas, os profissionais levem em conta isso, mas não para atendimento (ECS1).

A fala do gestor revela que há um desconhecimento por parte do controle social em relação à forma de organização do acesso dos usuários às ESFs, pois foi possível identificar que a distribuição de fichas para pediatria também obriga os responsáveis a permanecerem esperando por longos períodos.

A não obtenção do acesso junto ao serviço remete os usuários ao atendimento no PS/HCI. Quando ocorre uma situação de urgência pediátrica, esta acaba sendo acolhida pelo médico que avalia e encaminha, se necessário, para o PS/HCI ou para internação. Esta situação foi inúmeras vezes observada e retrata o que Mendes (2002a) chama de “médicos plantonistas” das ESF.

Outro caso que corrobora para a cultura do modelo convencional diz respeito ao acúmulo de outras funções pelos profissionais, o que concorre para a não-manutenção de uma regularidade no atendimento no setor público. Desse modo, não existe segurança para o usuário em relação ao tempo de espera e/ou horário de atendimento, podendo esse ser alterado sem prévia comunicação.

Chegamos lá pelas 4 da manhã e tiramos a ficha. Se o médico é de tarde tu consultas de tarde e se é de manhã tu ficas esperando, se é com criança é de manhã (EU1).

Tiramos a ficha, e se o médico atende de tarde, volta para casa e consultas à tarde, agora se atender de manhã, tu ficas esperando (EU5).

As falas dos usuários exemplificam as situações encontradas em relação à irregularidade do horário do atendimento, muitas vezes obrigando o mesmo a permanecer por longos períodos de espera na própria unidade ou ter que retornar em outro turno para o atendimento. Essa forma de organização na Atenção Básica limita o acesso a alguns segmentos populacionais, pois mulheres e homens que estão inseridos no mercado de trabalho são impossibilitados de permanecer na fila, tendo em vista o horário de funcionamento do serviço e a flexibilidade em relação ao atendimento, situação essa também presente nas UCS.

O acesso ao atendimento odontológico nas ESF apresenta peculiaridades posto que existem em algumas e em outras não. As ESF que contam com este tipo de trabalho têm profissional odontológico com carga horária de 20 horas semanais. O acesso dos usuários a esse serviço segue o dispositivo da demanda espontânea à semelhança das UCS, bem como para o atendimento pediátrico nas ESF, que disponibiliza 12 atendimentos por turno, não havendo agendamento para segmentos populacionais específicos. O agendamento somente ocorre quando o usuário necessita de segmento em decorrência de alguma patologia bucal. Esse cenário, à semelhança do acesso por demanda espontânea em outras situações já discutidas, leva a uma diminuição diária do número de atendimentos ofertados.

Identificamos, portanto, a inexistência de serviços odontológicos em algumas ESFs. Este quadro impõe que a demanda por atendimento odontológico dos usuários sob responsabilidade das referidas ESFs seja encaminhada a uma das ESFs que dispõe do serviço, previamente determinado pelo gestor municipal. Para que o usuário possa ter acesso ele deve dirigir-se à unidade em que está cadastrado e permanecer na fila, mas apenas pela manhã lhe será informado o número de fichas disponíveis junto ao serviço de referência. Esse quadro

culmina por submeter os usuários a longos períodos de espera sem a garantia de obter acesso no atendimento.

Sobre o acesso ao serviço, manifestam-se os usuários que,

Eu, com a dentista, para começar nunca consegui no SUS. Eu tenho duas meninas, elas sempre precisaram de dentista só que eu nunca consegui (EU5).

A dentista de nosso posto é uma porcaria a tal da dra. X, é uma coisa só, ou ela está de atestado ou está quebrado o aparelho ou ela não consegue tirar o dente, diz que não tem força Eu me estressei tanto que acabei fazendo Unimed (EU4).

A fala dos usuários da Atenção Básica revela o grau de dificuldade que estes encontram no dia-a-dia para ter garantido seu acesso ao atendimento odontológico. Foi possível identificar uma demanda reprimida que, não sendo absorvida pela rede de Atenção Básica, acaba por forçar os usuários que possuem poder aquisitivo diferenciado a dirigir-se para serviços privados.

Obrigatoriamente o acesso a serviço secundário de odontologia necessita passar por uma porta de entrada da Atenção Básica. Recentemente, entretanto, foi criado um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) que exigiu do município mão-de-obra especializada. A opção do gestor foi de localizar esses profissionais no quadro de recursos humanos da própria Secretaria Municipal, o que levou a uma retirada gradual dos profissionais que faziam atendimento na Atenção Básica, sem reposição dos mesmos. Esse fato corrobora para que o acesso à saúde bucal na Atenção Básica seja limitado, o que por contra consequência limita o acesso ao CEO.

Observamos que os profissionais de odontologia que atuam na Atenção Básica acumulam tanto a ação específica do atendimento quanto as ações coletivas de saúde bucal. Quando existe demanda para atendimento a grupos específicos como escolares ou da terceira idade, o profissional o faz no período previsto na sua jornada de trabalho, obrigando-o a suspender os atendimentos agendados. Essas situações geram descontentamento por parte dos usuários devido à forma de organização para o acesso, bem como causam desconforto para o

profissional que, por vezes, opta pela não-realização de ações coletivas diante da grande demanda de atendimento individual.

Estudo realizado por Pereira, Pereira e Assis (2003, p. 608) aponta que, contrariamente a todo esforço que se teve nas últimas décadas do século passado para ampliar a Atenção Básica no Brasil, a odontologia permanece realizando suas ações pautadas no modelo flexeriano que orienta a formação dos cirurgiões-dentistas, os quais realizam práticas individuais, curativas, tecnicistas, especializadas e biologicistas. Estes, segundo os autores, têm sua prática centrada no indivíduo doente, realizada somente por profissionais da odontologia em seu restrito ambiente clínico ou consultório, que segue a lógica de organização do setor privado.

Observou-se que tanto em UCS quanto em ESF, a oferta de atenção à saúde está ancorada nos programas oficiais emanados do Ministério da Saúde. Não se constatou, portanto, programas e/ou ações específicas direcionadas à população trabalhadora e, em especial, à população do sexo masculino. Este fato chama a atenção uma vez que está instalado em município que possui Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), o qual tem por finalidade assessorar as SMS na macrorregião missioneira na proposição de políticas e programas voltados para a saúde do trabalhador (IJUÍ, 2007).

Podemos inferir, a partir do trabalho de campo, que é comum a todos os profissionais alocados nas UCS e nas ESF a não-substituição por ocasião de licença saúde, férias, luto ou outra situação que requer a ausência do profissional no serviço. Também podemos identificar, em relação às ESF, que o município se encontra na modalidade intermediária no que diz respeito à cobertura por esse modelo assistencial. É mister considerar que existe uma semelhança em relação ao acesso da Atenção Básica, tanto por UCS quanto por ESF. Na organização da assistência, a partir do que foi relatado, percebe-se uma verticalização nesta com limites importantes nas ações inerentes à Atenção Básica. Nota-se que há dificuldades de

compreensão por parte do Comus da organização do acesso na rede de Atenção Básica. Também foi identificada a falta de propositura de ações inovadoras para segmentos populacionais que estão incorporados ao mercado de trabalho.

A partir deste momento analisaremos outra porta de acesso da Atenção Básica vinculada a instituições filantrópicas.

6.3 A Atenção Básica via hospitais filantrópicos

Os hospitais filantrópicos locais desempenham papel importante – como pode ser visto na Figura 2 – para garantir o acesso dos usuários às ações de Atenção Básica, fato resultante da inexistência de um serviço de pronto-atendimento que acolhe e organiza as demandas das diferentes UBS, e também das dificuldades encontradas na rede de Atenção Básica para responder algumas demandas específicas apresentadas por usuários.

Este cenário levou a SMS e o CMS a optarem pela compra de serviços na rede hospitalar filantrópica por entender que estes possuem estrutura para assumir a prestação de serviços de pronto-atendimento 24 horas para os usuários do sistema público de saúde, bem como para efetuarem procedimentos ambulatoriais de Média Complexidade.

A participação dos hospitais filantrópicos na conformação da rede de atenção de saúde no Brasil tem sido objeto de estudos, tendo em vista a importância que os mesmos desempenham na garantia da oferta de assistência à saúde, em especial em municípios do interior do país, uma vez que estas instituições são responsáveis por um terço dos leitos no território nacional, colocando-os em posição de grandes prestadores de serviços junto ao SUS (PORTELA et al., 2004; LIMA et al., 2007; IBGE, 2000; BRASIL, 2008).

Lima et al. (2007, p. 817) afirmam que, tendo em vista o grande parque hospitalar e conseqüente participação, o volume de internações hospitalares para usuários do SUS e sua

“expressiva capilaridade e interiorização no território nacional, os hospitais filantrópicos merecem atenção especial no que concerne à formulação de políticas públicas na área da saúde”.

São consideradas filantrópicas pela legislação em vigor as instituições portadoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (Conas), órgão colegiado subordinado ao Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Várias são as condições para que um hospital obtenha este certificado. Destas, destaca-se a garantia da oferta efetiva de internações de 60% da capacidade instalada ao SUS e a necessidade da referida instituição aplicar valores em até 20% da receita bruta em gratuidade. Também a legislação possibilita a obtenção deste certificado às instituições consideradas estratégicas para o SUS (PORTELA et al., 2004).

Paralelamente à dependência que o SUS possui de instituições com este perfil, vivenciam-se dificuldades nelas para continuar ofertando serviços de qualidade nos pontos mais distantes do país. Para Lima et al. (2007, p. 817), vários são os elementos que contribuem para a fragilização da gestão. Dentre eles destacam a queda da taxa de ocupação hospitalar, esta possivelmente decorrente da diminuição da demanda ou da adequação tecnológica das instituições; o impacto da reorganização da Atenção Básica; a necessidade de garantia de acesso a serviços de maior complexidade tecnológica e a demanda de serviços e estruturas de saúde que possam acolher pacientes com doenças crônicas.

Identificam-se movimentos no sentido de enfrentamento destas limitações, seja no sentido de uma maior agregação tecnológica e, conseqüentemente, ampliação do perfil de usuários e prestadores que passam a comprar seus serviços, seja por uma forte associação com o poder público no sentido de realizar para este a sua função. Nesse sentido identificamos no cenário local o estabelecimento de convênios com duas instituições filantrópicas para prestação de serviços na Atenção Básica.

Recentemente acompanhamos a consolidação de uma nova estratégia para sustentação de instituições com esse perfil, que é a criação de planos de saúde próprios.

Esta modalidade verificada vem no bojo da necessidade da instituição buscar receitas alternativas ao não-atendimento de um determinado plano de saúde.

São estes herdeiros da modalidade de “sócios”³³ que as instituições comunitárias do interior do país ofereciam a sua população para garantir a manutenção dos mesmos, uma vez que contavam estas comunidades com escassez de recursos públicos. A expectativa de direito dos associados pautava pela garantia de acesso aos serviços assistenciais ofertados pela instituição e, em contrapartida, tinha o dever de contribuir financeiramente mediante a aquisição de cotas-capital e o pagamento de anuidade.

Os planos vinculados aos hospitais filantrópicos cobram em média 20% a 30% a menos que os planos das seguradoras existentes no interior do país. São consumidores preferenciais desta nova modalidade de seguro os usuários provenientes das classes B, C e D. Estes possuem capacidade de concorrência na medida em que passam a potencializar a sua competência tecnológica instalada, a qual tem no SUS o maior comprador, e conseguem ganhos extras (IWASSO, 2008).

Esta nova modalidade de serviços possibilita absorver uma clientela que apresenta um poder aquisitivo diferenciado e, no entanto, não são consumidores dos planos de saúde tradicionalmente ofertados por grandes empresas nacionais e internacionais. Em Ijuí, o HCI possui plano próprio de saúde, o qual vem sendo executado desde 2005, denominado de plano HCI/Saúde.

³³ Sócios – define o Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1988) como sendo “aquele que se associa com outro numa empresa, da qual espera auferir lucros”.

6.4 O Hospital de Caridade de Ijuí (HCI)

O Hospital de Caridade de Ijuí (HCI) é uma instituição comunitária, privada e filantrópica, fundada em 1935. Atualmente constitui-se em um serviço de saúde que absorve atividades de Atenção Básica, média e alta complexidade.

O hospital é identificado junto ao Ministério da Saúde (MS) como sendo um hospital de módulo básico que oferta atendimento ambulatorial de internações, SADT, urgência e emergência. Sua natureza jurídica permite o estabelecimento de convênio de prestação de serviços com entes públicos e privados, fato de relevância para a manutenção do projeto institucional na região de sua abrangência e de referência em atenção de saúde em serviços de alta complexidade para o Estado do RS. Neste sentido, mantém contrato de prestação de serviços com planos de saúde pública³⁴ e particular³⁵, com exceção aos usuários da Unimed, uma vez que a referida cooperativa mantém um hospital próprio em Ijuí (BRASIL, 2008).

O HCI constitui-se em ponto de referência ao atendimento hospitalar para a macrorregião Missioneira do RS a uma população estimada de 1.200.000 habitantes provenientes de 120 municípios, bem como é referência aos municípios integrantes da 17ª CRS,³⁶ com sede em Ijuí, para serviços hospitalares de média e alta complexidade. Disponibiliza os seguintes serviços: urgência e emergência 24 horas, atendimento ambulatorial de pronto-atendimento (para usuários do SUS de Ijuí), diagnóstico por imagem, radioterapia, braquiterapia, quimioterapia, hemodiálise, hemoterapia, instituto de olhos, ambulatório de especialidades médicas e, em fase de conclusão, o Instituto do Coração. Entre os serviços especializados destacam-se a UTI adulto, neonatal e pediátrica, o Centro

³⁴ Plano de Saúde público é o convênio que tem o hospital para receber usuários das redes básicas de saúde conveniadas para atendimento ambulatorial, urgências e emergências.

³⁵ Igreja Adventista, Ajuris, Bradesco, Caars (OAB), Cabergs, Cassi (BB), Cisa, Clínica Medisinos, Cooaps, ECT, CEF, Fusex, Gama – Gestão em Saúde, GEAP, HCI-Saúde, IBCM, Ipergs, Medial Saúde, Mediservice, Particular, Petrobrás, Sener-Saúde, Sonae, Sul-América, SUS, Vonpar.

³⁶ A 17ª CRS é formada pelos seguintes municípios: Ijuí, Ajuricaba, Catuípe, Augusto Pestana, Jóia, Coronel Barros, Panambi, Condor, Pejuçara, Santo Augusto, São Valério do Sul, Nova Ramada, Criciumal, Humaitá, São Martinho, Sede Nova, Inhacorá, Bozano e Campo Novo.

Cirúrgico, as Unidades de Internação nas Clínicas Médicas, Cirúrgicas e Pediátricas, o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e o Banco de Sangue (HCI, 2006).

Seu perfil de atendimento é marcado pela predominância da prestação de serviços ao sistema público de saúde nas diferentes modalidades de assistência. Por outro lado tem inovado sua ação com a organização e venda de serviços de média complexidade ambulatorial e atendimento de urgência e emergência aos usuários do sistema público de saúde dos municípios de Ijuí, Jóia, Catuípe, Bozano e Coronel Barros. Nesta dimensão tem investido tecnologicamente para absorver demandas regionais por serviços especializados ambulatoriais, que têm no Cisa o mediador da relação dos prestadores públicos com o setor privado da região.

Tabela 5 – Perfil de atendimentos no HCI no primeiro semestre de 2007

Convênios	Total	SUS	Demais convênios
Leitos/ocupação	208	70,67%	29,3%
Internações	12.408	82%	18%
Cirurgias	5.119	74%	26%
Cons. Especializadas	6.258	76,5%	23,5%
Radiologia	35.753	82%	18%
Quimioterapia	14.731	92%	8%
Braquiterapia	514	95%	5%
Hemodiálise	13.787	96%	4%

Fonte: dados da pesquisa (2007).

A Tabela 5 demonstra que o HCI tem uma forte vinculação com o sistema público de saúde por meio do SUS, revelando o papel significativo e estratégico que essa instituição desempenha na garantia do acesso a procedimentos de média e alta complexidade para os usuários do município de Ijuí e da Região Noroeste do RS.

Este fato leva a instituição a se relacionar, em 2007, com o sistema público de saúde a partir da contratualização de serviços, previstos no contrato n. 115/2007, estabelecido entre a

Secretaria de Saúde do Estado do RS e a Associação Hospital de Caridade de Ijuí. A pactuação objetiva a realização de serviços técnicos especializados visando à garantia da Atenção Básica à saúde. Dentre os compromissos assumidos pelo hospital está o de manter o mínimo de 60% em internações hospitalares medida por paciente-dia ou serviços ambulatoriais disponíveis aos usuários do SUS. O referido plano operativo tem validade por 12 meses, devendo ser repactuado anualmente, principalmente em relação aos valores financeiros (HCI, 2007).

Quando analisamos os serviços realizados junto ao pronto-atendimento do hospital, podemos classificar como atendimentos ambulatoriais e de PS. Em relação ao primeiro, em que estão inclusos os atendimentos de ortopedia e cirurgias eletivas, identificamos que em 2007 foram realizados 12.223 procedimentos; destes, 71% são usuários do SUS. Os procedimentos realizados junto ao PS do hospital em 2007 totalizaram 42.402 atendimentos, e destes 87% são para usuários do sistema público de saúde de Ijuí/RS (HCI/2008).

6.5 O pronto-atendimento como porta de entrada da Atenção Básica

O Pronto-Atendimento (PA) é um serviço que se caracteriza pelo atendimento a pacientes com necessidades sentidas como urgentes. Está organizado para a assistência em situações de emergência e urgência. A emergência é caracterizada com sendo a situação em que não pode haver uma protelação no atendimento, ou seja, o mesmo deve ser imediato. Nas urgências o atendimento deve ser prestado em um período de tempo que, em geral, não ultrapasse duas horas (GOLDIM, 2008; STUTZ, 2006).

Quando houve a observação por ocasião da pesquisa por meio dos dados empíricos junto ao PS³⁷ do HCI, identificamos que este se constitui em uma porta de acesso para os

³⁷ O termo PS é amplamente utilizado por gestores e usuários para identificar os serviços de pronto-atendimento existente junto ao HCI/Ijuí.

usuários da rede básica à saúde do município de Ijuí/RS. Verificamos pouco acompanhamento e avaliação da prestação de serviços pelo gestor público, o que revela uma baixa regulação sobre o prestador. No PS do HCI o acesso dos usuários provenientes da Atenção Básica é livre, uma vez que inexistem mecanismos e instrumentos de regulação para este serviço, fato já discutido, anteriormente, quando nos referimos à rede de atenção do município.

Esta relação é formalizada por meio de convênios que regulam as obrigações da SMS e do HCI, tendo por objetivo a prestação de assistência médico-hospitalar e qualificação da assistência ambulatorial de urgência e emergência nas 24 horas, bem como a prestação de serviços de assistência à saúde na área da Atenção Básica (IJUÍ, 2003, 2004, 2007, 2008).

A forma de remuneração estabelecida pelos respectivos contratos garante o repasse de valor mensal fixo para o HCI viabilizar a manutenção dos serviços de urgência e emergência mantidos, bem como o pagamento dos procedimentos no PS por meio do repasse de valores do Piso Assistencial Básico (PAB), fato que leva o pronto-atendimento do HCI a se configurar também em uma UCS que presta atendimento aos usuários nas 24 horas.

Sobre o mesmo manifesta-se o gestor a seguir que:

Para atendimento PAB de urgência, que é com o Hospital de Caridade de Ijuí, ele paga por serviço prestado até um teto de R\$ 15.000,00 por mês (atenção básica). Além disso, ele recebe do município também, a título de convênio para manter o Pronto-Atendimento, mais um plus, hoje de 52.000,00, mas isso aí é regulado pelo Comus (E4).

E nos surpreendemos quando ficamos sabendo que em uma viagem oficial do prefeito a Brasília ele tinha fechado o acordo de reajuste com o hospital, e quando ficamos sabendo já estava assinado. Então foi uma negociata entre o prefeito e o presidente do hospital; daí então a gente também muitas vezes se decepciona quando acontece isso (EG1).

Os gestores citados comentam sobre a relação que mantém a SMS com o prestador, identificando a existência de repasses de recursos financeiros por meio de convênios estabelecidos para a prestação de serviços tanto na Atenção Básica quanto na urgência e emergência, assim como em relação à participação do controle social na contratualização dos prestadores de serviços, em especial para Atenção Básica. A fala do primeiro explicita que

essa relação estabelecida entre o poder público e o prestador é regulada pelo controle social, o que não é confirmado pela fala do segundo gestor. Esse fato reafirma a discussão já realizada anteriormente em relação à fragilidade que o controle social tem sobre a organização do acesso aos serviços de saúde.

Ainda sobre a relação contratual estabelecida entre a SMS e o HCI, manifesta o gestor que:

O HCI, na verdade são várias coisas, mas todas contempladas em um convênio único. Esse convênio é atendimento ambulatorial (Atenção Básica) em horários em que a unidade de saúde está fechada em expedientes posteriores e finais de semana e feriados. Então ao meio-dia, depois das 17h, durante os sábados, domingo e feriados, o atendimento também é no HCI. Assim, esse é o convênio. E tem também, eles chamam auxílio de custo para o PS, um auxílio ao PS em função da tabela SUS, uma coisa assim (EG3).

A fala o gestor reconhece que o convênio estabelecido para a Atenção Básica é complementar fora do horário de atendimento da rede municipal. Ao analisarmos o convênio 002/2007 que estabelece a prestação da assistência na área da Atenção Básica, entretanto, não foi possível identificar qualquer menção em relação ao horário de atendimento, conforme mencionado pelo gestor. Nesse sentido, o convênio se constitui em uma porta aberta ao não fixar horário de atendimento, assim como a regulação desse acesso.

Durante a fase de observação identificamos entre funcionários e técnicos que atuam junto ao PS/HCI desconhecimento dos compromissos contratuais estabelecidos entre as partes. Por várias vezes os funcionários e técnicos deste setor fizeram referência que este é apenas um serviço de urgência e emergência e não de Atenção Básica. Ao verificarmos os documentos legais constatamos que o pactuado entre o hospital e a rede básica ultrapassa a remuneração por serviços de urgência e emergência, assumindo também responsabilidades pela assistência básica e, para tal, é remunerado com recursos advindos do Piso da Atenção Básica (PAB).

Outro fato observado foi em relação à conduta adotada por funcionários quando da procura dos serviços pelos usuários. Identificou-se que os funcionários tomam para si a decisão de garantir ou não o acesso dos usuários ao PS, orientando-os a buscar o atendimento na rede básica por entenderem não ser este espaço destinado à demanda apresentada ou, em algumas situações, facultavam o atendimento condicionando a não recair na mesma conduta. Essa postura institucional fere o que prescreve a cláusula quarta, inciso IV, do convênio que reza que o prestador deverá “justificar ao paciente ou o seu representante, **por escrito**,³⁸ as razões técnicas alegadas quando de decisão de não-realização de qualquer ato profissional previsto nesse convênio”, o que não foi possível ser observado em nenhum momento.

Se por um lado o prestador, por meio de seus funcionários, justifica esse espaço como de urgência e emergência, os dados constantes na Figura 3 revelam, por outro, que essa porta de entrada é constituída preferencialmente por ações de Atenção Básica.

Figura 3: Perfil dos atendimentos do PS/HCI no primeiro semestre de 2007.

Fonte: dados da pesquisa (2007).

³⁸ Grifo nosso.

Podemos observar que 80,3% dos procedimentos realizados são referentes a consultas médicas, 13,8% são considerados de urgência e emergência, 5,4% são constituídos por atendimentos ambulatoriais médicos e de enfermagem e os demais por outras situações.

A Figura 4 corrobora na discussão do papel que o PS/HCI tem em relação ao atendimento na Atenção Básica.

Figura 4: Encaminhamentos pós-atendimento PS/HCI no primeiro semestre de 2007.

Fonte: dados da pesquisa (2007).

É possível observar que mais de 90% dos usuários que adentraram a essa porta de entrada foram liberados. Cabe destacar que esse percentual de usuários foi liberado sem nenhum encaminhamento para a rede básica, revelando o caráter pontual do atendimento.

No hospital é, nunca fui bem atendida. Uma vez fui com dor de dente, voltei com a dor do dente. Não tiveram a capacidade de me dar uma injeção, voltei do mesmo jeito. O pior, sempre tive que pagar consulta (EU5).

Eu, às vezes que fui ao plantão nunca fui bem atendida. A minha menininha tinha uma grosseira, deu problema nela e todas as vezes que eu fui lá, ela nunca foi bem atendida. Em função disso tive que pagar consulta porque ela voltou para casa do mesmo jeito (EU4).

Eu no plantão fui bem atendida, até agora, tirando o dr. X., ele me chamou de louca porque eu acordei, me queixei dos braços, falei que estavam doendo muito, daí ele disse: “te acalma, tu tá louca”. Ele me chamou bem de louca mesmo, sem saber o que estava acontecendo, o que eu tinha (EU3).

As falas destes usuários revelam a forma como essa porta de entrada opera enquanto prestador de serviço para o ente público, tendo baixa capacidade de acolhimento e de resolutividade das demandas apresentadas por usuários de distinta natureza.

Os documentos que estabelecem essa contratualização não apresentam instrumentos de regulação e acompanhamento da qualidade dos serviços prestados, bem como da satisfação dos usuários em relação ao mesmo. O convênio 002/2007, na cláusula nona, em seu inciso I, apenas faz referência à necessidade, por parte do prestador, do envio do relatório com os comprovantes dos serviços efetivamente prestados.

Quando analisamos o perfil dos usuários que acessaram os serviços de PS/HCI no primeiro semestre de 2007, verificamos que o maior percentual de procura pelos serviços é do sexo masculino, com 51,8%, seguido do feminino, com 48,2%, independentemente da faixa etária.

Estudos de Ribeiro, Barata e Silva (2006, p. 1012) sobre o perfil sociodemográfico do padrão de utilização de serviços de saúde do SUS, assinalam que a utilização dos serviços de saúde

é um comportamento complexo resultante de um conjunto amplo de determinantes que incluem características de organização da oferta, as características socio-demográficas dos usuários, o perfil epidemiológico, além dos aspectos relacionados aos prestadores de serviços.

Referindo-se a estudos realizados pelo IBGE por meio da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), no ano de 2003, aponta-se que o sistema privado de saúde no Brasil responde pela cobertura de 34,5% da população, enquanto que o sistema público tem destinação para a totalidade desta. Deste universo, fazem uso exclusivo do SUS 66% dos brasileiros. O estudo identificou que no SUS houve predomínio de usuárias mulheres, seguidas de crianças, adultos e idosos com baixa escolaridade. Quando considerado o padrão de utilização dos serviços, verificamos que os usuários do SUS buscam atendimento quase que exclusivo em serviços públicos, prioritariamente por consulta médica ou de outros

profissionais, portanto predomínio de atendimento ambulatorial. Em relação ao sexo, houve o predomínio de mulheres com 61,9% e homens com 38,1%.

Outro estudo realizado por Travassos, Fernandes e Almeida (2002) aponta para a existência de um perfil semelhante de usuários que acessam serviços de saúde em duas regiões. Na Região Sudeste as mulheres são responsáveis por 51,67% do acesso, enquanto que os homens respondem por 48,33%; na Região Nordeste mulheres respondem por 52,30% e homens por 47,70% da busca do acesso (PNAD, 2003).

Nesse sentido, em nosso estudo houve uma diferença quanto ao sexo dos usuários em relação aos dois estudos discutidos. A Tabela 6 demonstra a segmentação etária dos homens e mulheres que acessam esse serviço.

Tabela 6 – Usuários do PS/HCI, segundo horário de atendimento e sexo, no primeiro semestre de 2007

Horário de Atendimento		Homens	Mulheres
7h30min	11h29min	19,4%	19,4%
11h30min	13h29min	9,2%	9,4%
13h30min	16h59min	22,5%	20,4%
17h	23h59min	37,8%	40,2%
0h	7h29min	11,1%	10,6%
Total		100%	100%

Fonte: dados da pesquisa (2007).

Ao analisarmos os dados, segundo o horário de atendimento, pode-se observar que existe, tanto pelas mulheres quanto pelos homens, uma maior procura no horário compreendido entre 17 e 24 horas. Os homens que buscaram o acesso representam 48,9%, enquanto que as mulheres 50,8%. Quando extraímos do universo de usuários o segmento da população denominada de economicamente ativa, de 20 a 59 anos, identificamos que essa é constituída por 44,8% de mulheres e 44,1% de homens.

O horário da busca do atendimento por usuários que se encontram em faixa produtiva, pode indicar que a rede de Atenção Básica não tem construído possibilidade para acolher os trabalhadores.

Dentre as UCS da rede, identificamos o PC denominado de “SUS”, que mantém um horário diferenciado de atendimento, numa jornada de 12 horas, das 7h às 19h, sem interrupção. Essa poderia ser uma porta de entrada para os trabalhadores. O que foi observado, entretanto, é que a organização deste horário é para atender a agenda dos profissionais médicos, uma vez que estes mantêm outros vínculos profissionais e reservam para o sistema público a agenda que lhes for conveniente. Cabe salientar que a abertura até esse horário não necessariamente garante a presença destes profissionais, posto que a organização do acesso se dá mediante a distribuição de fichas e, portanto, ao finalizar o atendimento pelo número de fichas previsto, o profissional retira-se da unidade.

Agora estamos em fase de elaboração de um projeto que queremos iniciar esse ano, mas eu preferi, e foi uma questão técnica por causa das férias. Então se é para começar, é para começar efetivo, porque nós iremos fazer a abertura aqui do posto Central, em forma de plantão, demanda mais livre, em forma e horário de plantão. Assim o médico não precisa vir todos os dias três horas, mas vem duas vezes por semana seis horas. Aí você cumpre a sua carga de horário, mas eu conto com isso tal dia. Tiveram muitos que realmente gostaram da idéia e quem não se adaptar aqui, pode trocar para outra unidade que preferir. Contudo, para iniciar, o período de férias não é ideal, porque me quebraria com o esquema, uma vez que eu estaria com a metade da minha capacidade e as férias é um direito de todos no mês de janeiro (EG3).

A fala do gestor corrobora com a observação realizada durante a pesquisa, dado que a intencionalidade em ampliar o horário de atendimento nessa unidade será sob a forma de plantão. O que fica explícito é que esse serviço continuará organizando o acesso dos usuários a partir da agenda dos profissionais, mantendo-se o modelo de regulação do acesso por meio de distribuição de fichas preestabelecidas. Essa organização preserva a autonomia profissional, revelando a forma como o serviço tem baixa vocalização para determinar a sua organização.

Passamos a identificar a procedência destes usuários e, mais uma vez, nos chamou a atenção o fato desta não confirmar as percepções manifestas por trabalhadores da rede e do hospital de que esta provinha dos bairros mais afastados e pobres da cidade. Constatamos o que já é corrente sobre quem mais acessa essa porta da rede, que são os usuários que estão adscritos em UCS, as quais se conformam a partir de desenhos tradicionais de unidades básicas com atendimento por número de fichas, fato que desencoraja a população a buscá-lo. Neste sentido, procuram mais os serviços os residentes da área central da cidade, seguidos dos usuários que residem na área rural do município, representando 23% da demanda total.

Para a população residente na área rural existe uma única porta de acesso dentro da rede pública de saúde, que fica localizada nas dependências do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Ijuí (STR). Serviço esse que também organiza o acesso a partir de fichas diárias e os usuários, para acessar as fichas, devem, da mesma forma que nas demais unidades, permanecer em filas por longas horas, um fato que agrava o acesso para estes, pois dependem do transporte coletivo, tendo maior dificuldade para obter o atendimento, o que foi possível observar quando da pesquisa de campo junto ao PS/HCI. Do total de atendimentos no PS/HCI verificamos no período que 11,54% correspondiam a este segmento populacional.

Estamos trabalhando no PSF do meio rural. Esse projeto já foi encaminhado para a Secretaria da Saúde do Estado, para fins de aprovação e avaliação. Serão três equipes que vão atender a uma população inferior a nove mil habitantes, pois o meio rural hoje baixou consideravelmente a sua população. Mesmo assim, nós queremos dar um atendimento eficiente e manter as propostas iniciais, que são exatamente três equipes para essa demanda (EG1).

A fala do gestor municipal indica o conhecimento sobre as restrições do acesso da comunidade rural e aponta alternativas da ampliação da Atenção Básica a partir das ESF para esta população.

A Figura 5 revela os motivos que levam os usuários a buscar os serviços do PS/HCI, no período do estudo.

Figura 5: Queixas demandadas por usuários no PS/HCI no primeiro semestre de 2007.
Fonte: dados da pesquisa (2007).

Os dados da Figura 5 revelam que dentre as cinco principais queixas referidas por usuários encontram-se as relacionadas com problemas dos sistemas muscular/esquelético (22,1%), digestivo (15,2%), circulatório (11,4%), respiratório (10,8%) e não informado (9,2%).

Dentre as queixas relacionadas ao sistema muscular, identificamos a referência de dor lombar acometendo 23,35% dos usuários, lesões de membros, 23,6%, seguida de queda em 12,2% e fraturas em 6,8%. Essa referência é maior entre a população do sexo masculino, 60,8% e, dentre eles, 55,7% encontram-se em idade entre 25 e 70 anos.

A conduta acerca do atendimento dos usuários portadores destas queixas revela que 92,9% destes foram liberados sem referência a encaminhamentos para UCS ou ESF; apenas 0,5% foram referenciados para as UCS e/ou ESF e 3,5% necessitaram de internação hospitalar.

Entre os usuários que referiram como queixa principal eventos relacionados com o sistema digestivo, predominou o sexo feminino, com 52,78%. Destes, 31,35% apresentaram como queixa principal vômito, 30,56% dores abdominais, ambas representando 61,91% dos atendimentos. A faixa etária predominante, com exceção dos usuários de 13 a 18 anos, aparece de forma equilibrada em sua distribuição, ligeiramente acentuada junto aos usuários com mais de 50 anos. Os encaminhamentos feitos para essa categoria de queixas mantêm a lógica do serviço privado de saúde: 96% dos usuários foram liberados após a consulta, sem referência para as UCS e/ou ESF e apenas 0,4% dos atendimentos foram referenciados.

Com relação aos usuários que manifestaram queixa relacionada ao sistema circulatório, identificou-se que predomina o sexo feminino com 57,3%, seguido do masculino com 42,3%. A faixa etária que mais buscou atendimento é de 25 a 70 anos. Em relação à conduta pós-atendimento, identificamos que 91,5% dos usuários foram liberados sem referenciamento, 2,6% foram indicados a UCS e/ou ESF, 2,6% demandaram internação hospitalar e 0,5% necessitaram de internação em unidade de terapia intensiva.

Já com referência aos usuários que buscaram acesso ao PS/HCI referindo queixas relacionadas ao sistema respiratório, verificamos que foram as mulheres, com 52,7%, que mais demandaram enquanto os homens ficaram em 47,22%. A faixa etária que predomina é a de zero a 12 anos, com 22,2%, seguida de usuários com idade entre 50 e 70 anos, que representam 19,4% dos atendimentos. Neste universo, 96,4% dos usuários foram liberados sem referenciamento, 0,4% encaminhados a uma das UCS e/ou ESF, 2,0% demandaram por internação hospitalar e os demais, 0,8%, conduzidos para outros serviços.

No que tange à organização do acesso ao PS/HCI, foi possível observar que convivem na mesma estrutura uma única equipe de saúde, que é referência para a urgência e emergência no município e também para os demais que integram a 17ª CRS/RS, pronto-atendimento ambulatorial e atendimentos de usuários de convênios. Por essa mesma porta de entrada

ingressam usuários para atendimento de serviços ambulatoriais para revisão de procedimentos de traumatologia e avaliação para cirurgias eletivas, entre outros.

O critério de acesso dos usuários ao atendimento junto ao PS/HCI segue duas orientações básicas: por convênio e por hora de chegada.

A entrada de usuários do SUS e de convênios privados se dá pela mesma porta. Não existem, no entanto, critérios de necessidade e de risco para priorizar o atendimento. O que prevalece é a existência de seguro privado por parte do usuário, com exceção nos casos de urgência/emergência.

Por ocasião da observação realizada junto ao serviço foi possível evidenciar a priorização do acesso ao atendimento dos usuários portadores de convênios privados, em detrimento à ordem de chegada destes no local. Há um desconforto entre funcionários e usuários em geral, e entre os usuários dos diferentes segmentos.

Ao verificarmos os dados de utilização dos serviços do PS, segundo Relatório de Avaliação de Gestão do HCI (2008), constatamos que o total de atendimentos ambulatoriais e do pronto-socorro soma 62.934 no período de dezembro de 2006 a dezembro de 2007. Destes, 79,2% são atendimentos prestados para usuários do SUS; 12,3% relativos a convênios; 6,1% referentes ao convênio próprio do HCI e 2,4% por sistema de desembolso direto.

Majoritariamente é perceptível a presença dos usuários do SUS, com acesso garantido pelo estabelecimento de convênio para a prestação de serviços da Atenção Básica, médico hospitalar e de urgência e emergência. Verificamos, no entanto, que a prioridade do atendimento segue a seguinte ordem: usuários de desembolso direto, seguido do convênio HCI/Saúde, demais convênios e, por último, os usuários do SUS, com exceção quando da urgência e emergência. Essa sistemática de prioridades no atendimento revela a cultura dominante na instituição com relação ao atendimento dos diferentes segmentos sociais.

Nós consultamos aqui na Penha, no consultório. Ela (mãe) tem problema de diabetes, osteoporose, tem também problema na cabeça. Aí eu precisava levar ela no ambulatório da Penha. Nas últimas vezes que ela agravou mesmo eu levei ela. Chegando lá, eles me mandaram ir para o hospital. Fui para o hospital, chegando lá no plantão era o dr. X atendendo. Ele atendeu minha mãe e deu um sorinho e mandou ela embora, voltamos para casa. Fiquei dois dias com ela em casa, levei de novo no postinho. O doutor me encaminhou de novo para o hospital com a baixa (internação). Com a baixa, fui para o hospital, terceira vez. Infelizmente foram quatro vezes que fomos atendidos por esse dr. X. Mandou novamente pela 4ª vez, tive que trazer ela pra casa, foi a mesma coisa, ele fez nós voltarmos para casa. Novamente fui ao ambulatório e o doutor nem olhou ela, do jeito que ela estava meio desmaiada. Falou: leva para lá entregar essa baixa (internação) diz que eu mandei. Eu falei: ó dr. Eu não posso levar minha mãe, ela está morrendo. Fui para o sentimental dele. Disse: ó se fosse a tua mãe? Daí ele disse: mas eu não posso internar porque o SUS não está pagando, não tem vaga para internar pelo SUS. Falou que o hospital estava lotado, eram 3 e meia da tarde e ele me disse “ó, vai ter que esperar à 7 hora quando chega o dr. chefe. Mas graças a Deus... naquela hora, o dr. Y (presidente do hospital), arrumou um quarto e, em meia hora, chegou o dr. Z, eles atenderam a minha mãe no quarto. Hoje a minha mãe está viva ainda porque tenho conhecimento, um pouco ainda, porque pelo SUS, ele não iria baixar, porque não tinha mais vaga. Eu hoje estou com a minha mãe viva ainda, graças ao dr. Y. ele deu essa mão, mas foi uma briga! (EU1).

A fala deste usuário do SUS retrata a dificuldade encontrada quando necessita acessar os serviços do PS/HCI, uma vez que esses, em situação de agudização de processos crônicos, reiteradamente necessitam de atendimento imediato que, no entanto, nem sempre é garantido. A fala revela a cultura instituída em relação à não-valorização dos usuários do SUS, justificando a não-internação pela falta de pagamento do ente público, fato que não condiz com a realidade, tendo em vista que o HCI estabelece prestação de serviços técnicos profissionais especializados para usuários do SUS mediante contrato estabelecido entre a Secretaria de Estado de Saúde/RS (SES/RS) e a Associação Hospital de Caridade de Ijuí (AHCI) (BRASIL, 2007). O usuário revela que nesse espaço há que se fazer uso de outros mecanismos que possibilitem facultar a agilização do acesso.

Ao analisarmos a contratualização estabelecida em sua cláusula quinta que trata dos encargos específicos, a letra “p” garante o acesso dos Conselhos de Saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização, fato que não foi possível identificar durante o período de coleta de dados a não ser quando o gestor menciona o tensionamento existente do ente público e o CMS com este prestador. Nesse sentido, por ser uma porta de

entrada importante e conflituosa, dada à diversidade de fatores e atores sociais que se fazem presentes por ocasião do acesso aos serviços prestados, o acompanhamento das atividades desenvolvidas se faz necessário para garantir a qualidade da atenção prestada ao usuário. Corroborando nessa discussão, Almeida (2003) comenta que ainda persiste no Estado brasileiro a baixa vocalização dos Conselhos Municipais de Saúde em diversos âmbitos. Também refere que os conselheiros possuem dificuldades em relação às discussões técnicas, comprometendo a sua efetividade enquanto defensores dos direitos à saúde da população.

Perpassa, assim, a idéia aos usuários que junto ao PS/HCI, devido a ter uma porta de entrada de acesso livre e não os expondo as longas horas em filas noturnas e/ou esbarrando na concorrência pelo agendamento, esta lhes garantiria o acesso, mesmo reconhecendo que este carece de mais profissionais para atender os diferentes segmentos sociais, ou seja, os usuários explicitam a necessidade de *“ter uma equipe para atendimento de urgência e emergência e outra para o pronto-atendimento”* (EU1).

Foi possível identificarmos que existe “certa regulação”³⁹ informal por funcionários da instituição quando orientam os usuários a retornarem para as UCS ou ESF quando é identificado que a queixa parece não ter urgência no atendimento. Parece existir uma resignação por parte daqueles usuários que aceitam a orientação do retorno. Novamente percebe-se que esses funcionários da recepção do serviço não possuem e também não estão qualificados para a classificação do risco, usando apenas o senso comum para o julgamento. Esse retorno para a rede pública não é acompanhado de nenhum instrumento normativo que possa garantir o acesso, tendo em vista que o usuário será submetido à lógica de organização do acesso já discutido anteriormente.

Com relação ao sistema de informação, identificamos que o mesmo atende ao que prescrevem os convênios para a composição do relatório a ser enviado ao ente público por

³⁹ Grifo nosso.

ocasião da prestação de contas, portanto essas informações não guardam nenhuma relação com as informações constantes do cadastro dos usuários do SUS. Por não estar a rede informatizada junto com os prestadores, as informações do atendimento dos usuários também não são repassadas para as unidades de origem como elementos para a continuidade da atenção à saúde.

Referente à percepção do profissional que trabalha no pronto-atendimento do HCI acerca do perfil dos usuários que procuram os serviços, relatam que esta demanda é marcada pela busca prioritária de usuários adultos de bairros pobres da cidade. Relatam ainda que esta demanda está diretamente relacionada com a variação do clima. Quanto mais quente, maior é a procura. Revelam que suas informações são marcadas por opinião contrária do direito que possuem os cidadãos na garantia do acesso a serviços de saúde, sejam eles próprios ou conveniados, como é o caso. É forte a percepção por parte da equipe como um todo que a dificuldade de organização do serviço decorre de uma procura desenfreada pelos usuários do SUS, uma vez que é dito que “as pessoas vêm sem muitos motivos”.⁴⁰

Diante do discutido podemos sistematizar que essa porta de entrada se constitui como acesso livre, mediado por convênios que garantem o atendimento aos vários segmentos sociais. Essa porta é caracterizada por elementos discriminatórios que segregam a regulação do acesso, a qual não encontra vocalização por parte do usuário e do gestor público para a organização e qualificação do acesso.

6.6 Hospital Bom Pastor como porta de entrada da Atenção Básica

A rede de Atenção Básica de saúde de Ijuí/RS mantém junto ao Hospital Bom Pastor (HBP) três convênios para prestação de serviços de assistência médico-hospitalar: assistência

⁴⁰ Grifo nosso.

médico-hospitalar na área psiquiátrica e assistência médico-hospitalar na área de dependência química e depressão grave, e cirurgias ambulatoriais. Todos autorizados mediante a Lei Municipal n. 4.786, de 15/1/2008. Estes convênios visam à prestação de serviços ambulatoriais e de internação.

Esta instituição⁴¹ é filantrópica de pequeno porte. Conta atualmente com 35 leitos distribuídos nas clínicas médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica, e psiquiátrica, além dos serviços ambulatoriais e de apoio, nutrição, dietética, enfermagem, farmácia, higienização, administração e manutenção, radiologia, laboratório, fisioterapia, ultrassonografia, eletrocardiografia, litotripsia extracorpórea, obstetrícia, endoscopia digestiva, videoartroscopia, laparoscopia e cistoscopia.

Atualmente encontra-se em processo a construção de uma nova estrutura física que possibilitará mudanças significativas no papel e na inserção desta instituição na rede de atenção à saúde local e regional.

O novo cenário ampliará para 90 o número de leitos, qualificando-se para prestar atendimento 24 horas, bem como ampliará 10 leitos de UTI. Será referência para as áreas de geriatria e psiquiatria, e haverá a criação de um centro de prevenção e tratamento de doenças crônico-degenerativas não-contagiosas, tais como hipertensão, diabete, Parkinson e Mal de Alzheimer. Introduzirá o programa de parto humanizado, bem como prevê a organização de internações domiciliares. Assume também compromisso com a formação de recursos

⁴¹ A necessidade da construção do Hospital Bom Pastor surgiu no final da década de 70, quando a população rural da região enfrentava problemas com atendimento médico hospitalar, década marcada por dificuldades para acessar o atendimento médico-hospitalar. A crise então vivenciada pelo Fundo de Atenção ao Rural (Funrural) expressava em última análise, a crise do modelo fragmentado da atenção prestada pela previdência social brasileira que dá seus sinais de crise neste período. Esta situação leva os produtores rurais vinculados aos sindicatos e trabalhadores e produtores rurais, juntamente com a Cotrijuí, a construírem alternativa. Em 1980, o hospital credenciado para atender a população rural, no caso o HCI, rompeu relações com a Previdência Social, deixando a população rural sem atendimento, fato que leva a Cotrijuí em 1981 a conformar uma rede de hospitais em sua área de atuação, a qual foi denominada de Hospital Boa Pastor S.A. Sobre sua trajetória, relembra Frantz (2003) que a história da Associação Hospitalar Bom Pastor (AHBP) tem a sua origem ligada às dificuldades de acesso à assistência médico-hospitalar, necessidade sentida especialmente nas famílias rurais. A experiência vivida por estes agricultores do associativismo possibilitou elementos importantes para a organização da suas economias. Afirma ainda ser a Associação Hospitalar Beneficente Bom Pastor herdeira dessa cultura associativa e tradição do cooperativismo, constituindo-se em uma experiência precursora na construção de instituições públicas não-statais, no campo da saúde.

humanos no campo da saúde como função essencial dos serviços de sua ação. Essa ampliação da infra-estrutura tem como cenário a necessidade imperiosa do pequeno hospital manter-se em um contexto de competitividade para a prestação de serviços ao poder público, convênios e Sistema de Desembolso Direto (SDD).

Esse panorama parece ser vislumbrado para ocupação da atenção em áreas consideradas prioritárias pelo Ministério da Saúde, como geriatria e saúde mental e dependência química, pois os municípios dessa microrregião têm tido dificuldades em estruturação do acesso para seus usuários. No cenário investigado observa-se que o acesso à saúde mental é limitado a pacientes crônicos, egressos de instituições psiquiátricas.

Com relação à contratualização entre o poder público e o hospital, manifesta-se o gestor:

O Hospital Bom Pastor também tem convênios com algumas áreas específicas, pequenos procedimentos ambulatoriais e saúde mental (EG3).

Sobre a centralidade destes convênios cabe ressaltar que a realização de pequenas cirurgias ambulatoriais decorre do fato das UCS e ESF não possuírem infra-estrutura para tal, reforçado pela ausência de um pronto-atendimento municipal que poderia absorver essa demanda. Em relação à saúde mental, o estabelecimento do convênio, por meio da constituição de um Centro de Atendimento Psicossocial (Caps I), mantido por esse hospital, amplia o acesso a usuários portadores de sofrimentos psíquicos. Na área de dependência química houve no passado um programa da SES/RS denominado “Cuca Legal”, que objetivava atender usuários dependentes químicos e que teve como parceiro para a sua efetivação no município de Ijuí e região o HBP. Este programa criado pela gestão estadual que antecedeu a atual, foi desativado por falta de pagamento pelos serviços prestados a essa instituição. Em seu lugar passa a vigorar um programa municipal denominado “Vida com Dignidade”, na tentativa de suprir o acesso de um segmento populacional específico que tem

se revelado importante devido à procura, com uma lista de espera que pode prolongar-se por mais de três meses.

Sobre o referido convênio manifesta-se o prestador:

Na verdade, é o serviço que o município contratou. Nós até oferecemos e temos capacidade instalada de atender um volume maior de procedimentos cirúrgicos e de saúde mental. Porém, o valor repassado é o valor contratado. Até se discutiu a possibilidade de ampliar, mas o município alega questões de limitação de recursos. O convênio de saúde mental, no final de 2003, começo de 2004, iniciou junto com o convênio do Estado. No ano seguinte se completou com o município a demanda que se teve. Então surgiu a “Vida com Dignidade”. Esse é outro programa a nível ambulatorial que o município de Ijuí mantém com o hospital (EP1).

Com relação ao convênio entre o poder público e a instituição, identificamos que os procedimentos ambulatoriais são realizados a partir de cotas fixas; para serviços de radiologia foram contratados 25 procedimentos/mês, e 30 procedimento/mês para os atendimentos ambulatoriais denominados de pequenas cirurgias. Este convênio se difere do estabelecido com o HCI na medida em que opera a partir de um limite de cotas pré-fixadas de procedimentos, enquanto que o convênio da Atenção Básica estabelecido com o HCI tem como fator regulador um teto financeiro mensal. O procedimento de prestação de contas da assistência realizada segue os critérios já discutidos por ocasião do convênio com HCI (IJUÍ, 2008a).

O segundo convênio que mantém o poder público com o HBP denomina-se “Vida com Dignidade”, que objetiva a execução de serviços de assistência médico-hospitalar na área da Psiquiatria, a partir da prestação de 250 atendimentos/mês. O HBP possui uma equipe multiprofissional que garante o acesso dos usuários na assistência ao alcoolismo, drogas e depressão. O trabalho se desenvolve por meio de atividades terapêuticas individuais, em grupo, oficinas terapêuticas e acompanhamento familiar (IJUÍ, 2008b).

O trabalho realizado por profissionais vinculados ao HBP assume, a partir da agenda do serviço, o atendimento de todos os encaminhamentos feitos por profissionais da rede básica ou pelo próprio usuário que busca atendimento. O acesso se faz mediante

agendamento, ou seja, não existe classificação de risco e, em situações em que o serviço mantido pela rede básica não absorver novos usuários, estes são encaminhados para o HBP, que está autorizado a atender até o montante de 250 casos por mês, gerando longa fila de espera.

A inexistência de um serviço na rede de Atenção Básica que absorvesse a demanda por atendimento em saúde mental a crianças e adolescentes, levou à propositura do poder público municipal para que o HBP assumisse as atividades do Caps I, instituído em 2008, para garantir acesso a serviços de “assistência médico-hospitalar na área de tratamento de crianças e adolescentes até 18 anos em sofrimento psíquico e adultos com dependência química por alcoolismo/drogas e depressão grave” (IJUI, 2008c).

Com relação ao acesso dos usuários aos serviços, identificamos que este, por não realizar o acolhimento com classificação de risco, acaba por fragilizar a atenção prestada a seus usuários em decorrência de existir dificuldade de comunicação entre as equipes das UCS e ESF com os profissionais que atuam neste campo, principalmente junto aos Caps I e II, gerando longa fila de espera para o atendimento.

Diante do exposto podemos identificar que a rede de Atenção Básica conta com o suporte do HBP em áreas que, no momento, o gestor entendeu mais adequado comprar a organizá-los a partir da requalificação de suas unidades, bem como da conformação de equipes especializadas para tal. Se existe o estabelecimento de convênios entre as instituições filantrópicas e o poder público é porque existe flexibilidade na legislação a ponto de poder concretizá-la. O estabelecimento de convênios dessa natureza para além de complementar a prestação de atendimentos à rede básica e, portanto, ampliar o acesso, deve ser feita a partir de instrumentos regulatórios claros, transparentes, os quais permitem à sociedade civil intervir de forma qualificada na avaliação, execução e renovação dos referidos contratos.

7 – Organização do acesso à Média Complexidade

7.1 O protagonismo do Cisa na organização da Média Complexidade

O acesso aos serviços da Média Complexidade⁴² na rede de atenção à saúde do município de Ijuí é realizado preferencialmente por meio do Consórcio⁴³ Intermunicipal de Saúde (Cisa). Este se caracteriza por ser uma instituição civil, sem fins lucrativos, que se constitui em instância de regionalização das ações e serviços de saúde que busca consonância com os princípios do SUS. Objetiva viabilizar investimentos de maior complexidade que potencialize a resolutividade das ações e serviços por intermédio do controle popular e representar os municípios que o integram em assuntos de interesse comum, perante quaisquer outras instituições públicas e privadas. Busca o referido consórcio racionalizar os investimentos de compras e de uso de serviços de saúde e viabilizar a conformação do Distrito Sanitário da Região Noroeste do Estado do RS, conforme princípios e diretrizes do SUS. Está organizado administrativamente por um conselho formado por prefeitos, conselho distrital e uma secretaria executiva (CISA, 2006).

Sobre a criação do consórcio argumenta o prestador:

O Cisa foi criado, fundado na época, para em conjunto conseguir preços menores e também profissionais, que os municípios não têm condições de ter funcionários exclusivos. Para comprar serviços de profissionais, principalmente de média complexidade, como consultas especializadas, exames laboratoriais. Mesmo que o município mantenha convênio com o profissional é diferente de um grupo de municípios, em maior quantidade, com demanda maior, pode oferecer ao profissional uma demanda maior (EP3).

⁴² Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. Este nível de atenção é regulado pela resolução do CNS n. 307/227 e Portaria n. 252/GM, de 2000, que redefinem a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade. Integra este nível um conjunto de ações e serviços cujo objetivo é garantir aos usuários do SUS a integralidade da assistência. São nominados como serviços de média complexidade pelo MS (2008) os procedimentos especializados realizados por profissionais médicos e/ou outros de nível superior e médio, cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédico, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatológico e citopatológico, ultra-sonografias, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, prótese, órteses e anestésias.

⁴³ O termo “consórcio” significa, do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois ou mais entes da mesma natureza e constitui-se em um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), os consórcios intermunicipais são experiências da gestão pública com tradição no Brasil de longa data, uma vez que já era prevista essa possibilidade de associações entre municípios para a administração de serviços públicos na Constituição Federal de 1937. Foi a partir dos anos 80, no entanto, com o início do processo de descentralização, que esta forma de associação tomou vulto na busca de soluções de problemas comuns. Para o município de pequeno porte representa a possibilidade de oferecer a sua população um atendimento de maior complexidade.

O Ministério da Saúde considera o consórcio um importante instrumento para a consolidação do SUS, tanto no que diz respeito à gestão quanto no tocante à reorientação do modelo da atenção prestada à população. Assim, ao buscar essa forma de associação para solucionar questões específicas, como urgências e emergências, os gestores municipais devem ter como perspectiva a integridade das ações. Entre as bases legais que sustentam a criação dos consórcios, situamos, no âmbito da saúde, a legislação específica do Sistema Único de Saúde (SUS) a Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080/90, Lei Federal n. 8.142/1990 e NOB-SUS 01/96 (MS/1997).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam a atender os principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para apoio, diagnóstico e tratamento. Este nível de atenção é regulado pela resolução do CNS n. 307/227 e Portaria n. 252/GM, de 2000, que redefine a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade.

Para Lima (2000), os consórcios de saúde amplamente instituídos no Brasil a partir da municipalização da saúde, foram regulados pela Constituição Federal de 1998. Revelam a forma desigual que marca desde o início o processo de descentralização, mostrando as

diferenças presentes e persistentes no território brasileiro. Desta forma, passam os municípios a conformar os consórcios como uma maneira de suprir as limitações identificadas em relação à estrutura e equipamentos de maior complexidade tecnológica. Esta modalidade de organização entre os entes públicos municipais também se revela como uma importante estratégia para resolução das dificuldades identificadas em relação aos recursos humanos e financeiros, criando um mecanismo que possibilita o acesso de um número maior de usuários, garantindo, desta forma, a integralidade da assistência.

Com relação ao papel que desempenha o Consórcio Intermunicipal de Saúde no espaço local e regional, manifesta-se o prestador que:

No início ele sempre foi uma instituição privada (Cisa), porque todos os consórcios eram privados. Entretanto, agora a partir da lei 11.107, que regulamenta os consórcios, somos públicos sem fins lucrativos. Foram credenciados vários profissionais, vários laboratórios, tudo aquilo que os municípios não tinham em suas redes. O consórcio ia atrás desses serviços, os comprava por valor baixinho, pois comprava grande quantidade. Oferecia grande quantidade de municípios, a nossa população está em torno de 318 mil habitantes do consórcio em 36 municípios. Assim foi ampliando o serviço, ampliando tanto que tivemos que sair da sala, que era pequena [...] e havia a necessidade de comprar medicamento para ajudar os municípios em forma de pregão eletrônico (EP3).

A fala anterior revela que o consórcio passa a assumir um papel preponderante junto aos municípios consorciados, indicando ser este um elemento pró-ativo no processo de organização da atenção de média complexidade em municípios cuja capacidade de liderança encontra-se fragilizada.

Mendes (2001a) comenta que a municipalização da saúde colocou para os municípios o imperativo de buscarem formas associadas e cooperadas para superar os problemas identificados. Neste sentido, o surgimento dos consórcios de saúde não foi resultante de política nacional, mas foi, segundo o autor, a resposta às demandas crescentes em relação ao acesso aos serviços de saúde sentidas por gestores locais. Esse quadro é consequência da crise fiscal do modelo autárquico da municipalização que retirou progressivamente as funções das SES em relação à prestação e regulação do acesso da média e alta complexidade.

Para Mendes (2001b), os Consórcios Intermunicipais de Saúde, para além de conformarem em respostas a centralização dos serviços de maior densidade tecnológica, também constituíram uma nova forma de gestão pública não-estatal com a instituição de um ente privado que se enquadra na forma de descentralização por delegação.

Os usuários, por sua vez, revelam dificuldades em compreender o papel que este ente desempenha na conformação da rede de atenção, uma vez que não dispõem de elementos e poder para contrapor à forma de organização do acesso às especialidades. Na média complexidade (exames e consultas especializadas) e compra de medicamentos, segue a lógica do custo-benefício e não existem critérios ou indicadores que mostrem a necessidade da demanda e resolutividade do mesmo. As manifestações dos entrevistados a seguir revelam o grau de dificuldade de estabelecimento das necessidades, uma vez que a demanda tende a ser regulada pelo prestador de serviços:

O conhecimento do conselho (CMS) é em valores, praticamente o que é gasto em torno de R\$ 100.000,00 ao mês, que o município gasta através do Cisa. Em algum momento a gente já questionou as especialidades, por especialidades, por tipo de exame, como tava fluindo e foi nos passado um relatório uma vez, mas muito superficial sobre isso. Houve, até inclusive, uma sugestão de que ou através do Cisa ou o município se fizesse um estudo das especialidades ou exames que mais se gastava e ver a possibilidade da contratação de um profissional para fazer esse atendimento ao invés de comprar do Cisa. Porque muitas vezes se a quantidade é elevada vale a pena contratar profissional para ele fazer o atendimento na secretaria, ou até mesmo o atendimento no Cisa. Foi passado que o Cisa não tem pretensão de fazer a contratação desses profissionais, e o município não nos deu resultado, sobre uma avaliação (para contratação) de especialidades se teria condições de ser feita. Por exemplo, fisioterapia, que é muito comprada seções de fisioterapia, nós questionamos e a secretaria nos disse que estava pensando em fazer o concurso, a rede municipal não tem fisioterapeuta. É uma demanda que existe e ela é grande. O setor (SMS) que faz o encaminhamento para a fisioterapia, através do Cisa, eles autorizam ou não. Eles dizem que a pessoa não precisa, mas eles não autorizam o número solicitado, forçando a pessoa a fazer o restante particular (ECS1).

A fala do representante do controle social revela o grau de dificuldade que possui a sociedade civil para acompanhar a regulação do acesso dos usuários na média complexidade. As informações que os mesmos dispõem limitam-se ao montante financeiro e ao relatório mensal de pagamento da fatura. Houve iniciativas por parte do CMS de sugerir alternativas

para a compra desses serviços, considerando a demanda municipal. Essa buscava uma adequabilidade ou racionalidade para os custos financeiros pagos pelo município. Sugere a fala que não houve ressonância por parte da SMS em relação à possibilidade de reversão deste processo. As alternativas sugeridas tinham como propósito diminuir o ônus sobre o usuário, posto que nem sempre alguns procedimentos são autorizados na íntegra, fazendo com que este tenha uma co-participação para a finalização do tratamento sugerido.

Lembram Santos e Merhy (2006, p. 27) que a regulação na saúde, ao longo dos anos, foi pautada por interesses incompatíveis. Fragilizar a regulação e a regulamentação por parte do ente público é desconhecer que a prestação de serviço em saúde é mediado por interesses que ora são pautados por segmentos vinculados ao setor privado de saúde, ora por interesses públicos. Nesse sentido, ao ente público que não possui parâmetros técnicos para autorizar o acesso à realização do procedimento, ele favorece a prática da complementaridade financeira do usuário para com o ente prestador.

A fala do conselheiro corrobora com Santos e Merhy (2006) no sentido de que a inexistência de estudos epidemiológicos para a utilização de parâmetros técnicos pode provocar inadequabilidade em relação à regulação do acesso. Essa discussão encontra ressonância nas orientações do MS (BRASIL, 2007), ao tratar do acesso à média complexidade.

A pesquisa também revelou como o Cisa organiza um conjunto de ações para uma macrorregião. No caso do HBP, para além do convênio estabelecido com a Prefeitura de Ijuí, também oferece seus serviços na área da saúde mental a um conjunto de municípios. Sobre isso se manifesta o prestador:

Nós oferecemos atendimento, via Cisa, nas endoscopias, radiologia, saúde mental. Entretanto, nós temos a venda do nosso serviço por módulos. O entendimento é de uma atenção integral, não é uma consulta, ele encaminha para o módulo. O que dá direito a um módulo? A um atendimento com psiquiatra, dois atendimentos psicológicos e um atendimento de enfermagem (EP2).

Essa fala revela que o ente prestador mobiliza-se no sentido de organizar tecnologias para o cuidado, por meio dos módulos assistenciais. Ao mesmo tempo em que conforma seus serviços com uma equipe ampliada de saúde, pode estar revelando a fragilidade que possuem alguns municípios em relação à Atenção Básica, que daria segmento ao usuário quando este retorna a sua origem.

Quando analisados os dados referentes à compra de serviços pelo gestor local, via Cisa nos dois últimos anos verificamos que em 2006 foram comprados 97.896 procedimentos e em 2007, 72.897 (CISA, 2007, 2008). Observamos que em relação a 2006 houve um decréscimo de 25,6% na compra de serviços, fato que não foi objeto de análise para identificar as razões dessa diminuição significativa de um ano para o outro. O que se pode afirmar é que nas especialidades em que há uma maior demanda para a compra de serviços não houve investimento público próprio que pudesse justificar essa redução.

Sobre o financiamento do Cisa manifesta-se o gestor:

Com o consórcio (Cisa) do SUS nós não vamos pagar o que foi mandado pagar ao (setor) privado (em detrimento ao) filantrópico, nós conseguimos passar quase R\$ 100.000,00 por mês que o Estado coloca no consórcio, para subsidiar o que os municípios põem. O Consórcio é 100% público, tem recurso público que vem das secretarias municipais que compram o serviço (EG5).

O gestor, ao referir-se ao consórcio, toma este como um ente público, posto que a sua manutenção financeira é eminentemente de recursos públicos advindos das três esferas governamentais: federal, estadual e municipal. Este perfil de financiamento caracteriza-o como entidade de caráter público, passível, portanto, de ser regulado, avaliado e acompanhado por instituições como: Tribunal de Contas da União (TCU), Tribunal de Contas do Estado (TCE), Auditoria Interna dos Municípios (AIM), assim como pelo Ministério Público (MP).

Com relação ao eixo organizador da atenção à média complexidade pelo Cisa, este se dá pela oferta e não pela demanda dos municípios consorciados. A organização pela oferta

possibilitou o surgimento de complexos empresariais privados na área da saúde. Esse movimento é perceptível no cenário local na medida em que, nos últimos anos, inúmeras clínicas privadas foram constituídas, as quais estão habilitadas para a prestação de serviços junto ao Consórcio.

A respeito disso comentam os prestadores:

Então ele pode se organizar e pode se estruturar. Sendo conveniado pelo Cisa, ele vai ter uma demanda de serviço bem maior. Então ele pode fazer uma empresa de serviços, porque ele vai ter uma escala (volume) de trabalho, isso é a finalidade número 1. E posteriormente, foi criada a central de compra de medicamentos, que é motivada pelo preço. Ijuí não participa da central de compras de medicamentos via Cisa, que é a cidade maior da nossa região (EP3).

O HCI vai trazer serviços novos, medicina nuclear, médicos novos de São Paulo. Vão ter que pagar os médicos, porque assim você consegue competir melhor, caso contrário fica aquele feudo, que são os donos da verdade e da cidade. O consórcio tem que fazer isso, qual é o papel do consórcio? Já que ele tem uma receita boa... Ele tem que oxigenar, o que dá o segmento, que é o tratamento do hospital, seja o Bom Pastor, seja o HCI, por aí mais ou menos, é o que eu acho e para isso estou trabalhando. Para isso temos o CISA, para tentar resolver problemas (EG5).

A primeira fala corrobora na discussão acerca do incremento empresarial privado na prestação de serviços de saúde de média complexidade. Já a segunda expressa que, mesmo sendo representante do gestor estadual, reafirma a importância do papel que desempenha o Cisa no fomento para a organização da atenção da média e alta complexidade por meio dos hospitais filantrópicos. A fala do representante do ente estadual afirma a liderança que assume o consórcio na organização da atenção média e alta complexidade no cenário de estudo. Isto parece-nos contraditório na medida em que destitui a missão que tem a SES/RS, por meio das suas CRSs, na formulação e organização da atenção à saúde.

Assim, reafirma Mendes (2001b), os consórcios quando têm maior autonomia gerencial na resolução da organização dos serviços de maior densidade tecnológica, não devem ser vistos como substitutos do ente estadual. Não pode, portanto, desempenhar função de gestão dos sistemas de saúde, o que é de competência exclusiva do Estado.

7.2 A organização da Média Complexidade pela 17ª CRS/RS

Outra instituição com sede local que é responsável pela organização da média complexidade tanto para o município quanto para uma macrorregião, é a 17ª CRS/RS. Está sob sua ação a coordenação do acesso para usuários dos serviços públicos de saúde a um conjunto de procedimentos, disponibilizados nos municípios de sua área de abrangência, assim como fora desta e/ou em outros Estados brasileiros.

Sobre o papel do ente Estadual manifesta-se o gestor:

Nesse sentido, como você percebe, os (pequenos) municípios são proponentes de políticas de saúde ou eles são meros executores daqueles programas que vêm da esfera federal, da esfera estadual. Contudo, os municípios da nossa região não têm capacidade de serem, de terem no campo da administração do seu sistema local de saúde, tirando a questão do hospital, eles não são capazes de produzir algumas redes de atenção que rompa, que vai para além. Como por exemplo, hoje nós sabemos que o PSF é uma grande política. Mas, na questão-base, os municípios têm dificuldades ou não de implementar outras ações que não venham, inclusive, com dinheiro bem definido (EG5).

A fala do representante do gestor estadual afirma que, junto aos municípios que têm responsabilidade administrativa, e neste se inclui o município em estudo, não há lideranças pró-ativas na instituição de políticas inovadoras de saúde. É nítida nesta fala a dependência dos municípios em relação à propositura de programas e ações que exijam investimentos próprios ou advindos de outras fontes que não dos entes estadual e federal.

Neste sentido, por ocasião da observação de campo, nos foi oportunizada a participação na reunião de pactuação dos indicadores da Atenção Básica entre o gestor municipal e o ente estadual com suas respectivas assessorias técnicas. Mesmo sendo essa uma reunião para pactuar Atenção Básica, cujo domínio é do nível local devido ao seu modelo de gestão, é importante discuti-la neste momento porque retrata a postura que esses atores sociais assumem nesse cenário político. Observou-se uma posição passiva do gestor municipal em relação à negociação dos indicadores, assim como alguns equívocos referentes a índices a

serem pactuados, revelando, desta forma, a baixa vocalização deste e das equipes assessoras para a propositura de ações inovadoras, uma vez que não apresentaram dados técnicos e epidemiológicos que sustentassem uma ação pró-ativa municipal. Assim, a pactuação deu-se de forma normativa, conduzida pelo gestor estadual com a anuência do ente municipal.

Este espaço de negociação retrata a fala do representante do gestor estadual supracitada quando discorre sobre a baixa capacidade dos municípios em liderarem projetos inovadores na área da saúde, o que é verdade também para a atenção de média e alta complexidade.

Diferentemente, em relação à organização da atenção da média complexidade operada via Cisa, a Coordenadoria Regional de Saúde mantém protocolo regulado e assessorado pelas equipes técnicas que a compõem e segue um fluxo regular que organiza o acesso dos usuários provindos da Atenção Básica e que mantém também um canal de comunicação entre usuário, SMS, CRS e prestador de serviços. Sobre o fluxo que organiza o acesso passamos a discorrer.

O procedimento para acesso à media complexidade segue caminho regular para os distintos procedimentos, diferenciando entre si apenas em relação à documentação que deve ser anexada para o cumprimento do protocolo administrativo, assegurando aos serviços conveniados o ressarcimento dos trabalhos prestados pelo ente Estadual. Estes serviços são adquiridos mediante convênios estabelecidos entre a SES/RS, MS e prestador. Os recursos financeiros que sustentam o financiamento da média e alta complexidade são oriundos dos entes Estadual e Federal, em alguns casos complementados com recursos advindos dos FMS.

O procedimento de acesso aos serviços segue um protocolo que deve ser cumprido pelo conjunto dos municípios. O protocolo estabelece que o usuário deve ter sido atendido pela rede de Atenção Básica, sendo estabelecido um processo administrativo pela SMS que encaminha para avaliação e autorização da CRS. Esta realiza o contato com o prestador credenciado, agenda o procedimento e retorna à SMS a informação sobre o mesmo.

Existe uma segunda situação referente ao acesso à média complexidade, denominada de Serviços Fora do Domicílio (SFD). Os serviços não-disponíveis na área de atuação da 17ª CRS/RS seguem o seguinte protocolo: constituição de processos administrativos na SMS que são encaminhados para avaliação e autorização na SES; esta devolve o protocolo para a CRS que informa a SMS sobre o agendamento do procedimento; a SMS informa ao usuário, assim como deve assegurar o seu deslocamento.

Cabe destacar que é de responsabilidade da 17ª CRS assegurar o acesso para usuários de sua região de abrangência a serviços de alta complexidade⁴⁴ ofertados em sua área ou a SFD. Seguem esses os mesmos protocolos estabelecidos para a média complexidade.

O recebimento dos processos encaminhados pelos gestores locais de saúde para a estância regional garante fluxo contínuo dos mesmos, e o acesso em tempo hábil dos usuários depende principalmente da agenda que os serviços conveniados possuem para acolhimento desta demanda. Excluído, entretanto, o fato de que este pode ultrapassar 30 dias, todos os pedidos autorizados são realizados e, conseqüentemente, o gestor regional garante o ressarcimento do atendimento feito pelo prestador, à exceção de exames de ressonância magnética, cuja cota é de 8 procedimentos mensais autorizados pela SES. Essa cotização limita o acesso condicionado a sua autorização a um parecer de auditor médico, seguindo a sua liberação por ordem de entrada do protocolo.

Cabe destacar ainda que, em relação aos protocolos de organização da atenção, existe uma demanda por procedimentos não-realizados pelo consórcio e nem pela CRS/RS, que necessitam de complementaridade do ente municipal. O fluxo desses procedimentos segue critérios estabelecidos pelo serviço social da SMS, no caso de Ijuí, que toma posse da avaliação da necessidade e procede a uma avaliação para identificar o grau de vulnerabilidade

⁴⁴ O MS (BRASIL, 2008) define alta complexidade como sendo o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (Atenção Básica e de média complexidade).

social apresentada pelo usuário. Esse é o critério principal que determina a liberação do recurso para a realização do procedimento ao usuário.

Cabe ressaltar, diante do exposto que, mesmo tendo uma regulação normativa do acesso às Coordenadorias Regionais de Saúde, isso não é garantia de atendimento imediato aos procedimentos. Cumprido o protocolo, o acesso ao procedimento segue à ordem de entrada do pedido na coordenadoria. Da mesma forma que identificado na SMS quando do agendamento para as ações de média complexidade, neste ente público não foi possível identificar a existência de instrumentos técnicos ou de avaliadores que possam definir o grau de necessidade para a realização do procedimento.

Este cenário mostra a existência de listas de espera para o acesso a procedimentos de média complexidade e, do mesmo modo que identificamos junto ao Cisa, não há um acompanhamento da qualidade e resolutividade dos serviços prestados, revelando que o acesso à média complexidade realizado por ambas as instituições não regula a contra-referência, componente essencial da coordenação da assistência na avaliação da qualidade da atenção prestada aos usuários do sistema público de saúde.

Atualmente conta a rede de Atenção Básica com os serviços próprios de média complexidade ambulatorial de cardiologia, oftalmologia, mastologia, dermatologia, urologia, proctologia, oncologia, CEO, Caami, Central de Imunização e SAE-DST/HIV. Em breve entrarão em funcionamento os serviços de um mamógrafo adquirido pelo município para ampliar cobertura de atendimento.

7.3 Sistema de co-pagamento no acesso à Média Complexidade

A experiência do co-pagamento em serviços de saúde é uma prática amplamente divulgada na literatura acerca dos seguros privados de saúde no mundo (MENDES, 2001; IPEA, 1998). A modalidade de co-pagamento adotada em diversos países objetiva

compartilhar os gastos da assistência em saúde entre os serviços e usuários. Aponta o estudo que nos Estados Unidos o co-pagamento é a modalidade mais utilizada, uma vez que o mercado privado é o organizador do acesso dos usuários aos serviços de saúde. A França usa como modalidade de diminuição de custos um instrumento denominado de *ticket modérateur* em procedimentos ambulatoriais e hospitalares, e na Inglaterra há cobranças em relação aos medicamentos distribuídos por serviços públicos (IPEA, 1998).

Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA, 1998) analisa as experiências internacionais e nacionais referentes à contribuição dos usuários nos serviços de saúde. Esta assume denominações múltiplas de acordo com o país e período em que foi proposta, podendo ser denominada de co-pagamento, taxa moderadora, participação no custeio, contrapartida do usuário ou, ainda, tarifa social.

A experiência brasileira no que diz respeito ao co-pagamento é amplamente usada na modalidade supletiva junto aos planos de saúde fechados. Foi utilizado no modelo de atenção operado por meio do Inamps/MPAS, no qual o acesso ao atendimento diferenciado junto aos hospitais era cobrado (IPEA, 1998). Essa experiência passa a balizar a forma como a sociedade brasileira compreende ou não a gratuidade nos serviços públicos de saúde que entrou em vigor a partir de 1988.

Os defensores da tese da participação dos usuários no custeio dos serviços de saúde advogam que este fato valoriza o uso dos serviços por parte do usuário e se institui em mecanismo de controle social (IPEA, 1998).

Sobre esse tema manifesta-se o gestor:

Por isso eu sou uma daquelas pessoas que advogam uma questão que, de repente, não fecha com as diretrizes do SUS. Mas por uma questão de qualificação, de repente, tinha que se encontrar, e nós buscamos isso, tem que haver um fator de moderação. Tem que ter um fator de controle. Uns dizem assim: “Cobre um mínimo”, que você já vai ter outra resposta. Porque tudo que é de graça, totalmente de graça não é bem usado, isso é um problema cultural. Mas nós, nesse caso, e nem poderia, porque a legislação não permite. Não se cobra o que se faz: se estabelece um controle de frequência, através dessa informatização, esse é o nosso propósito, esse é o nosso moderador (EG1).

A fala do gestor local nos dá indícios de que o setor público necessita de mecanismos regulatórios do acesso dos usuários sob sua responsabilidade; faz defesa do co-pagamento do usuário como fator moderador para mudança de uma cultura institucionalizada em relação ao consumo das ações de saúde no setor público, mesmo tendo consciência de que fere os princípios do direito universal previstos na Constituição Federal de 1988; admite o uso de um controle pelo setor público via frequência de utilização desses serviços por meio da informatização.

Por ocasião da observação foi identificado que o atual sistema de informatização da rede municipal de saúde não possibilita ao gestor o acompanhamento, o controle da frequência e o consumo de serviços pelos usuários, uma vez que a rede não está conectada na Internet e o registro das informações é realizado manualmente, o que demonstra a inviabilidade de qualquer instrumento de regulação do acesso nessa direção, não confirmando a fala do gestor anterior.

A Constituição Federal de 1988 não faz referência direta sobre a gratuidade das ações de saúde, ficando implícito esse direito quando o legislador, no artigo 196, define a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Assim, a saúde passa a se constituir como a única atividade pública, socialmente útil, caracterizada constitucionalmente como de “relevância pública”, conforme artigo 197 (BRASIL, 1988). Nesse sentido, o caráter universal do sistema de saúde brasileiro impõe restrições para a adoção de fatores de moderação para o acesso dos usuários ao sistema público.

Possas (1996) afirma que no momento em que é instituído o co-pagamento, por menor que seja o valor, este passa a ser inequitativo, uma vez que a nossa sociedade é marcada por diferenças sociais significativas, fato que oneraria os segmentos tradicionalmente mais desprotegidos. Desta forma, o valor cobrado para acessar os serviços públicos de saúde passa a revelar a clivagem social.

A modalidade de co-pagamento nos serviços de média complexidade é uma prática que encontra ressonância na rede de atenção de saúde no município de Ijuí/RS. Essa prática é denominada “tarifa social” e é de conhecimento do setor público. Referindo-se à tarifa social o gestor diz:

Quanto à tarifa social, Joana vem aqui e diz o seguinte. “Eu quero consultar um neurologista pelo Cisa, mas pelo Cisa vai levar uns 20 dias, e eu quero antes”. Daí nós respondemos: “Minha senhora, nós não pode liberar antes porque tem que aguardar esses 20 dias”. Ela responde: “Não vou aguardar!” Então nos encaminhamos para que ela converse com o médico. Assim, a pessoa vai ao consultório e secretária diz: “Bem, se você me pagar R\$ 100.00, você é atendida hoje”. E eles são atendidos no dia e o médico já passa os exames e os retornos, tudo via Cisa. O paciente volta de novo para nós, sem contra-referência ou referência (EG3).

Sobre esse caminho descrito pelo gestor foi possível identificar na SMS a forma como esta organiza o acesso para a média complexidade. O procedimento administrativo reza que o usuário venha acompanhado por encaminhamento de um profissional da rede básica com a solicitação do procedimento requerido. Chegando ao PC, denominado de “SUS”, o usuário passa a constituir uma fila designada especificamente para o agendamento dos procedimentos da média complexidade. Como a SMS estabelece cota financeira diária para liberação da compra de serviços via Cisa, o usuário, na tentativa de garantir o acesso, busca os serviços com várias horas de antecipação. Identificamos a formação de filas a partir das 18 horas do dia anterior. Somente às 7 horas é que começam a ser distribuídas as senhas de acesso para o agendamento, em setores específicos.

É nesse momento que o usuário tem sua solicitação agendada de acordo com a disponibilidade financeira, retornando em data posterior para a retirada da solicitação autorizada. A partir daí ele se dirige ao serviço conveniado autorizado e marca, de acordo com a agenda do prestador, o dia da realização do procedimento.

Este é o caminho que faz o usuário da Atenção Básica quando necessita de acesso à média complexidade. Essa forma de regulação do acesso tem revelado que o usuário enfrenta

uma longa fila de espera em dois momentos distintos: o primeiro na SMS, por ocasião da autorização que, entre o dia do agendamento e o da retirada da autorização, pode transcorrer mais de 90 dias; o segundo decorre do agendamento junto ao prestador, que pode também ter que aguardar por igual ou maior período.

É nesse cenário que o usuário é levado a tomar a decisão de efetuar co-pagamento, via tarifa social, dependendo da sua premência em realizar o exame e/ou de suas condições financeiras para efetuar o co-pagamento. Durante a fase de observação, e por meio de acesso a documentos técnicos da SMS, não foi possível identificar a existência de instrumentos técnicos e/ou profissional habilitado para auditar a urgência ou não da solicitação. Este fato revela que o instrumento que regula esse acesso é a fila e a disponibilidade financeira da SMS para a liberação de cotas diárias de procedimentos.

Este contexto revela a fragilidade do mecanismo de regulação do acesso do usuário, ao mesmo tempo em que deixa sob a responsabilidade deste a busca de alternativas para agilizar o seu acesso. Neste sentido, a possibilidade de co-pagamento é de responsabilidade do usuário, eximindo o gestor do que é pactuado entre usuário e prestador.

Identificamos, por ocasião da observação feita na rede de Atenção Básica, que esta prática é de conhecimento dos trabalhadores, gestores e usuários da rede pública de saúde.

Manifestam-se os usuários:

Leva da Secretaria junto (requisição), dependendo do médico da rede (ele) dá a requisição. Por exemplo, para levar no consultório (privado) tem que mostra o papel lá, né, para pagá a diferença. Se não tu não consegues (EU5).

Tem outra coisa assim, eu preciso de meio em meio ano consultar um oftalmologista para meu menino. Daí eu tenho que ir lá, eu pego a requisição, eu tiro ficha e eu tenho que pagar a diferença de R\$ 70,00 cada vez. Eu pago no consultório do médico. Se não, eu pago a consulta inteira, que é assim: eu vou lá, consulto (UCS), pego a requisição com o pediatra, daí eu vou ao consultório médico e marco e tenho que pagar a diferença de R\$ 70,00. De meio em meio ano tem que fazer isso. Mas tenho que pagar, paguei três vezes, agora tenho que pagar de novo (EU6).

Deve ser a metade da consulta, eu acho, né! Porque com o dr. Y dá uns R\$ 140,00 a consulta dele (EU5).

Eu já fiz exame de sangue no caso pela tarifa, daí paguei a diferença de R\$ 12,00, no caso (EU3).

A fala dos usuários reafirma a modalidade de co-pagamento, “tarifa social”, a que estão submetidos. É possível identificar que a “opção” pelo co-pagamento acaba sendo por necessidade decorrente da premência “sentida” pelo usuário para a avaliação técnica. Nesse sentido, o que corrobora para a indução do usuário efetuar o co-pagamento está relacionado ao protocolo estabelecido na SMS, que não leva em consideração, por ocasião do agendamento, a urgência ou não da demanda. O pagamento da dita “tarifa social” é realizado diretamente ao prestador.

Viana, Piola e Reis (BRASIL, 1998) comentam que a prática do pagamento *por fora* é uma forma de discriminação de acesso aos serviços públicos de saúde. É provável que essa modalidade de acesso aos serviços especializados incentiva os usuários, em situação econômica diferenciada, a contratar serviços privados de assistência médica e hospitalar na expectativa de terem garantido um melhor acesso aos serviços privados de saúde.

Contrapondo-se a essa percepção, o gestor ressalta a qualidade do acesso dos usuários à média complexidade via setor público.

Visto que, enquanto muitos municípios estão fechando os hospitais, nós estamos construindo hospitais. Isso óbvio, leva em consideração valores acima daquilo que a legislação preconiza, em vez de 15% da receita líquida, nós chegamos a investir 24% do nosso orçamento da receita líquida em saúde. Então nós, creio que tenho que recolher o testemunho de algumas pessoas, no decorrer da semana, que diziam que não estão gostando dos planos particulares, porque a rede pública, SUS, está dando resposta que às vezes nem os planos contemplam. Em termos de tratamento de alta complexidade, via SUS, há uma resposta positiva aqui em Ijuí. Desse modo, se a gente fizer uma análise mais ampla, nós acreditamos que avançamos muito e que temos muito no que avançar. A saúde é uma questão muito complexa (EG2).

Identifica-se na fala do gestor uma valorização para as ações desenvolvidas na atenção de média e alta complexidade junto ao município de Ijuí. Lembramos que o modelo de gestão à saúde no cenário local não comporta a regulamentação dos serviços de média e alta complexidade comprados pela rede de hospitais filantrópicos e/ou privados.

Percebe-se, por outro lado, a expansão de serviços de saúde complementar. Nesta seara identificamos no espaço local o plano de saúde complementar mantido pelo Hospital de

Caridade de Ijuí e da Unimed. Ambos buscam absorver os usuários do SUS que possuem capacidade de pagamento e que, em função da falta de acesso à rede de atenção, acabam migrando com a idéia de que neste terão garantidas as suas necessidades de assistência à saúde. Afirmam Souza e Bodstein (2002), que é em função da precariedade da oferta de serviços públicos e da fragilidade da organização destes que os segmentos de assistência privada de saúde se fortalecem nos espaços municipais, em especial, as cooperativas médicas.

Sobre este cenário de migração manifesta-se o usuário que passa a optar por não-adesão à tarifa social e sim aos planos privados de assistência:

Eu não paguei agora porque fiz a Unimed, mais eu ia pagar porque ele precisa óculos também, daí ia acontecer a mesma coisa (EU3).

O cenário descrito até agora reforça que as dificuldades para o acesso aos serviços de média e alta complexidade levam os usuários a pagar a “tarifa social”, dependendo de sua condição socioeconômica e/ou passa a contratualizar serviços privados de assistência.

Outra modalidade para agilizar o acesso aos serviços de média e alta complexidade, rompendo, portanto, com o conjunto de procedimentos administrativos e com a “tarifa social”, são os caminhos “alternativos”.

A respeito disso manifesta-se o usuário:

O que acontece bastante aqui no nosso setor, por exemplo, porque nós somos da Penha. Por exemplo, o que aconteceu com a minha mãe e com seu Nelson. Você chega ali, às vezes tu agenda para a semana que vem. O doutor dali te pede uns exames, por exemplo, exame de pulmão, um eletro, uma coisa e aí exame de sangue. Tu tens que carimbar ali e carimbar lá embaixo no SUS. No SUS, tu chegas lá, te dão os exames para 90 dias. Daqui a 90 dias tu fazes o exame, quando faz em 90 dias, isso quando não é mais de 3 meses. Lamentavelmente a gente tem que usar de outras fontes pra poder pular. Só lamento que têm outros que ficam atrás, que tem gente também esperando esses 90 dias. O que acontece é que o cara chega lá, como tu conheces o pessoal lá dentro, conhecem politicamente uns aqui dentro da Prefeitura, eles carimbam o teu papel. De repente 10, 15 dias te atendem. Mas, eu lamento que tenham os outros lá, ao pular a fila. Se não tu tens que ficar 60, 90 dias esperando para conseguir um exame, para fazer o exame, qualquer tipo de exame desde sangue (EU1).

A fala deste usuário traz à tona outra possibilidade que possuem para acessar a média e alta complexidade na rede de atenção à saúde. Essa é possível na medida em que o usuário é

detentor de informações ou posição política privilegiada na comunidade, o que lhe garante com maior rapidez o acesso aos serviços.

Por ocasião da observação foi possível identificar que os usuários detentores de liderança junto as suas comunidades são, na sua maioria, “conhecidos” pelos trabalhadores da SMS.

Comenta o usuário:

Tu tens que ser do conhecimento deles. (Se) tu é um cara mais ou menos bem cotado no teu bairro, na tua região, um exemplo, eu pego exame de fulano, sicrano e beltrano levo lá pra esse meu amigo. Ele acha que eu vou ser cabo eleitoral dele nas próximas eleições e carimba os exames. Outros que não são, que tu não tens conhecimento dele, que ele acha que tu é de outro partido político, esses ele vai deixando os exames lá, pra daqui três mês...aí chega os afilhado, que eles acham que vai fazer campanha pra eles. Chegam lá e dizem: “Preciso”, daí eles carimbam e ligam pra ti que tu tens o teu (exames, consulta) marcado para 5 dias. Mas (se) tu não és da sigla partidária deles, empurram o teu lá pra mais uns dias. A justificativa é que o doutor não pode tê atende por causa disso e disso... acham desculpa até que o doutor está doente, foi em tal lugar. Mas não, o doutor está atendendo, as pessoas que eles acham que vão ser cabo eleitoral deles nas próximas eleições, isso acontece, aconteceu comigo. Mas mesmo assim eles querem, dão preferência para gente, porque tu és uma pessoa, digamos, mais popular que a outra, daí tu chegas lá com o exame do outro, chegas e eles carimbam na hora e dizem: “é daqui 2 dias” (EU1).

O comentário deste usuário nos remete ao fato de que estar alinhado politicamente com o gestor, constitui-se fator facilitador para agilizar o seu acesso na atenção à saúde, assim como o institui mediador nas questões do acesso entre usuários e sistema público de saúde. Esse conjunto de fatores vai criando capilaridades em relação às formas alternativas de acesso mais individualistas e menos solidárias. As primeiras vão sendo instituídas e culturalmente aceitas pelos usuários e pelo sistema de saúde. Essa naturalização rompe com o princípio ético em relação ao estado de direito instituído pelo arcabouço jurídico-legal.

O cenário local até aqui discutido tem se mostrado como fator de tensionamento entre instituições gestoras, prestadores de serviços e usuários, revelando a existência de conflitos entre os distintos sujeitos que compõem a rede de atenção de saúde.

8 – Relações conflituosas na Rede de Atenção

8.1 Conflitos entre os diferentes atores sociais

O conflito que permeia as relações entre os diferentes sujeitos e com as instituições tem sido objeto de estudo de diferentes campos do conhecimento. Para Cecílio (2005), na saúde estes conflitos são sempre conscientes, como fenômeno, comportamento, ruídos. Para o autor os conflitos presentes nos serviços e instituições de saúde podem ser explicados a partir da posição que cada um ocupa nas estruturas das organizações. O conflito também está presente na medida em que dois ou mais atores analisam, de forma divergente, uma dada realidade, uma vez que esta análise é resultante do lugar que os indivíduos ocupam e do comprometimento que cada um tem.

Para Sales et al. (2007), os conflitos são resultados de diferenças quanto às idéias, valores ou sentimentos. Existe, portanto, no interior das organizações/instituições, diferença de olhares dos distintos atores, uma vez que este é permeado pelo lugar que o indivíduo ocupa na estrutura institucional. Desta forma, identificamos a existência de conflitos que marcam a relação do gestor municipal com os prestadores.

Este conflito aparece de forma explícita na fala do gestor na medida em que revela a baixa vocalização na definição dos convênios.

Sobre os conflitos presentes na rede de Atenção Básica que envolve a SMS e a AHCI, identificamos as seguintes situações:

É uma relação muito difícil com o nosso convênio. Eu tenho dificuldade de falar sobre este convênio porque como técnica eu não concordo com a forma com que ele é realizado, com a forma que ele é avaliado. Então, não tenho controle nenhum, foge os parâmetros, visto que faz dois anos que eu monto o projeto no final do ano e que daí eles são “gatos escaldados”, assim nós nos frustramos muito (EG3).

O gestor refere-se ao tensionamento que existe em relação ao convênio existente entre a Atenção Básica e o HCI. A fala manifesta que as avaliações técnicas para a propositura de reorganização da rede de Atenção Básica não são consideradas por ocasião da renovação

desses. A “queixa” expressa na fala do gestor nos remete às considerações já realizadas sobre a forma como tradicionalmente este convênio vem sendo renovado, de forma aleatória aos interesses dos técnicos de ambas as instituições, assim como da sociedade civil organizada por meio do CMS, fato já relatado pelo conselheiro.

O HCI, como já foi referido anteriormente, é a instituição preferencial com a qual o poder público municipal estabelece convênio para dar suporte e cobertura à assistência básica, instituindo este como sendo o único serviço de acesso de urgência/emergência na cidade.

A fragilidade que tem o gestor público quando não tem sob sua coordenação os serviços de pronto-atendimento e, por conseqüência, não desenvolveu capacidade administrativa adequada para o acolhimento das demandas dos seus usuários, tem permitido o hospital barganhar por ocasião da renovação do convênio de prestação de serviços.

São cerca de 20 postos de atendimentos que a Secretaria tem entre bairros e interior, na sua maioria, os postos que são nos bairros. Eles têm atendimento não em tempo integral, a não ser os que têm o PSF. É uma falha que se tem, o Conselho mesmo vem pedindo isso há algum tempo e foi deliberação das conferências, é de que o município implante o pronto-atendimento (PA) em nível municipal para que não dependa do convênio com o Hospital de Caridade, que tem a cada ano pressionado na época de negociação os valores do convênio, dizendo que vai fechar o pronto-atendimento, que não vai mais atender os cidadãos de Ijuí (ECS1).

A fala do conselheiro revela a baixa vocalização do setor público para acatar as deliberações das Conferências Municipais de Saúde (CMS) que, reiteradamente, vêm deliberando para a constituição de um pronto-atendimento municipal e expõe a fragilidade do ente público na defesa do interesse social. Revela, também, o grau de dificuldade que tem o controle social para se posicionar de forma adequada ante as deliberações trazidas pela sociedade civil.

Referindo-se a este cenário, manifesta-se o prestador:

Tem de novo aquela questão de saúde baixa. Tem momentos quentes, lamentavelmente se dá quando acontece um incidente, que não dá mais para agüentar, que é muito forte a demanda e que todo mundo grita, quer dizer, sofre. Sofrimento pelas pessoas que utilizam os serviços e, principalmente, eu diria para quem atua. Perguntamo-nos, que aconteceu com a rede? Não somos informados...

Ou lamentavelmente quando se tem que sentar à mesa para definir qual o valor que vai ressarcir esses profissionais, esse serviço, o custo instalado porque não se agüenta mais o prejuízo que é gerado por aquela área. Porque a remuneração do serviço de saúde para os atendimentos que vem de lá e um valor ínfimo (EP1).

Evidencia o prestador a dificuldade de organizar os serviços, uma vez que não são informados de situações adversas que ocorrem na rede básica, sobrecarregando os serviços do hospital. Essa situação nos foi passada durante o processo de coleta de dados, referindo-se ao fato de que não há comunicação prévia por parte do gestor à rede sobre alteração nos horários de funcionamento da mesma, gerando a sobrecarga dos serviços de pronto-atendimento. Na opinião do prestador esse cenário provoca desconforto tanto para usuários quanto para os trabalhadores da instituição prestadora.

Afirma o prestador existir um descompasso em relação à remuneração que o hospital recebe por serviços prestados e o volume demandado pelos usuários da rede básica de saúde.

Não identificamos, entretanto, que tenha sido objeto de discussão e avaliação a demanda e os custos dos serviços realizados, pois isto ocorre somente por ocasião de sua renovação, uma vez que o primeiro convênio foi assinado em 2002 e renovado nos anos seguintes. Sobre esta questão afirmada pelo prestador em relação ao custo/benefício do convênio, nos causa estranheza a constância das renovações dos mesmos. À exceção dos valores, as demais cláusulas permanecem as mesmas. Sobre esse aspecto expõe o conselheiro municipal de saúde:

Nós tivemos um período que nós estávamos discutindo a renovação do convênio e já algum tempo, em torno de um mês a dois meses, da discussão no Conselho sobre como deveria ser a renovação do convênio. A gente se decepciona quando acontece isso (pois) tinha sido demandado ao Hospital Bom Pastor, por ocasião dessa ameaça de ruptura do atendimento por parte do HCI para rede. Tinha sido solicitado, por parte do gestor municipal, que o hospital (HBP) fizesse uma proposição para organizar um Pronto-Atendimento e o hospital se organizou. O conselho foi surpreendido pelo acerto contratual (renovação do convênio entre SMS/HCI). O hospital fez um investimento e acabou sendo enganado nessa relação. A gente sentiu no final que o Bom Pastor quase foi utilizado como moeda de negociação com o Hospital de Caridade (ECS1).

Este cenário revela que o segundo hospital com o qual o poder público municipal mantém convênio de prestação de serviços foi, na análise do conselheiro, “usado” na negociação da renovação do convênio com o HCI. Observa-se que, quando o gestor municipal passa a acenar com novas alternativas em relação à prestação de serviços para a rede básica, o hospital em questão reconsidera a sua posição, renovando o convênio.

Essa negociação em relação ao convênio já discutido anteriormente deu-se pelos dois atores principais: o prefeito municipal e o presidente do hospital em outro espaço e retirou o poder de voz e voto dos técnicos da SMS, dos conselheiros municipais de saúde e dos trabalhadores do hospital.

Outra dimensão visível de conflito que apareceu nos dados empíricos refere-se às relações entre usuários e prestadores de serviços.

Agora eles inventaram as tais das bolinhas aquelas no hospital é por ordem que tu chegas mal (risos), tu vais pela bolinha vermelha (risos) se tu chegas mais ou menos tu vai pela bolinha amarela (risos) se tu chegas com febre. Se tu não tens muito problema tu ficas com a bolinha verde, se não, pula lá pra azul, que tu és o último a se atendido (risos). Acaba que as pessoas se estressam, fazem um escarcéu lá dentro, e acabam indo embora porque não agüentam esperá, porque os que bebem, os que aprontam, são privilegiados. Tanto que no sábado passado que nós fomos lá, eu pensava, ta, agora vai andar. Para começar um médico só de plantão, ele te olhava assim, quando ele ia abrir a porta ele dizia: “Pode entrá você sozinha, o acompanhante fica lá fora” Se um pai com criança entrava a mãe não (porque), se não dava muito movimento lá dentro. Ele escalava, era ele que abria a porta e dizia: “Ó, você vem e você fica”. Chegou uma senhora morena lá mal, desmaiando. Ele não deixou o marido dela entrá junto, ela entrou se agarrando nas paredes e tudo. “Você não! Fica lá fora”. (EU5)

A fala do usuário revela um conjunto de situações que estão presentes nessa relação com o PS/HCI. Normalmente a entrada de pacientes em situações de urgência e emergência se faz por uma porta específica. Algumas vezes, entretanto, existem eventos de urgência e emergência que são conduzidos por populares pela mesma porta de entrada do pronto-atendimento. Ambas as entradas são assistidas por uma única equipe, fato gerador do conflito que se estabelece entre os usuários e o serviço.

Sobre o perfil de atendimentos realizados pelo PS/HCI, observemos a Figura 6.

Figura 6: Perfil de atendimentos no PS/HCI no primeiro semestre de 2007.

Fonte: dados da pesquisa (2007).

Os dados revelam que do total de atendimentos realizados no período, 13,77% foram considerados de urgência e de emergência. Esse baixo percentual não justificaria a existência de uma equipe específica para essa área, conforme sugerido pelo usuário. Nesse sentido, outra situação, também relatada nesta fala, refere-se à classificação de risco estabelecida recentemente junto ao serviço, compreendida pelo usuário na medida em que ele identifica o risco pelas cores. O que gera desconforto no usuário, entretanto, é o rompimento do acesso ao serviço que era mediado pela ordem de chegada. Por ocasião da observação de campo vivenciamos este espaço no período anterior à instalação do acolhimento com classificação de risco pelo serviço, sendo possível identificar que, da mesma forma relatada em relação ao acesso nas demais portas de entrada, essa também era permeável a influências externas. Ou seja, se o usuário possuía algum vínculo com os trabalhadores da recepção ou o porteiro, seu acesso se dava de forma diferenciada, podendo este romper com o critério da ordem de chegada.

Outro elemento importante não relatado pelo usuário, mas presente na produção de conflitos e que foi observado durante a pesquisa de campo diz respeito a esta porta de entrada de acesso ser para usuários de convênios. Salvo as urgências e emergências, o critério de

prioridade dado pelo serviço é ser portador de convênios de saúde. Quando analisamos a demanda proveniente de usuários de convênios, identificamos que junto ao PS foram atendidos 7.727 usuários, representando 18,22% da demanda. Por atendimento ambulatorial foram demandados 3.096 atendimentos, os quais representam 25,23% da demanda do serviço (HCI, 2008).

Mendes (2001a) comenta que a cultura da prática da medicina tem-se constituído por via da privatização e que, nesse sentido, sempre existe um privilegiamento para os vários detentores de seguros privados. A prática exercida em relação ao acesso nesse serviço de saúde parece seguir essa lógica.

Outra dimensão do conflito identificado por ocasião da pesquisa empírica refere-se à relação tensionada entre a SMS e a CMS.⁴⁵

Verificamos que as relações entre as instituições são conflituosas até os dias atuais, conflitos esses advindos desde a criação do CMS. É perceptível que a constituição do CMS sofre influências dos gestores e prestadores de serviços, exercendo forte vocalização para as questões inerentes a essas instituições. De tal sorte, a V Conferência Municipal de Saúde realizada em junho de 2007 não teve capacidade de mobilização da sociedade em torno de temas expressivos para a política de saúde, e foi marcada pelo empenho do gestor municipal na mobilização de todos os trabalhadores municipais (estes foram convocados) para tomar parte da conferência, com baixa participação dos demais segmentos sociais.

⁴⁵ Em 1983 foi instituída uma Comissão Interinstitucional de Saúde do Município de Ijuí (Cismi) que desde o início é palco de disputas políticas na área da saúde. Este espaço, entretanto, segundo Pasche (1995, p. 189), não assegura a “orientação do Sistema Local de Saúde a partir de pressupostos definidos pelas entidades populares, pela Universidade e pela Cotrijuf”. Estas instituições, segundo o autor, foram capazes de construir um movimento que constituísse uma comissão de saúde sem, no entanto, dar a condução. Desde sua origem, o que viria a se transformar no Conselho Municipal de Saúde foi pautado por embates entre posições e foram hegemônicas as posições defendidas por representantes do Inamps por intermédio de seu médico-chefe. Na seqüência, sua condução é assumida pelo secretário municipal de saúde que tinha formação e compromissos com o modelo de atenção existente, médico-hegemônico, quadro que vai se modificar em 1986, com a discussão sobre Ações Integradas de Saúde e o advento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. É nesta trajetória de rearticulação de alianças entre a Universidade, Sindicatos de Trabalhadores (urbanos e rurais) e cooperativa que se forma um bloco de ações conjuntas no sentido de enfrentamento dos segmentos que passam a “perder suas estruturas” a partir do processo de descentralização e, mais tarde, municipalização (PASCHE, 1995).

Os Conselhos Municipais de Saúde são inovações introduzidas pelo SUS, frutos dos arranjos constitucionais de 1988 que ampliam sua ação mediante a pactuação entre diferentes grupos com interesses no campo da saúde e são regulados pela Lei n. 8.142 (RIBEIRO, 1997; GERSCHMAN, 2004; ALBUQUERQUE, 2005; TATAGIBA, 2006).

Estudos realizados pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) revelam que, em 2005, a maioria dos conselhos de saúde (70%) funcionava com dificuldades, de forma incipiente (17%), apenas 1% dos Conselhos existentes atingiam o patamar pleno e pouco mais de 10% funcionavam bem (MOREIRA, 2005).

O Conselho Municipal de Ijuí revela sua baixa capacidade de se constituir em porta-voz dos distintos segmentos sociais que representa. O fato de o gestor municipal referir-se ao papel que o Conselho tem na definição de políticas públicas de saúde não altera a forma como o mesmo age no cotidiano com esta instância. Identificamos ser este um poder formal, necessário para que o gestor defina suas ações, uma vez que a definição da política pública se dá no espaço do Executivo e as decisões passam apenas por referendo do Conselho, como revela a manifestação a seguir:

No caso da saúde, especificamente, o orçamento para a Secretaria Municipal da Saúde, ele está organizado em diferentes áreas de atuação, e tem como apoio a representação popular, constituída através de um conselho, o Conselho Municipal da Saúde. Este Conselho respalda as iniciativas ou também desaprova, se for, o caso, todas as ações que o município desenvolve. No entanto, isso tudo passa pela iniciativa da própria secretaria que discute com o prefeito, o gestor da secretaria, o secretário e os assessores. O conjunto desses representantes levanta as demandas dentro das rubricas existentes e administra o dia-a-dia da secretaria. E volto a insistir que o Conselho é uma peça importante e fundamental, porque ele é representativo da sociedade nas decisões e encaminhamentos. Se dependesse da comunidade, obviamente cada comunidade gostaria de ter um núcleo de atendimento em cada bairro, mas não é assim. Pelas linhas de orientações que existem, o conselho realiza as devidas avaliações, respeitando a divisão que é feita da cidade em regiões, e conforme a região ela passa a ter um posto de atendimento (EG1).

A Lei 8.142/1990 institucionalizou uma nova governança local, permitindo que vários atores sociais desempenhem seus papéis de forma democrática e em consonância com os interesses por eles representados. Embora os Conselhos Municipais de Saúde tenham sido

instâncias que possibilitam novas formas de gestão, em algumas situações, como é o caso do município estudado, evidencia-se que ele não tem se constituído em um canal de confronto das relações de força e concepções e interesses políticos em nível local (MONNQRRAT; SENNA; SOUZA, 2002), mas sim tem apresentado dificuldades para exercer sua função gestora, uma vez que o poder Executivo tem imprimido um processo de discussão junto ao CMS, que tem produzido um movimento de imposição da forma de conceber e executar a política local de saúde.

O gestor tem tentado muitas vezes passar proposta sem muita análise do conselho. Em algumas situações tem tido apoio de colegas, que no meu ver tão dando apoio, porque acham que tem ser discutido e votado na mesma reunião. A relação tem sido um pouco tensionada, até no último mês teve uma reunião referente a um PSF rural. Ele chegou (gestor da saúde), a gente sabia pela imprensa da implantação de PSF rural sem o consentimento prévio do Conselho. Na reunião seguinte ele chegou, apresentou no conselho, mas apresentou e disse que tinha que ser votado naquela reunião porque se não ele retiraria o projeto e não apresentaria mais [...] sempre alegando o prazo da esfera seguinte para avaliação e jogando pros conselheiros a responsabilidade de ter ou não o projeto (ESC1).

O outro secretário da saúde, na época, disse que a secretaria havia feito uma avaliação e os valores conseguidos nas negociações tinham sido, inclusive inferiores ao do pregão, que era mais vantagem comprar pela central de compras da prefeitura do que através do pregão do Cisa. Nós solicitamos, com o andar da central de medicamentos, que fizessem um levantamento comparativo entre os preços e apresentassem posteriormente ao conselho (CMS). Estamos, se não me engano, com um ano e meio de funcionamento da central de medicamentos e ainda persiste a dúvida. O secretário (atual) afirma que a cotação deles é menor que a da central de medicamentos. Inclusive, a gente tá pensando em fazer um pedido por escrito para a SMS, de algum medicamento da lista (para o Cisa) para fazer este comparativo. O que a gente não sabe qual é o interesse em manter (a compra pela SMS) (ESC1).

A relação do CMS com o gestor local é tensionada, como revela a fala do conselheiro, posto que o Executivo tem imbuído aos conselheiros a responsabilidade pela aprovação de projetos na área de saúde sem possibilitar a discussão, aprofundamento e análise técnica da necessidade ou não do proposto.

Essa conduta impositiva que tem marcado a relação entre gestor e conselheiros de saúde é caracterizada, segundo Cortes (2002), como uma tipologia em que os conselheiros atuam como intermediários de diferentes demandas e interesses, mas a decisão principal cabe ao Executivo. Aponta ainda outra tipologia dos conselhos que pode se aplicar para essa

situação vivenciada por ocasião da observação, que é bastante comum em pequenos municípios: a indicação pelos dirigentes locais dos membros do conselho ou, quando não-indicados diretamente, mantêm vínculos muito próximos a este, levando, conseqüentemente, a processos de ratificação das decisões tomadas pelo Executivo local.

Estudos de Gerschman (2008) apontam para o esvaziamento no papel político que desempenham os conselheiros municipais na saúde, uma vez que estes foram constituídos em um contexto em que a participação social era necessária e desejada como uma forma de mediar a relação com o Estado. Afirma a outra, no entanto, que passadas duas décadas desde a instituição do SUS, com o esvaziamento dos movimentos sociais que sustentavam essa idéia de representação social, foram perdendo a visibilidade dessas ações na própria sociedade.

A Lei 8.142/1990 que regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS, em um cenário que busca relativizar o lugar do Estado como o único julgador infalível do interesse coletivo e do bem comum, coloca o cidadão como fundante na construção do SUS. Assim, Conselhos de Saúde passam, em sua grande maioria, a representar interesses de determinados segmentos, limitando-os, na sua ação representativa, no acompanhamento da condução das diretrizes que organizam o acesso à rede de atenção local. A fala do conselheiro dá visibilidade nessa conformação política estabelecida no espaço local, apontando para as fragilidades que este encontra para uma liderança proativa em relação às questões gerais de saúde.

Esse cenário de conflitos na rede municipal revela as peculiaridades do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Revela ainda que essa forma de organizar e regular a atenção é permeável à proliferação de uma cultura que redefine e institui mecanismos de acesso permeados por diferentes interesses. Essa capilaridade que vai ocupando os diferentes espaços de atenção corrobora para a fragilização do setor público de saúde, destitui a capacidade técnica argumentativa dos trabalhadores da rede de atenção, assim como passa a instituir no inconsciente coletivo a despersonalização da instituição pública.

9 – Considerações finais

A realização deste estudo possibilitou compreender como os usuários da rede pública de saúde acessam os serviços de saúde no município de Ijuí/RS, buscando identificar, a partir da conformação da rede de atenção existente, elementos potencializadores, bem como os limites e a complexidade presente na garantia do acesso à saúde. Buscou também identificar os instrumentos que possibilitam a regulação do acesso aos serviços de saúde nessa rede de atenção.

Cabe ressaltar, no entanto, alguns aspectos que consideramos significativos no transcurso deste estudo. O primeiro a destacar é de que é uma pesquisa que propõe adentrar em um serviço já constituído e, a partir desta realidade, compreender a forma como este se estrutura para garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Desta forma, registramos que este trabalho não teve a pretensão de esgotar todas as perspectivas de análise, mas sim iniciar uma discussão acerca da dimensão do acesso e dos seus instrumentos reguladores neste cenário. Apostamos que este trabalho tem a possibilidade de subsidiar o espaço local em sua conformação, visando a uma rede de atenção à saúde que garanta o acesso aos seus serviços de forma integral. Entendemos que o acesso se constitui em uma dimensão de avaliação dos serviços na busca da obtenção do direito à saúde. Consideramos, assim, que este é apenas o início de um processo de pesquisas sobre este espaço, o qual pode gerar novas investigações, leituras, análises.

Um segundo registro decorre da contribuição que com este trabalho já produzimos na rede de atenção à saúde. Por ocasião da observação e coleta de dados realizados junto ao PS/HCI foi possível identificarmos que o acesso dos usuários da rede pública de saúde ocorria sem critérios que orientassem o atendimento, bem como a entrada desta demanda. O estudo realizado sobre o perfil dos usuários que procuraram atendimento nos primeiros seis meses de 2007 possibilitou qualificar as buscas apresentadas por usuários, bem como identificar a conduta do serviço de saúde ante a demanda destes. De posse destas informações foi possível

apresentar aos gestores da instituição um diagnóstico sobre o perfil da demanda dos usuários, o qual suscitou debate entre trabalhadores, dirigentes e o grupo de trabalho de humanização. Como decorrência desta pesquisa, passamos a integrar um grupo interno que tem como objetivo ampliar o debate acerca da humanização da atenção e da gestão do SUS nesta instituição, à luz da Política Nacional de Humanização. Construímos uma equipe composta por trabalhadores do PS/HCI, professores da Unijuí e apoiadores da Política Nacional de Humanização, gerando uma mudança no processo de organização do acesso dos usuários por meio da instituição do dispositivo do acolhimento com classificação de risco. Para tal, conhecemos experiências de acolhimento que estavam sendo introduzidas em diferentes hospitais públicos na capital do Estado do RS e fora deste. A partir de janeiro de 2008, com a contribuição de estudantes do curso de Enfermagem da Unijuí, encontra-se em funcionamento o Acolhimento com Classificação de Risco junto ao PS/HCI nas 24 horas. O trabalho desenvolvido por acadêmicos conta com o suporte técnico da equipe médica e de enfermagem do PS/HCI. É possível afirmar que esta pesquisa assume um caráter de formação e intervenção, na medida em que a cada acúmulo de experiência desencadeia novos processos. Foi possível perceber que em 8 meses de execução deste dispositivo houve a ampliação do debate referente à necessidade de organização da rede de atenção, visando à garantia do acesso. Este trabalho também aponta para a necessidade de inclusão dos sujeitos que interagem neste cenário e suscita aos trabalhadores e gestores da rede de Atenção Básica a necessidade do estabelecimento de dispositivos que disparem novos processos, visando à formação de uma rede pública resolutiva que avalie riscos, que crie vínculos e co-responsabilidades entre gestores, usuários e trabalhadores de saúde.

Para subsidiar a discussão sobre o acesso, sustentamos nosso olhar a partir do conceito de acesso e regulação. Foi possível observar que os serviços de saúde que atualmente conformam a rede de atenção de saúde em Ijuí têm, ao longo de sua estruturação, revelado o

papel que os diferentes atores desempenham para garantir o acesso dos usuários a serviços de saúde.

Inicialmente foi possível identificar que a conformação da atual rede de atenção à saúde existente no espaço local guarda íntima relação com o processo de constituição histórica do sistema de atenção de saúde no Brasil. Identificamos que no espaço local, o hospital desempenha, desde sua fundação, papel importante na organização do acesso aos serviços de saúde, pautado no modelo privado comunitário, difundido no interior do RS durante o século 20. Este lugar é hegemônico no modelo de produção de atenção à saúde, sendo complementado inicialmente pela ação do Estado brasileiro via Previdência Social e, de forma marginal, pelo poder local, até 1988.

Percebemos que a ação desempenhada pela Unijuí na década de 80 se faz em um cenário que apresentava um conjunto de elementos potencializadores de sua atuação. O primeiro foi a criação do curso de Enfermagem, o qual passa a ter como marco orientador da formação o modelo de atenção de saúde previsto na Conferência Mundial de Alma-Ata, em 1979. Este elemento possibilita o desenvolvimento de um conjunto de ações em comunidades rurais e periferia urbana e junto a segmentos populacionais excluídos do acesso aos serviços de saúde, que na época eram realizados via hospital comunitário (HCI), Previdência Social e Secretaria Municipal de Saúde, Trabalho e Assistência Social (SMSTAS). O segundo elemento que contribuiu para a adesão da universidade a esses projetos foi o esgotamento do modelo de atenção que excluía a população rural de qualquer espaço de cuidado de saúde, de tal sorte que estes grupos passam a aderir de forma positiva às ações propostas pela universidade.

O terceiro elemento que poderíamos apontar como significativo neste cenário advém do movimento da Reforma Sanitária que, a partir da abertura política dos anos 80, amplia os espaços de interlocução nos quais os direitos ao acesso a serviços de saúde passam a ser defendidos como elementos constituidores da cidadania, gerando debates, confrontos e conflitos.

Verifica-se que estas ações não obtiveram ressonância na construção de uma política pública de atenção à saúde no espaço local, na medida em que essas, ao findarem enquanto projetos, não foram tomadas como possibilidade de reconstrução de novas abordagens e ampliação do acesso aos habitantes deste local. Desta forma, a universidade passa a perder no espaço local capacidade de vocalização, restringindo sua ação à formação de recursos humanos, com uma inserção ora maior ora menor junto às unidades de saúde, sem imprimir mudanças na organização desta rede.

Este contexto de conflitos entre os diferentes atores do espaço local vai conformando uma rede de saúde que tem sua centralidade na atenção hospitalar complementada inicialmente por serviços de Atenção Básica, os quais assumem como dimensão mais expressiva ações de educação e prevenção com uma baixa capacidade de garantia de acesso. Por ocasião desta pesquisa, identificamos a existência de múltiplas portas de entrada que os usuários da rede pública de saúde acessam cotidianamente. Estas são constituídas pela oferta de atenção à saúde em unidades próprias da rede pública, bem como via compra de serviços de hospitais filantrópicos, conformando a rede de atenção à saúde local.

O acesso, quando analisado a partir das unidades convencionais de saúde, revela a baixa capacidade que tem o serviço de acolher e garantir continuidade da assistência aos usuários da rede pública. O limite da integralidade da atenção são possíveis ser identificado na medida em que o usuário passa a ser responsável por garantir a continuidade da assistência. Os serviços têm baixa capacidade de acolher e de dar segmento às demandas apresentadas pelos usuários, e a oferta da assistência opera a partir da lógica da demanda espontânea. Os instrumentos gerenciais tradicionais ainda em operação para regular a oferta dos serviços não apresentam inovações para superar a longa permanência em filas, às quais é submetido o usuário para obter acesso à assistência em todos os seus níveis tecnológicos. Foi possível identificarmos que a obtenção do acesso ao serviço de saúde em qualquer porta de entrada da

rede não é garantia ao usuário de ter assegurado acesso a suas demandas. Uma vez que este necessita ser acolhido em outro espaço da atenção, é de sua responsabilidade a busca do atendimento. Quando não é mais possível obter atendimento em uma das unidades da rede pública de saúde, estes acessam livremente o PS/HCI, sem qualquer instrumento regulatório. Da mesma forma, a inexistência de instrumentos regulatórios, organizadores e informatizados impossibilitam ao gestor acompanhar e avaliar as demandas apresentadas por usuários.

A existência de trabalhadores da rede pública de saúde com enquadramento funcional em diferentes jornadas de trabalho, tem contribuído para que os serviços de saúde na rede pública sejam organizados a partir de interesses privados, deixando o usuário sujeito às mudanças constantes na oferta e estruturação dos serviços limitando ainda mais o seu acesso.

As fragilidades na organização e regulação desta rede permitem que os usuários, gestores e trabalhadores conformem múltiplos arranjos na obtenção e oferta do acesso aos serviços de saúde. Este fato tem contribuído para debilitar os tênues movimentos que usuários e trabalhadores têm buscado construir a partir do estabelecimento de critérios técnicos e epidemiológicos para a alocação dos recursos públicos. Este cenário traz como resultado imediato o enfraquecimento do setor público como organizador e regulador do acesso da população à atenção de saúde, fragilizando a Atenção Básica enquanto porta de entrada, reafirmando o papel central que possuem os prestadores, especialmente os hospitais filantrópicos na determinação do modelo de atenção.

Quando do estudo sobre o perfil dos usuários que acessam a porta de atendimento básico junto ao PS/HCI, verificamos que 80,3% da demanda constitui-se por consultas clínicas cuja conduta em 92% dos casos é a liberação sem a contra-referência a um dos serviços da rede pública de saúde. A inexistência de um sistema informatizado que interliga os serviços impossibilita avaliar a demanda e o consumo que o(s) usuário(s) necessitam. Identificam-se dificuldades para o gestor acompanhar o impacto que as ações e programas

instituídos na rede de atenção à saúde produzem a partir dos recursos materiais, tecnológicos, humanos e financeiros. Foi possível observar que os usuários procuram os serviços nas diferentes portas de entrada, e que o percurso que este faz na rede não é acompanhado de regulação e, por consequência, são poucos os estudos, no espaço local, que nos permitem avaliar o impacto que produz esta rede de atenção na garantia do acesso e da sua integralidade.

Identificamos na heterogeneidade das portas de entrada na Atenção Básica a não-garantia por parte do gestor municipal do acesso aos usuários da rede de saúde, a responsabilização do usuário na obtenção do acesso, bem como as longas esperas noturnas em espaços inadequados, sujeito a toda e qualquer forma de risco. Quanto a este dirigir-se a um dos hospitais conveniados, necessita conciliar interesses presentes para a obtenção do acesso, dentre eles o acesso diferenciado pela modalidade de convênio, urgências e emergências, bem como o limite de oferta do prestador.

Quanto ao acesso à Média Complexidade ambulatorial e hospitalar para os usuários da rede pública de saúde de Ijuí/RS, verificou-se a existência de restrições. Este nível de organização da atenção está sob coordenação de um prestador sem fins lucrativos – o Consórcio Intermunicipal de Saúde (Cisa), o qual tem sua ação no Noroeste do RS, possibilitando o acesso dos usuários da rede pública de saúde a serviços privados nas diferentes especialidades médicas, diagnósticos, entre outras.

O acesso dos usuários, entretanto, apresenta fragilidades no que diz respeito a sua regulação, uma vez que não existem protocolos junto à SMS/Ijuí que orientam a definição de prioridade, necessidade e urgência. Foi referida a existência de mecanismos de regulação para a Média Complexidade por meio de médicos autorizadores. Quando verificado se esta ação é pautada por algum instrumento formal ou mesmo por protocolos clínicos que subsidiam a

tomada de decisão sobre qual a situação que deva preceder na compra de serviços privados, no entanto, não identificamos essa regulação.

Sobre a prática de regulação do acesso à atenção à saúde na rede pública, não foi possível identificarmos quais os instrumentos de que o gestor faz uso para acompanhar e avaliar as ações de saúde, à exceção dos procedimentos legais implícitos por ocasião da pactuação de indicadores ou na prestação de conta de recursos aplicados na esfera Estadual ou Federal. Na Atenção Básica o gestor restringe sua ação regulatória ao acompanhamento de autorizações de internações hospitalares (AIH) e aos procedimentos que a rede compra dos hospitais filantrópicos, tendo em vista que estes são remunerados com recursos provenientes do Piso de Atenção Básica (PAB).

Na Média Complexidade é possível afirmar que o gestor local abre mão de sua atribuição legal de acompanhar, avaliar e planejar a compra e prestação de serviços feitos por diferentes prestadores, limitando-se a gerir os recursos financeiros, os quais passam a ser o indicador que predomina para a garantia ou não do acesso dos usuários. Quando ampliamos nossa análise para os serviços que o gestor municipal comprava via Cisa, verificamos: a inexistência de protocolos clínicos que ordenam e regulam o acesso dos usuários, bem como o retorno deste para a rede, a frágil informatização existente na rede, a incipiente ação no campo da vigilância, a baixa vocalização que tem o controle social sobre a qualidade e o impacto que faz com que este serviço fragilize a gestão, o gestor e os usuários.

Não foi possível identificarmos estudos que avaliam o impacto das ações de Média Complexidade em âmbito local e nem pelo prestador, no caso o Cisa, que possa orientar as ações dos gestores e do controle social sobre a adequabilidade dos serviços.

Percebemos que existe uma busca por serviços especializados que têm sua origem em consultórios privados. Esta está diretamente associada à dificuldade que os usuários encontram para acessar os serviços de especialistas, uma vez que a procura é superior à

capacidade que a rede tem de absorver. Há inexistência de critérios que indicam prioridade para o acesso, uma vez que é a ordem de chegada que o determina. Este cenário restritivo tem levado usuários a acessarem serviços privados de saúde para a consulta o que, por consequência, gera para o setor público a demanda por exames e tratamento.

Essa prática, amplamente usada de troca de receita, acaba por diferenciar o acesso entre os usuários da rede pública.

Os médicos autorizadores têm sua ação restrita ao papel de autorizadores de exames específicos, cujos valores dependem de complementação de recursos próprios do poder público municipal. Existem protocolos coordenados pelo Serviço Social que definem os mecanismos para acesso a procedimentos especializados que não estão disponibilizados junto aos serviços próprios ou conveniado via Cisa.

O procedimento regular existente para acesso de serviços especializados que não possuam cobertura por meio da rede básica ou da 17ª CRS fica condicionado ao grau de vulnerabilidade social do usuário, elemento relevante para a garantia do acesso com a devida anuência do médico auditor que define o grau de urgência da demanda, a partir de critérios clínicos próprios que autorizam o acesso a serviços que são pagos com recursos próprios.

O acesso a serviços especializados, exames e procedimentos agendados via Cisa, faz-se mediante agendamentos ou informalidades concedidas pelo gestor. Estas situações revelam que existe uma lógica de acesso aos serviços de saúde diferenciada por usuários do SUS, resultante da fragilidade de instrumentos regulatórios da rede, possibilitando a convivência de várias modalidades de acesso.

Esta sistemática de atendimento das demandas que tem origem nas unidades de saúde gera um descontentamento por parte dos usuários que, inconformados, buscam alternativas. A mais usual é recorrer a um “padrinho” político que, no caso, pode ser desde o prefeito municipal, vice-prefeito ou vereadores, que encaminham “pedidos” de atendimento especial,

ou mesmo no caso do Secretário da Saúde, que determina a compra do serviço imediatamente. Observamos que o usuário, ao ser conhecedor desta prática comum do “jeitinho”, o faz sem o menor pudor e é, na sua maioria absoluta, acolhido pelo gestor, fato que tem gerado conflitos entre os técnicos e os administradores. Uma prática amplamente identificada para o acesso diferenciado à Média Complexidade via Cisa, é identificada como “tarifa social”, um sistema de co-pagamento. Esta prática acaba por penalizar os usuários da rede de serviços públicos de duas maneiras: a primeira porque viabiliza o acesso aos serviços mediante a capacidade de pagamento do usuário que o retira da fila de espera; a segunda, quando o critério de acesso é por ordem de chegada do pedido e não pelo grau de necessidade, penalizando os usuários que não possuem recursos financeiros, vocalização ou “outras” modalidades de acesso sem avaliar risco.

O estudo revelou a existência de conflitos permanentes que perpassam as relações dos diferentes atores que conformam a rede de serviços de saúde. Foi possível identificar a baixa vocalização que apresentam os usuários por meio de seus representantes ou na sua mediação com os serviços de saúde para a garantia do direito de acesso a estes de forma integral, gratuita e contínua na rede de atenção de saúde. Identificamos, também, conflitos entre gestor público e prestadores em relação às atribuições, limites e obrigações que cada um tem na estruturação da rede de atenção à saúde. Esse cenário de conflitos na rede municipal revela as peculiaridades do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Revela, ainda, que essa forma de organizar e regular a atenção é permeável à proliferação de uma cultura que redefine e institui mecanismos de acesso permeados por diferentes interesses. Essa capilaridade que vai ocupando os diferentes espaços de atenção corrobora para a fragilização do setor público de saúde e destitui a capacidade técnica argumentativa dos trabalhadores da rede de atenção, assim como passa a instituir no inconsciente coletivo a despersonalização da instituição pública.

Referências

ALBUQUERQUE, A. **O papel dos Conselhos na fiscalização pública:** Democratização da Gestão, fiscalização e Responsabilização. Disponível em: <<http://www.revista.mcampos.br/Administracao/Producao docente/artigos/ano4/N.08/23080062>>. Acesso em: 7 maio 2008.

ALMEIDA, D. R. **Gestão participativa:** o potencial do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Estudos de Sociologia. Revista do programa de Pós-Graduação em sociologia da UFPE, v. 12, 2003. p. 99-129. Disponível em: <http://www.politica hoje.com/sociologia/publicacoes/publicacao_1_11.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2008.

AMB. Associação Brasileira de Municípios. Disponível em: <<http://www.abm.com.br>>. Acesso em: 9 set. 2006.

ANDREY et al. **Para compreender a ciência:** uma perspectiva histórica. Rio de Janeiro: Garamond; São Paulo: Educ, 2004.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Acesso aos serviços de saúde:** uma possibilidade a ser construída na prática. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17462.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde. Diretoria da Assistência à Saúde. Coordenação de Regulação. **Manual para implantação de Centrais de Regulação.** Salvador: Sesab, 2003. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/regulasaude/complexo_regulador.asp>. Acesso em: 15 out. 2007.

_____. Secretaria da Saúde. Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde. Diretoria de Regulação do Sistema de Saúde. Coordenação de Regulação. **Regulação da Assistência à Saúde:** o que o município precisa saber. Salvador, 2005. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/regulasaude/complexo_regulador>. Acesso em: 15 set. 2007.

BERNARDES, A. **Gestão colegiada:** a visão da equipe multiprofissional. Ribeirão Preto, 2005. 194 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: CARVALHO; SANTOS. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 01/96.** Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, n. 170, 2 set. 1996, seção 1, p. 17.064-17.073.

_____. Ministério da Saúde. **1997, ano da saúde no Brasil:** ações e metas prioritárias. Brasília. 1997. 16 p.

_____. Ministério do Planejamento e Orçamento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do co-pagamento.** Textos para Discussão n. 587. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.** Brasília, DF, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USRR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF), 2001b. p. 15.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02** Brasília Ministério da Saúde, 2002.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS.** Brasília: Conass, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde.** Conferência Sergio Arouca: relatório final. 2003, Brasília, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma do sistema de atenção hospitalar brasileira.** Brasília – DF, 2004, p.163.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.607/GM, de 10 de dezembro de 2004.** Plano Nacional de Saúde/PNS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/GM_2607.pdf> Acesso em: 28 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS.** Noções Básicas sobre os processos de apoio à gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: 12 mar. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648/2006.**

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 3.123/06.** Homologa o Processo de Adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 208 p. – (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília, 2006b, 76 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. Brasília, 2006c. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>>. Acesso em 20/08/2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual de complexos reguladores**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema. Brasília, 2006d.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta complexidade no SUS**. Brasília: Conass, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas**. Disponível em: <<http://www.ms.gov.br/sas>>. Acesso em: 24 maio 2007.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Dados sobre o perfil da atenção no município de Ijuí, RS**. Disponível em: <<http://ministeriodasaude.gov.br/siab>>. Acesso em: 1 ago. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica**. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/PSF/cronograma2008.htm>>. Acesso em: 11 jun. 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. 2008. **Define Média e Alta Complexidade**. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>>. Acesso em: 16 jun. 2008.

BRUM, A. J. **Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Unijuí: uma experiência de universidade comunitária: sua história, suas idéias**. Ijuí: Ed. Unijuí, 1998.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na formação médica**. Diretrizes. Documentos preliminares, 2005. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/conasems/ma/mostra>>. Acesso em: 27 abr. 2008.

_____. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. 871 p.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 4 mar. 2008.

CARVALHO, G. I. de; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90). 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CECILIO, L. C. de O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://scielosp.org/scielo>>. Acesso em: 6 maio 2008.

CHAVES, M. **Complexidade e transdisciplinaridade**: uma abordagem multidimensional do setor. Disponível em: <<http://www.psy.med.br/textos/complexidade/complexidade.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2006.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995. Série I. Escola, v. 16.

CISA. Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. **Regimento Interno**. S/d.

_____. Controle de atendimento. **Fatura de atendimento**. Prefeitura Municipal de Ijuí. Período de 1º/01/2006 a 31/12/2006.

_____. Termos aditivos. **Contrato de prestação de serviços entre o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – CISA e a Associação Hospital de Caridade de Ijuí – HCI (2001/2002/2003/2004/2005/2006)**.

_____. **Alteração estatutária n. 01, de 07/04/2006**.

_____. Controle de atendimento. **Fatura de Atendimento**. Prefeitura Municipal de Ijuí. Período de 01/01/2007 a 31/12/2007.

_____. Tabela de exames. **Consultas especializadas**. Acesso em: 17 set. 2006.

CORTES, S. M. V. **Construindo a possibilidade da participação dos usuários**: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias. Porto Alegre, ano 4, n. 7, jan./jun. 2002, p. 18-49. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a02n7.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2008.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of Medical Care**. Milbank Mem. Fund. Q. 44:166, Part 2, 1966. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php/SciELO Brasil](http://www.scielo.br/scielo.php/SciELO%20Brasil)>. Acesso em: 4 jan. 2008.

_____. **Aspects of medical care administration**. Cambridge: Harward University Press, 1973.

DUARTE, R. Entrevista em pesquisa qualitativa. **Educar**. Curitiba: Ed. UFPR, n. 24, 2004, p. 213-225.

_____. **Pesquisa qualitativa**: reflexões sobre trabalho de campo. Cadernos de Pesquisa. Rio de Janeiro, n. 115, 2005, p. 139-154.

EVANGELISTA, P. A.; BARRETO, S. M.; GUERRA, H. L. Acesso à internação e fatores de risco associados ao óbito nos hospitalares por doença isquêmica do coração no SUS. **Arq. Bras. Cardiol.** Feb. 2008, v. 90, n. 2, p. 130-132. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066>>. Acesso em: 20 jul. 2008.

EVANGELISTA, R.; OLIVEIRA, V. F. F.; PETINARI, V. S.; PEREIRA, S. L. Acesso digital: o direito à informação na área da saúde versus a propriedade intelectual da informação tecnológica. In: IFLA – International Federation of Library Associations and Institutions (Org.). **The virtual customer**: a new paradigm for improving customer relations in libraries and information services. Munchen: Saur, 2005, p. 142-168.

FEKETE, M. C. Estudo de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. Unidade 3. Texto de apoio da unidade 1, 1995, p. 177-184.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, apr./jun. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/inovacoes/betim.htm>>. Acesso em: 19 jul. 2008.

FRANTZ, W. **Uma iniciativa comunitária no espaço público não-estatal**. O Hospital Bom Pastor. 2003 (material não publicado).

FRENK, J. El concepto y la medicion de accesibilidad. **Revista de Salud Publica de México**. México, p. 438-453, 1985.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20(6):1670-1681, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 5 maio 2008.

GOLDIM, J. R. **Aspectos éticos da assistência em situações de emergência e urgência**. <<http://www.ufrgs.br/bioetica/emergen.htm>>. Acesso em: 1 maio 2008.

GOMES, G. M.; MACDOWEL, M. C. **Elos frágeis da descentralização: observações sobre finanças dos municípios brasileiros**. 1995. Disponível em: <<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/229965/Gomes%20Os.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2008.

GOMES, M. E.; BARBOSA, E. F. A. **Técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos**. Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais. Fev. 1999. Disponível em: <<http://www.educativa.org.br>>. Acesso em: 24 mar. 2008.

GOMES, R. A. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 67-80.

HBP. Hospital Bom Pastor de Ijuí, RS. Disponível em: <<http://www.hbp.org.br>>. Acesso em: 14 maio 2006.

_____. **Demonstrativos financeiros de 1998, 1999, 2000, 2001**.

HCI. Hospital de Caridade de Ijuí. **Informações sobre a oferta de serviços**. Disponível em: <<http://www.hci.org.br>>. Acesso em: 14 maio 2006.

_____. **Sistema de urgência/emergência**. Atendimentos por cidade/RS. Período de 1º/01/2007 a 31/12/2007. Acesso em: 28 jan. 2008.

_____. **Sistema de gerenciamento de informações.** Estatística Hospital. 1º/01/2007 a 31/12/2007. Acesso em: 15 abr. 2008.

_____. Diário mensal de atendimento. **Média de 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007.** Acesso em: 20 abr. 2008.

_____. **Relatório de avaliação de gestão 2007.** Acesso em: 20 abr. 2008.

_____. **Boletim de atendimento – Pronto-Socorro.** Acesso em: 18 jan. 2008.

_____. Informações. **Demanda PS/HCI referente ao ano de 2007.** Relatório, 2008.

HERTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública.** 20 Sup. 2004, p. 331-366.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000.** Domicílios particulares permanentes, segundo mesorregiões, microrregiões, municípios, distritos, subdistritos e bairros. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2000>>. Acesso em: 29 maio 2007.

_____. Estatística do Registro Civil de 2005. **Malha municipal digital do Brasil:** situação em 2005a. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 24 set. 2007.

_____. Assistência Médico-Sanitária 2005. **Malha municipal digital do Brasil:** situação em 2005b. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 25 set. 2007.

_____. Ministério da Educação, Instituto de Estudos e Pesquisa Educacionais – INEP. Censo educacional 2006 e Censo da Educação Superior 2005. **Malha municipal digital do Brasil:** situação em 2005c. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 24 set. 2007.

_____. Disponível em: <<http://www.municipiodeijui.rs.gov.br/Ijuidados2006>>. Acesso em: 24 set. 2007.

_____. **Informações da região noroeste.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 jun. 2005.

IJUÍ. Município de Ijuí. Secretaria Municipal de Desenvolvimento **Diagnóstico sócio-econômico do município de Ijuí, 1999.** Ijuí: Associação Comercial e Industrial de Ijuí – ACI, Prefeitura Municipal, Unijuí e Sebrae, 1999.

_____. Poder Executivo. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde, 1999.** Ijuí, 1999.

_____. Poder Executivo. **Lei Municipal n. 2.523/90.** Institui a Secretaria Municipal de Saúde – SMS.

_____. Poder Executivo. **Lei n. 2588/90**. Trata da estrutura e das atribuições da SMS.

_____. Poder Executivo. **Lei n. 2617/91**. Institui o Conselho Municipal de Saúde – CMS, instituído através da emenda à Lei Municipal n. 3.335/97.

_____. Poder Executivo. **Lei n. 2.66/91**. Institui o Fundo Municipal de Saúde – FMS.

_____. Poder Executivo. Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente. **Convênio 0002/2003**. Convênio que fazem entre si o Município de Ijuí, através da Secretaria Municipal de Saúde e Associação Hospital de Caridade de Ijuí, para prestação de serviços de Assistência Médico-Hospitalar.

_____. Poder Executivo. **Lei n. 4.230, de 10 de março de 2004**. Autoriza o Poder Executivo a ratificar Convênio n. 001/2004 que celebram o Município de Ijuí, através da Secretaria Municipal de Saúde e a Associação Hospital de Caridade de Ijuí.

_____. Poder Executivo. Secretaria Municipal de Saúde. **Convênio 001/2004**. Convênio que fazem entre si o Município de Ijuí, através da Secretaria Municipal de Saúde e Associação Hospital de Caridade de Ijuí, para prestação de serviços de Assistência Médico-Hospitalar.

_____. Poder Executivo. **Termo Aditivo de Prorrogação do Convênio n. 001/2004**. Município de Ijuí. Poder Executivo e Associação Hospital de Caridade de Ijuí – HCI, para a execução de Serviços de Assistência Médico-Hospitalar.

_____. Poder Executivo. **Termo Aditivo de Valor Adicional ao Convênio n. 001/2004**. Município de Ijuí. Poder Executivo e Associação Hospital de Caridade de Ijuí – HCI, para execução de Serviços de Assistência Médico-Hospitalar.

_____. Poder Executivo. **Lei n. 4505, de 4 de janeiro de 2006**. Autoriza o Poder Executivo a Ratificar Termo Aditivo de valor adicional ao Convênio n. 001/2004, que celebram o Município de Ijuí, através da Secretaria Municipal de Saúde e a Associação Hospital de Caridade de Ijuí - HCI, para execução de Serviços de Assistência Médico-Hospitalar, para fins que menciona e dá outras providências.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão Municipal 2006**.

_____. Poder Executivo. Administração Municipal 2005- 2008. **Informe Epidemiológico do Município de Ijuí n. 0001**. Ano I, jun. 2006. Tiragem 5000 exemplares. Disponível em: <<http://www.municipiodeijui.rs.gov.br/Ijuidados2006>>. Acesso em: 24 set. 2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Ijuí, RS. **Informação sobre Rede de Atenção Básica de Saúde**. Disponível em: <<http://www.prefeituramunicipaldeijui.rs.gov.br>>. Acesso em: 6 maio 2006.

_____. Secretaria Municipal de Turismo de Ijuí, RS. **Informação sobre o perfil do município**. Disponível em: <<http://www.prefeituramunicipaldeijui.rs.gov.br>>. Acesso em: 6 maio 2006.

_____. Poder Executivo. **Lei n. 4.643, de 17 de janeiro de 2007**. Autoriza o Poder Executivo Municipal a firmar convênio n. 002/2007, que fazem entre si o Município de Ijuí, através da Secretaria Municipal de Saúde e Associação Hospital de Caridade de Ijuí, para

execução de Serviços de Assistência Médico-Hospitalar na Atenção Básica, para fins que menciona e dá outras providências.

_____. Poder Executivo. Secretaria Municipal de Saúde. **Convênio 002/2007**. Convênio que fazem entre si o Município de Ijuí, através da Secretaria Municipal de Saúde e Associação Hospital de Caridade de Ijuí, para prestação de Serviços de Assistência à Saúde na Área da Atenção Básica, conforme Lei n. 4.643, de 17/01/2007.

_____. Poder Executivo. Secretaria Municipal de Saúde. **Informe Epidemiológico do Município de Ijuí n. 002**. Ijuí, ano II, jun. 2007.

_____. Poder Executivo. Secretaria Municipal de Ijuí. **Informe Epidemiológico do Município de Ijuí n. 003**. Ijuí, ano III, jun. 2008.

_____. Poder Executivo. Secretaria Municipal de Saúde. Assistência Farmacêutica. **Boletim informativo n. 2 – Métodos de Contracepção**. Ijuí, jan. 2007.

_____. Poder Executivo. **Convênio 002/2008**. Convênio que fazem entre si o Município de Ijuí, através da Secretaria Municipal de Saúde e Associação Hospital Bom Pastor de Ijuí, para prestação de Serviços de Assistência Médico-hospitalar, autorizado pela Lei n. 4.786, de 15/01/2008.

_____. Poder Executivo. **Convênio Vida com Dignidade**. Convênio que fazem entre si o Município de Ijuí, através da Secretaria Municipal de Saúde e Associação Hospital Bom Pastor de Ijuí, para prestação de Serviços de Assistência Médico-Hospitalar na área Psiquiátrica, autorizado pela Lei n. 4.786, de 15/01/2008.

_____. Poder Executivo. **Convênio Saúde Mental**. Convênio que fazem entre si o Município de Ijuí, através da Secretaria Municipal de Saúde e Associação Hospital Bom Pastor de Ijuí, para prestação de Serviços de Assistência Médico-Hospitalar na área de Dependência Química e Depressão Grave, 04/01/2008.

IPD. Instituto de Políticas Públicas e Desenvolvimento da Fundação de Integração, Desenvolvimento e Educação do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Fidene, 2005. Disponível em: <<http://www.unijuí.tche.br/ipd>>. Acesso em: 29 jun. 2005.

IWASSO, S. Aumenta número de hospitais que oferecem planos de saúde no país. **Jornal O Estado de São Paulo**. Caderno Vida & Saúde. Segunda-feira, 25 fev. 2008. Disponível em: <<http://www.estado.com.br/editoriais/2008/02/25/ger>>. Acesso em: 21 abr. 2008.

KOPF, A. W. **A reformulação do setor saúde do Município de Ijuí (RS) no período de 1983 a 1989**. 1992 Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, ENSP, FIOCRUZ, Brasil, Ijuí, RS, Unijuí, 1992.

_____; PETRY, R. D. A Unijuí e o campo da saúde coletiva. In: PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. (Orgs.). **Saúde coletiva: diálogos contemporâneos**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2005, p. 41-57.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do trabalho científico**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LAPÃO, L. V. A complexidade da saúde obriga à existência de uma arquitetura de sistemas e de profissionais altamente qualificados. **Tékhnē - Revista de Estudos Politécnicos**. Disponível em: <<http://www.scielo.aces.mctes.pt/scielo.php>>. Acesso em: 2 jun. 2008.

LAZZAROTTO, D. **História de Ijuí**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2002 (Coleção Museu Antropológico Diretor Pestana).

LIMA, A. P.G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out./dec. 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 3 maio 2008.

LIMA, L. S. M.; PORTELA, M. C.; UGÁ, M. A. D.; BARBOSA, P. R.; GERSCHMAMN, S.; VASCONCELOS, M. M. Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil. **Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 1, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 21 abr. 2008.

LOBATO, L. V. C. **Reforma sanitária e reorganização do sistema de saúde**: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços. 2000 f. Tese (doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, Rio de Janeiro, 2000.

LORA, A. P. **Acessibilidade aos serviços de saúde**: estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no Município de Pedreira, São Paulo. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2004.

LUCINDA, E. Só de sacanagem. **Jornal da Poesia**. 2006. Ensaio, crítica, resenha & comentário. Disponível em: <<http://www.jornaldepoesia.jor.br/elisalucinda.html>>. Acesso em: 30 ago 2008.

LÜDKE, A.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, S. R. B. **Regulação e serviços públicos**. Disponível em: <http://tjsc25.tj.sc.gov.br/academia/cejur/arquivos/regulacao_servicos_publicos_sergio_luz.pdf>. Acesso em: 23 maio 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnica de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. S. **Um estudo multivariar sobre as filas para internações relacionadas com gravidez, parto e puerpério no SUS**. Rio de Janeiro: IPEA, 2006, n. 1115.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto-atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo: USP, v. 42, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080>. Acesso em: 15 abr. 2008.

MARQUES, M. O. **Universidade Emergente**: o ensino superior brasileiro em Ijuí (RS), de 1957 a 1983. Ijuí: Fidene, 1984. 310 p.

_____. **Ijuí (RS): uma cultura diversificada.** Ijuí: Ed. Unijuí, 2002 (Coleção Museu Antropológico Diretor Pestana).

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2006.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário.** 4. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1999.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Latino-Americana Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, may/june 2004. Disponível em: <<http://www.buscatexual.cnpq.br/buscatexual/visualizacv.jsp>>. Acesso em: 5 abr. 2008.

_____. **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, tomo I, 2001a, 144 p.

_____. **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, tomo II, 2001b, 176 p.

MERHY, E. E. **A saúde pública como política.** Um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda.** Belo Horizonte: Hucitec, 2004.

MILLMAN, M. How “regular” is the regular source of medical care”? In: STARFIELD, B. et al. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

MINAYO, M.C.S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1998.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M; SOUZA, R. G. Tendências atuais da descentralização e o desafio da democratização na gestão da saúde. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política social e democracia.** São Paulo; Rio de Janeiro: Cortez; UERJ, 2001, v. 1, p. 67-86.

MOREIRA, M. R. **Monitoramento e apoio à gestão participativa do SUS.** Entrevista concedida ao jornal Enfermeiros de Plantão. Disponível em: <<http://www.enfermagembrasileira.blogspot.com/2007/consolidacaodosconselhosmunicipaisde>>. Acesso em: 8 maio 2008.

OLIVEIRA, E. X. G. Territórios do Sistema Único de Saúde. Mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, mar. 2004, p. 306-402.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe.** Brasília: OPAS/OMS, 2004, p. 398.

PALHA, P. F. **Vivências do cotidiano**: a programação da saúde como um exercício de cidadania no programa de integração comunitária da vila Tibério – Ribeirão Preto/SP. Tese (doutorado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, EERP, Ribeirão Preto, 2001.

_____. **Memórias do vivido**: a luta pela saúde no meio rural de Ijuí, RS, 1957 – 1980. Tese (Dissertação) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, EERP, Ribeirão Preto, 1996.

PASCHE, D. F. **A inserção da Universidade de Ijuí no campo da saúde**: projetos e perspectivas. Tese (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, 1995.

PEREIRA, D. Q.; PEREIRA, J. C. M.; ASSIS, M. M. A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo: Abrasco/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, 2003, p. 599-609.

PESTANA, M. V. A regionalização cooperativa brasileira. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de saúde**. Brasília: Conass, documento n. 9, 2005.

PORTELA, M. C.; LIMA, S. M.; BARBOSA, P. R.; VASCONCELOS, M. M.; UGÁ, M. A.; GERSCHAMAN, S. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 6, 2004, p. 811-818. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>. Acesso em: 21 abr. 2008.

POSSAS, C. A articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina. In: EIBENSCHUTZ C. (Org.). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1996, p. 45-65.

QUEIRÓS, B. C. **Os cinco sentidos**. Belo Horizonte: Miguilim, 1999.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. L. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, jan./feb. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102>. Acesso em: 20 jul. 2008.

REIS, J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, jan./mar. 1990. Disponível em: <www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102>. Acesso em: 4 jan. 2008.

RIBEIRO, J. M. Health councils, intergovernmental commissions, and interest groups in the Unified Health System (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 7 maio 2008.

RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B.; SILVA, M. F. Z. P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PND 2003. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, out./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 3 nov. 2007.

RIGHI, L. B. **Poder local e inovações no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul**. 2002, 272 f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

ROSEN, G. **1910-1977 – uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec; Ed. da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

ROVERE, M. **Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad**. Rosário: Ed. Secretaria de Salud Pública/AMR; Instituto Lazarte (reimpresión), 1999.

RS. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Ata da 21ª Reunião Plenária Ordinária do CES/RS, 2003**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br>>. Acesso em: 5 abr. 2008.

_____. Estado do Rio Grande do Sul. Fundação de Economia e Estatística – FEE. **Idese para os Coredes em ordem alfabética**. Porto Alegre, 2004.

_____. Estado do Rio Grande do Sul. Fundação de Economia e Estatística – FEE. **Resumo Estatístico do RS**. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/sotefee/pt/conte.php-corede=fronteira+noroeste>>. Acesso em: 29 jun. 2005.

_____. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. **Convênio n. 086/2005**. Convênio que entre si celebram o Estado do Rio Grande do sul, por intermédio da Secretaria da Saúde e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - CISA, com objetivo de ampliar o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter regional e regulado pelo Estado, através do programa “Região Resolve”, conforme processo n. 69865-2000/05.2.

_____. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Departamento de Assistência hospitalar e Ambulatorial. **Contrato n. 115/2007**. Contrato que entre si celebram o Estado do Rio Grande do Sul, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde e a Associação Hospital de Caridade de Ijuí, para a execução de serviços técnico-profissionais especializados conforme processo n. 050746-20. 00/06-0.

_____. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. 17ª CRS. **Orientações gerais para solicitação de atendimento à Média Complexidade**.

SALES, A. A. R.; LIMA, F. R.; FARIAS, F. S. A. Refletindo sobre a administração e negócios de conflitos nas equipes de saúde. **Rev. Bras. Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 20, n. 002, 2007, p. 111-115. Disponível em: <<http://www.enfermagematual.com.br/enfermagem/principal/conteúdeo>>. Acesso em: 6 maio 2008.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no estado brasileiro – uma revisão. **Interface – Comunic., Saúde e Educação**. Porto Alegre, v. 10, n. 19, jan/jun. 2006, p. 25-41.

SAÚDE, M. I. B. M. **Interrogando a operação da rede de serviços de saúde**. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

- SILVA, A. L. A. **O hospital e o sistema de saúde:** a gestão hospitalar na perspectiva da micropolítica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. 240 p.
- SILVA, J. F. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS.** Brasília: Conass, 2007.
- SOUZA, J. R.; FREITAS, M. C.; SARTORI, M. C.; WASSEMANN, S. M. F.; PIOVESAN, S. M.; GONÇALVES, V. M. S. **O processo de planejamento na Secretaria Municipal de Saúde de Meio ambiente de Ijuí, na Gestão de 1993-1996.** Monografia apresentada ao curso de especialização *Lato Sensu* em Saúde Pública. Ijuí: Unijuí, 1997.
- SOUZA, R. G.; BODSTEIN, R. C. A. Inovações na intermediação entre os setores públicos e privados na assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2002. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp>>. Acesso em: 20 jun. 2008.
- STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.
- STUTZ, W. **Pronto-atendimento.** Disponível em: <<http://saudeuberlandia.blogspot.com/2007/06/pronto-atendimento.html>>. Acesso em: 1º maio 2008.
- SUAREZ, J. M. **Comentando matéria sobre estudos que medem tamanho de filas enfrentadas por usuários do SUS.** IPEA, 2006. Disponível em: <[http://desafios2.ipea.gov.br/desafios/edicoes/21/artigo 16470-2.php](http://desafios2.ipea.gov.br/desafios/edicoes/21/artigo%2016470-2.php)>. Acesso em: 5 maio 2008.
- TATAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Rev. Sociologia Política**, Curitiba, v. 25, jun. 2006, p. 247.
- TOMIMATSU, M de F. **Instrumentos de regulação.** Texto produzido para projeto de qualificação de gestores da 17ª CRS/RS, 2006. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/unesco/regesus/arquivos/Txt%2011.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2006.
- TRAVASSO, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e a utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102>. Acesso em: 20 jul. 2008.
- _____; VICAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, v. 11, n. 5-6, may/june 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 20 jan. 2008.
- TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na saúde: definições, diferenças e seus objetivos na pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, 2005, p. 5007-5014.
- UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão dos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, 1990, p. 445-462.
- VIANNA, S.; PIOLA, S.; REIS, C. Gratuidade no SUS: controvérsias em torno do co-pagamento. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro: IPEA, v. 17, p. 105-169, 1998.

WEBER, B. T. **As artes de curar:** medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense-1889/1928. Santa Maria: Ed. UFSM/Bauru: Edusc/Ed. Universidade do Sagrado Coração, 1999.

WEILLER, T. H. **A saúde no espaço social da fronteira do Brasil com a Argentina:** um estudo de caso de Porto Xavier – RS. 1998, 132 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, 1998.

WEINMANN, A. A. **Dr. Ferreira Weinmann.** Uma vida dedicada à medicina de Ijuí. Porto Alegre: Ideograf, 2007.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e método. Trad. Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Apêndice

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a fazer parte do estudo “O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS”. Os avanços na área da saúde se constituem a partir de estudos como este, por isso sua participação é importante. O objetivo deste estudo é compreender a organização da regulação do acesso dos usuários à rede pública de saúde no município de Ijuí, e caso você aceite, será necessário participar de uma entrevista. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco a sua vida. Você poderá obter todas as informações que quiser e optar por não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade.

Teresinha Heck Weiller

Pedro Fredemir Palha

Telefone para contato dos pesquisadores: (55) 3332-6776.

Eu _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me afetará direta ou indiretamente. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Ijuí,/...../.....

Assinatura

Documento de identidade

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, pelo telefone (16) 3602-3382.

Anexos

ANEXO 1

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 153/2006

Ribeirão Preto, 17 de agosto de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 89ª Reunião Ordinária, realizada em 16 de agosto de 2006.

Protocolo: nº 0691/2006

Projeto: A RELAÇÃO DO HOSPITAL NA CONFORMAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO COM VISTA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS: ESTUDO DE CASO DE IJUÍ-RS

Pesquisadores: Pedro Fredemir Palha (Orientador)
Teresinha Heck Weiller (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilm. Sr.

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO 2

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Weiller, Teresinha Heck

O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias. Ribeirão Preto, 2008.

185 p.: il.; 30cm

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Palha, Pedro Fredemir.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Sistema de Saúde. 3. Atenção Básica.