UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Sistema Único de Saúde: da teoria à prática da Integralidade

Dissertação de Mestrado
Departamento de Enfermagem
em Saúde do Adulto
Escola de Enfermagem
Universidade de São Paulo

Orientadora
Prof^a. Dr.^a Rúbia Aparecida Lacerda

São Paulo
2004

Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da EEUSP

Saito, Raquel Xavier de Souza

Sistema Único de Saúde: da teoria à prática da Integralidade / Raquel Xavier de Souza Saito. – São Paulo: R. X. de S. Saito; 2004
145p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rúbia Aparecida Lacerda

1. Sistema Unificado de Saúde 2. Administração de Saúde. I. Título

Saito RXS. Sistema Único de Saúde: da teoria à prática da integralidade. [Dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.

RESUMO

Há 16 anos, com a promulgação da Constituição de 1988, o Governo Federal assumiu a responsabilidade de garantir saúde a todos os cidadãos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a ser universal, integral e equânime. Para efetivar tais premissas foram criadas Leis Orgânicas e Normas Operacionais Básicas. Uma delas é o sistema de referência e contra-referência, objeto deste estudo, com o qual se pretendeu reconhecer a funcionalidade deste sistema como determinante da integralidade da assistência através de sua rede de serviços, a partir dos objetivos: identificar os momentos restritivos no atendimento e agendamento de referências externas, através da construção de fluxogramas destes processos; reconhecer as características das referências externas emitidas quanto a tipo, fontes de registro, prazos de agendamento, perfil dos usuários e das equipes profissionais; discutir o princípio da integralidade sob a vertente da rede de serviços, correlacionando as condições de operacionalidade do acesso dos usuários às referências externas. Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, realizado em uma UBS do Distrito de Saúde de Guaianases, na Zona Leste de São Paulo, que atua sob a estratégia da Saúde da Família e que contempla os critérios organizativos do SUS como: descentralização da gestão através dos Distritos de Saúde, territorialização e hierarquização da rede. A nível da UBS, determinação da área de abrangência e adscrição da clientela. Nos resultados, os fluxogramas construídos possibilitaram o reconhecimento de vários momentos restritivos de acesso dos usuários nos processos internos de trabalho que geram as referências, bem como, do seu fluxo de agendamento para outros níveis de atendimento. Os dados obtidos também permitem inferir que, embora sob os critérios organizativos do SUS e a existência do sistema de referência e contra-referência, o acesso não é garantido para a maioria dos usuários nem ao nível básico nem aos níveis de maior complexidade e, dentre aqueles acessados, há um longo tempo de espera para agendamento, principalmente para exames diagnósticos. Observou-se também enorme diferença entre a quantidade de referências emitidas e registradas entre as equipes de profissionais, concorrendo para a discrepância entre as fontes de registro (SIAB e Ficha de Notificação/Planilha Eletrônica). Tal fato dificulta o planejamento de oferta destas referências, de acordo com a demanda real. É possível concluir, com esses resultados, que a atual forma de atendimento na UBS do estudo não garante a integralidade da assistência a partir do nível básico, a qual, ainda, pautada eminentemente na prática clínica e diagnóstica e associada à adscrição territorial, dificulta a autonomia do usuário, protagonista de suas necessidades de saúde.

Palavras- Chave: Integralidade, Sistema de referência e contra-referência

Saito RXS. Sistema Único de Saúde (Single Health System): from theory to integrality practice. (Dissertation) São Paulo (SP): Nursery School of USP; 2004

SUMMARY

Sixteen years ago, when the Constitution of 1988 was promulgated, the Federal Government took charge of guaranteeing health to all citizens by Sistema Único de Saúde (Single Health System) - (SUS), so that would be universal, integral and equanimous. To do this premises, Organic Laws and Basic Operational Norms. One of them is the reference and contra reference, object of this study, with which it's supposed to recognize the functionality of this system as determinant of assistance integrality through its services network, based on these objectives: identify the restrictive moments in attendance and appointment of extern references, by fluxgrams construction of these processes; recognize the extern reference characteristics related to type, register source, appointment deadline, users profile and professionals staff; discuss the integrality principle under network services support, correlating the operational conditions of users access to extern references. It refers to an exploratory and descriptive study, done in a UBS of Health District of Guaianases, East Zone of São Paulo, that act under the strategy of Family Health and that contemplate the organizing criterions of SUS such as: decentralization of management through Health Districts, territorization and hierarchy of network. At UBS level, the determination of area involved and registration of clients. In these results, with the fluxgrams built was possible the recognition of several restrictive moments of access of users in intern work processes that originate the references, as well, its appointment fux for others attendance level. The gotten information also permit infer that, although under the organizing criterions of SUS and the existence of reference system and contra reference, the access is not guaranteed to the majority of users neither basic level nor the level with more complexity and, among those accessed, there is a long time to wait for the appointment, mainly for diagnostic exams. It was also observed a big difference between the quantity of emitted and registered references among the professional staff, competing with the discrepancy between the register sources (SIAB and Notification Card /Electronic Plan). This fact makes difficult the offering plan of these references, according to the real demand. It's possible to conclude, with these results, that the current way of attendance at UBS of this study doesn't guarantee the integrity of assistance from basic level, with, still moderated highly in clinic practice and diagnostic and related to territorial registration, makes difficult the autonomy of the users, protagonists of their necessities in health.

Key-words: Integrality, Reference and contra reference system.

ÍNDICE

1- Introdução.....	1
1.1 Bases organizacionais do atual Sistema de saúde.....	1
1.2 Organização dos serviços de saúde no município de São Paulo.....	9
1.3 Objeto de investigação.....	15
 2- Referencial	
Teórico.....	19
2.1 Evolução das políticas de saúde no Brasil.....	19
2.2 Leis Orgânicas de saúde, Normas Operacionais Básicas e Normas da Assistência à Saúde Vigentes no Brasil.....	25
2.3 Modelos tecnoassistenciais em saúde.....	29
2.4 SUS no município de São Paulo e a descentralização da gestão.....	44
 3 Objetivos.....	52
 4. Material e métodos.....	53
4.1 Tipo de estudo.....	53
4.2 População.....	54
4.3 Cenário.....	55
4.4 Dinâmica de atendimento na UBS do estudo.....	59
4.5 Variáveis do estudo.....	63
4.6 Procedimentos de coleta de dados.....	64
4.7 Instrumentos de coleta de dados.....	65
4.8 Período de coleta de dados.....	65
4.9 Amostra.....	66
4.10 Procedimentos de ética em pesquisa.....	67
4.11 Tratamento e análise dos dados.....	67

5 Resultados.....	68
5.1 Processos de atendimento e de agendamento de referências externas na UBS do estudo.....	68
5.1.1 Processo de atendimento na UBS do estudo.....	69
5.1.2 Processo de agendamento das referências externas a partir do atendimento na UBS.....	76
5.2 Caracterização das referências externas e acesso.....	79
5.3 Caracterização dos usuários com referências externas.....	93
5.4 Caracterização das equipes de saúde que geraram as referências externas.....	96
5.5 Caracterização dos registros de referências externas.....	99
6. Discussão.....	105
7. Conclusão.....	127
8. Referências bibliográficas.....	130

1. Introdução

1.1 Bases organizacionais do atual sistema de saúde

No Brasil, o sistema de saúde se organiza sob a lógica de hierarquização e regionalização dos serviços, partindo do nível básico de atenção para os níveis de maior complexidade.

A regionalização e a hierarquização da rede, fundamentadas na distribuição espacial dos serviços para atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade, exigem ações articuladas entre Estados e Municípios e a inserção dentro dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 1990 a). O objetivo, segundo definição do Ministério da Saúde, é facilitar o acesso imediato aos serviços em todos os níveis e sem burocracia (Ministério da Saúde, 1990 b) .

Criado para direcionar os serviços e denominado sistema de referência e contra-referência¹ (SRC), visa estabelecer nele um fluxo de usuários.

Considera-se que existem dois fluxos dentro da rede de serviços de saúde: o interno e o externo.

¹ A referência é definida como o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade. Já a contra-referência como o ato de encaminhamento de um paciente para o estabelecimento de origem, que o referiu, após resolução da causa responsável pela referência (Ministério da Saúde, 1990 b).

O fluxo interno, constituído pelos processos que ocorrem em uma dada unidade de saúde é a seqüência pelo qual o usuário passará da sua entrada à sua saída na unidade. O fluxo externo é o sistema de referência e contra-referência de usuários. Tem a finalidade de proporcionar assistência integral às necessidades de saúde da população usuária desse sistema, a partir da utilização de recursos em outros níveis de atenção.

A hierarquização dos serviços segundo sua complexidade nos diferentes níveis de atenção, são classificados em primários, secundários ou terciários em função da sua incorporação de tecnologia,.

Para Meneses (1998), dois aspectos são fundamentais no processo de hierarquização:

- 1) A densidade tecnológica dos diferentes níveis que os credencia, com maior ou menor suficiência para a resolução de problemas, e;
- 2) O mecanismo formal administrativo de referência e contra-referência (RCR), que pressupõe um movimento no mínimo bidirecional de pacientes e informações.

Com base nesses princípios da hierarquização, o Ministério da Saúde caracteriza o nível primário de atenção à saúde como a porta de entrada do sistema de saúde. É formado pelos Postos de Saúde², Centros de Saúde³ e Unidades de Emergências que, através de suas representações são responsáveis pelo atendimento elementar, devendo atender de forma

² Postos de Saúde prestam assistência à saúde de determinada população valendo-se de procedimentos mais simplificados, praticamente sem a incorporação de equipamentos.

³ Centros de Saúde são estabelecimentos mais complexos que os Postos de Saúde, contando com assistência médica com pequena incorporação de tecnologia e dispondo, continuamente, de profissionais de nível universitário (Cohn; Elias 2003).

imediate, sem burocracia e com a maior resolutividade possível os que buscam a unidade, cabendo-lhes, ainda, o papel de orientar seus usuários para acompanhamento nos demais níveis do sistema (Ministério da Saúde, 1990b).

Já o nível secundário caracteriza-se por ambulatórios que prestam serviços especializados: são hospitais de comunidade ou regionais, cuja clientela seletiva já foi referida pelos postos e centros de saúde ambulatoriais para os quais devem retornar os usuários após a realização da consulta especializada ou tratamento. São próprios desse nível, portanto, a realização de serviços especializadas: médicos cirúrgicos, gineco-obstétricos e pediátricos, etc. Normalmente, esses hospitais comportam de 100 a 200 leitos (Cohn; Elias 2003).

No nível terciário, os cuidados são prestados em hospitais gerais ou centros médicos complexos, que requeiram alto grau de especialização dos recursos humanos e propedêuticos, bem como tratamentos sofisticados (Cohn; Elias 2003).

Segundo Santos (1990), o subsistema de alta complexidade é o que apresenta maior densidade tecnológica. Como resultado, para atender de 2% a 3% da população, consome mais de 30% dos recursos públicos do SUS.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o Estado de São Paulo, em 2000, possuía 736 hospitais de média e alta complexidade no sistema de saúde, que se diferenciavam pela sua estrutura e composição, sendo: 1 federal, 58 estaduais, 130 municipais, 389 filantrópicos, 29

universitários, e 129 contratados pelo SUS. Destes, 630 são considerados de alta complexidade (Ministério da Saúde, 2001) .

A hierarquização dos serviços, por níveis de complexidade e capacidade resolutiva crescente dos serviços de saúde, ancora-se na premissa da necessidade de integração das ações de saúde, procurando evitar demanda desigual e duplicidade de serviços que contribuem para o desperdício e encarecimento da atenção à saúde (Fávero, 1986).

Vários pesquisadores utilizam uma pirâmide para a representação da hierarquização e o posicionamento de cada nível de atenção dentro do sistema. Nessa esquematização, determina-se a posição dos níveis: a atenção primária, na base da figura, portanto, responsável pelo maior contingente de pessoas, seguida em ordem ascendente pela atenção secundária, no terço médio e pela terciária no terço superior ou na ponta.

A dificuldade para estabelecimento dessas matrizes organizadoras está na inobservância dos preceitos organizacionais básicos do modelo a ser implantado, frente ao modelo hegemônico que coloca o hospital no eixo central do sistema de saúde: visão hospitalocêntrica que determina supremacia do consumo desses serviços no interior da rede como expressão máxima e incontestada da consolidação do modelo médico hegemônico (Meneses, 1998).

A desestruturação dessa organização dos serviços ocasiona, conforme Kisil (1977), Fávero (1986) e Santos (2002), a utilização do sistema fora da organização hierárquica, superlotando, principalmente, o nível terciário.

Santos (2002) afirma que a criação de uma central de regulação, que avalia o nível de complexidade dos casos, que se pretendiam encaminhar para esse nível de atenção, dispensa 67% dos pacientes após avaliação na sala de urgência. Isto prova porque o acompanhamento do perfil dos usuários que procuravam os serviços de emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, nos anos de 1999 e 2000 reduziu a porcentagem de internação no pronto socorro de 116% para 97,1%. O autor considera imperioso o estabelecimento de um fluxo hierarquizado e conhecido pela população.

Paim (1999) corrobora a exigência de uma complementação às necessidades de saúde da população, a partir da criação de uma estrutura de saúde hierarquizada e com articulação intersetorial, existente no Plano Decenal de Saúde para as Américas, em 1972, posteriormente adotado pelo movimento de Reforma Sanitária na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Segundo Andrade (2001), em consequência da VIII Conferência Nacional de Saúde, a consolidação do regime democrático com a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) criaram a possibilidade de voltar a atenção para a saúde no país, trazendo uma proposta humanista e igualitária.

No processo de implantação do SUS, a descentralização da gestão, na saúde, passa a ser uma possibilidade de reordenar estes serviços, pois delega aos municípios a faculdade de governar suas próprias realidades locais e administrar os recursos a eles destinados.

Com a aprovação das Leis Orgânicas n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, consolida-se essa autonomia e definem-se responsabilidades de níveis Federal, Estadual e Municipal (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b; Andrade, 2001).

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) n.º 93 e n.º 96 estabelecem mecanismos para efetivar a implantação do SUS e desenvolver a descentralização dos serviços, dando aos municípios autonomia para gerir sobre os problemas de saúde de suas regiões (Brasil, 1993; Brasil, 1996).

No segundo semestre de 1998, foi criado o Piso Básico de Atenção (PAB), que repassa aos municípios habilitados um valor *per capita* compreendido entre R\$ 10,00 e R\$ 18,00, dá ênfase e atenção integral à saúde, através de um conjunto de ações de caráter essencialmente preventivo. É um novo mecanismo para estabelecer a descentralização. Esses recursos repassados de maneira regular e automática do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), substituem o critério tradicional de repasse de recursos com base no número de pessoas atendidas, pelo critério de demanda, consolida o processo de transferência aos municípios e a responsabilidade pela Atenção Básica (Andrade, 2001); a Norma Operacional da Assistência SUS n.º 01, de 26 de janeiro de 2001 (NOAS-SUS n.º 01/01) determina a elaboração de instrumentos que possam garantir a efetivação da descentralização e as competências dos níveis de gestão.

Por intermédio da Portaria n.º 95/01, o Ministério da Saúde amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e define o processo

de regionalização da saúde, relacionando estratégias para assegurar a descentralização (Silva, 2001).

Segundo Silva (2001), cabe às Secretarias Estaduais de Saúde a organização da assistência no âmbito estadual, uma composição que garanta acesso aos cidadãos o mais próximo possível da residência, mediante um conjunto mínimo de ações e serviços, e pelo estabelecimento de um compromisso entre gestores para atender as referências inter-municipais, garantindo o acesso a níveis de atenção mais complexos. Tais ações devem ser asseguradas e determinadas pela elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Este, por sua vez, deve determinar o perfil das regiões, definir a amplitude de ação e as responsabilidades de cada uma delas, propor as pactuações necessárias para garantir a assistência integral. Para tanto, na determinação desse perfil considera-se:

- a) Módulos assistenciais, que correspondem a um conjunto de municípios ou, em alguns casos, apenas um município com resolubilidade para um elenco mais simples de serviços de média complexidade. Nestes, o município-sede do módulo assistencial deve estar apto a oferecer serviços para si e para os outros e estar habilitado na gestão plena do sistema municipal de saúde;
- b) Regiões e micro-regiões de saúde que podem compreender um ou mais módulos assistenciais com bases territoriais de planejamento regionalizado;

c) Município pólo que desempenha papel de referência para outros, em qualquer nível de atenção.

Para o funcionamento da regionalização, a NOAS-SUS n.º 01/01 propõe, como forma de garantir o acesso aos serviços a partir de uma convenção firmada entre gestores, a adoção de Programação Pactuada e Integrada (PPI), que possibilita a organização do acesso às referências intermunicipais, definição de prioridades de intervenção e elaboração de um Plano Diretor de Investimento (PDI), para corrigir lacunas assistenciais (Silva, 2001).

Esse processo de descentralização gerou correntes antagônicas. Mendes (1998) considera que existem aspectos positivos e negativos. Dentre os positivos, aponta a consolidação do mando único municipal; a ampliação da capacidade de resolução dos prestadores de serviços pela Secretaria Municipal de Saúde; a ampliação do controle público dos serviços pelos conselheiros de saúde; o aumento de produtividade e a incorporação de seguimentos populacionais desassistidos. Como aspectos negativos, cita: o reforço do modelo Flexneriano⁴ de atenção médica, em detrimento das ações de saúde pública; a ineficiência na aplicação de recursos por perda de escala; a pulverização dos recursos públicos e o aumento da iniquidade.

⁴ O Relatório Flexner, de 1910, com suas observações voltadas para os aspectos biológicos e clínicos do processo saúde-doença, está relacionado com a valorização da tecnificação e especialização da medicina, com altos custos disso decorrentes (Meneses, 1998).

De acordo com Fee (1987), o relatório Flexner desencadeou uma profunda reavaliação das bases científicas da medicina com ênfase no conhecimento experimental, reforçando a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo.

Já Bueno e Merhy (1998) *apud* Silva (2001), consideram que esse processo, embora traga avanços significativos para a reorganização do sistema de saúde, fere o princípio de autonomia do gestor local, pois mecanismos de incentivo, propostos para o financiamento das ações de saúde, se dão de forma verticalizada. Entre esses, citam-se os incentivos financeiros do Programa de Saúde da Família (PSF) e os do Programa de Agentes Comunitários (PACS).

1.2 Organização dos serviços de saúde no município de São Paulo

O processo de descentralização da saúde, no município de São Paulo, teve sua efetivação em janeiro de 2001, quando a Secretaria municipal de Saúde adotou as diretrizes do SUS, optando pela municipalização e Gestão Plena da Atenção Básica⁵ assumindo as unidades de saúde da família, criadas em parceria do Governo Estadual e da Organização Social (OS)⁶, com o compromisso de manter a estratégia do PSF e a responsabilidade social na operacionalização com os governos Federal e Estadual (Secretaria Municipal de Saúde (SP), 2002).

⁵ Gestão Plena da Atenção Básica (GPABA), de acordo com a NOB-SUS N.º 01/96: os municípios devem responsabilizar-se pelos serviços básicos incluindo, obrigatoriamente, o controle de tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes e desenvolver programas de atenção à saúde da criança, da mulher e bucal para seus munícipes (Silva, 2001).

Um dos primeiros passos realizados em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde foi a distritalização do município, que gerou os Distritos de Saúde, com cerca de 250.000 habitantes cada, em harmonia com os limites das futuras prefeituras regionais (Distritos Administrativos). Foi uma forma de descentralizar a gestão da saúde, reconhecendo a amplitude do município e as diferenças entre as várias regiões que o compõem (São Paulo, 2001a).

Em São Paulo, o projeto OS já era uma prática adotada pela Secretaria Estadual de Saúde antes da municipalização. Seu primeiro parceiro foi a OS Hospital Santa Marcelina, uma instituição filantrópica dotada de grande prestígio na administração de serviços de saúde da Zona Leste da cidade.

Essas tinham autonomia total de atuação e decisão com relação à contratação, demissão e transferência dos recursos humanos, bem como, de aquisição de materiais e medicamentos para suprir as unidades do QUALIS - Qualidade Integral em Saúde -, resultante da proposta de Programa de Saúde da Família (PSF) e desenvolvida na zona leste, norte e sudeste de São Paulo, através da parceria da Secretaria Estadual de Saúde com a Fundação Zerbini, nos anos de 1999 e 2000 (Maeda, 2002).

Com a municipalização, as responsabilidades foram divididas entre o município e as OS, cabendo ao primeiro os processos de seleção de pessoal, as transferências, os desligamentos e as demissões dos

⁶ Organização Social (OS): pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com atividade voltada para ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde (Tanaka; Melo, 2002).

empregados, segundo os critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (Secretaria Municipal da Saúde (SP) a, 2004).

Mais tarde, o contrato do convênio do PSF firmado entre as OS e o município deu autonomia aos Distritos de Saúde para optarem ou não pela aquisição dos materiais de consumo médico, de enfermagem e medicamentos de suas regiões de competência, retirando das OS o repasse desses recursos financeiros.

Oficializada a municipalização, o município de São Paulo adotou, como estratégia, a implementação das ações de saúde, na atenção primária, através do PSF e manteve, para tanto, as parcerias firmadas entre o Estado e as OS⁷ antes da municipalização. Estabeleceu, porém, outras parcerias e adotou essa nova forma de desenvolvimento de ações, entre o setor público e o setor privado (Tanaka; Melo, 2002).

O documento que norteia a implantação do PSF estabelece ainda que cada Unidade de Saúde da Família terá de cinco a seis equipes nucleares, as quais a partir de critérios de territorialização, irão determinar a área de abrangência da Unidade de Saúde e farão o cadastramento das pessoas e famílias adscritas na área.

A equipe nuclear se comporá de um médico generalista, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e cinco ou seis agentes

⁷ As OS são regulamentadas a partir da Norma Operacional Básica n.º 96 com a Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998, que trata, além da regulamentação dos critérios de sua qualificação, da criação do Programa Nacional de Publicização (TANAKA e MELO, 2002).

comunitários de saúde (ACS) e terá atuação dentro de espaços geográficos determinados como território⁸.

Esse, na proposta do PSF são considerados de responsabilidade da unidade de saúde; portanto, de todas as equipes de saúde desse serviço. Determinados os territórios, dar-se-á a subdivisão em áreas⁹ e, cada equipe será responsável por uma destas que, por sua vez, será subdividida em micro-áreas¹⁰, cujo agente comunitário de saúde será responsável para proceder a troca entre a equipe de acordo com as necessidades dessa população (anexo 1).

Nesse critério organizativo do PSF, de cadastramento das pessoas e famílias, a Unidade Básica de Saúde (UBS) passa a ser referência apenas em sua área de abrangência¹¹; sendo desconsiderada a área de

⁸ Para Mendes *et al.* (1999), o território é considerado território solo, espaço geográfico e, no conceito de distritos sanitários espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política. Para o Ministério da Saúde (2000), o território é considerado um conjunto de áreas contíguas que podem corresponder à delimitação de um Distrito Sanitário, de uma Zona do IBGE ou a outro nível de agregação importante para o planejamento e avaliação, em saúde, no município.

⁹ Área considerada é o conjunto de micro-áreas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde (Ministério da Saúde, 2000).

¹⁰ Micro-área é o espaço geográfico delimitado onde residem cerca de 400 a 750 pessoas e corresponde à área de atuação de um agente comunitário de saúde.

¹¹ Área de abrangência é o espaço de responsabilidade da unidade, na qual se consideram, na sua definição, critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo da população; normalmente é definida considerando-se os conglomerados dentro do padrão censitário (Unglert, 1999).

influência¹², deste modo, apenas os usuários cadastrados na UBS têm acesso às ações de saúde dessa unidade ou, mais especificamente, às ações e condutas da equipe de saúde responsável por sua área.

O cadastramento do usuário e da família é feito, geralmente, pelo agente comunitário, que preenche formulário específico, abre um prontuário com o número da família, identifica todos seus integrantes e fornece-lhes um cartão com seu número de cadastro. Este passará a ser o passaporte de acesso de todos os membros da família para área de abrangência da UBS.

O PSF, no município de São Paulo, encontra-se em processo de implantação. Possui, 690 equipes nucleares de saúde, com 3544 agentes comunitários de saúde (ACS) e 2,4 milhões de pessoas cadastradas (Secretaria Municipal da Saúde, 2003).

O programa define algumas ações e serviços destinados a grupos de risco¹³. Diante desta configuração de cadastramento por área de abrangência e de prioridade de alguns grupos, questiona-se que solução será dada a tal demanda, qual a capacidade de atendimento às necessidades de saúde de todos os usuários, inclusive aqueles que não se enquadram nesses critérios ou grupos.

¹²A área de influência é determinada pela demanda espontânea; a população procura recursos para seus problemas/necessidades de saúde, muitas vezes transpondo as dificuldades de acessibilidade (Unglert, 1999).

¹³ A proposta de ampliação da Atenção Básica trazida pela NOAS 01/2001 busca definir ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver. Sendo elas: controle de tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, do diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e da saúde da mulher (Ministério da Saúde, 2002).

Autores como Calipo (2002) e Salum (s.d.) discutem esse critério, e firmam-se na égide de que, qualquer indivíduo que padece da privação de saúde deve ser atendido em sua necessidade, seja pelos princípios do SUS, seja pelo direito de cidadania consolidado na Constituição Brasileira de 1988. Pois, desrespeitada a universalidade por outra prática, há exclusão social e o não reconhecimento da saúde como direito de todos, direito social e público (Brasil, 1988).

Starfield (2002) considera quatro elementos estruturais para a construção de um sistema de saúde, que responda às necessidades dos usuários e proporcione integralidade das ações de saúde, a saber:

- a) Acessibilidade, como a disponibilidade de serviços, de nível primário, ao primeiro contato;
- b) Determinação de uma população eletiva, a fim de possibilitar a previsão e adequação da estrutura dos serviços;
- c) Continuidade da assistência, entendida como longitudinalidade no acompanhamento das ações de saúde em seu nível de atenção, e;
- d) Variedade de serviços, considerando que, no nível primário, está a maior parte dos problemas de saúde da comunidade; os demais serviços (níveis) também devem ser disponibilizados, a fim de garantir resolutividade e integralidade às necessidades da população usuária do sistema.

Com relação ao atual perfil de organização dos serviços de saúde, Cohn e Elias (2003) afirmam ser:

“discriminatório, distante das reais necessidades de saúde da população brasileira, isso devido à criação no país de uma infra-estrutura de serviços

altamente complexa, com alta densidade tecnológica, sem integração e hierarquização dos serviços, de acordo com sua complexidade tecnológica. Como resultado, a população passa a ser atendida por serviços cuja lógica de acesso não responde à relação disponibilidade tecnológica/ necessidade de atendimento”.

1.3 Objeto de investigação

O objeto deste estudo é o sistema de referência e contra-referência, formulado sob os princípios organizativos de regionalização e hierarquização do SUS.

Esse sistema pressupõe articulação entre as unidades, a nível local e regional. Considerado o caminho dos usuários no sistema público de saúde, tem como objetivo facilitar o acesso aos serviços, em todos os níveis de atenção.

Frente ao compromisso assumido por esse sistema, a autora deste estudo, com uma experiência profissional de 13 anos, em dupla jornada de trabalho, uma em UBS e outra em hospital terciário de alta complexidade, ambos na zona leste de São Paulo, onde desempenha as funções que compreendem atividades gerenciais e assistenciais, questiona a funcionalidade desse sistema quanto à integralidade oferecida a seus usuários.

Essa polarização do perfil de cada serviço possibilita observar, sob diferentes ângulos, as soluções que o sistema de referência e contra-referência proporciona a seus usuários.

No nível terciário, os usuários retornam com considerável frequência para reinternações hospitalares e, geralmente, em estado grave, ou num estado clínico que não demanda a utilização dos recursos de alta tecnologia ali dispensado, pois seus problemas podem encontrar solução num nível de menor complexidade.

Identicamente observa-se, no momento da alta hospitalar, o usuário dispensado com receita médica, relatório do processo de internação e, às vezes, com pedido de acompanhamento de especialista em estrutura ambulatorial, quando a prática e a rotina desse serviço não lhe garante acesso a esses profissionais nem a medicamentos; nem mesmo a contra-referência, a nível básico, como garantia de acompanhamento e controles de saúde.

Concomitantemente, evidencia-se que o fluxo de referência dos usuários para uma estrutura secundária e/ ou terciária ambulatorial, a partir do atendimento na UBS, tem suas dificuldades para acessar e obter recursos diagnósticos e pareceres de especialistas. Em contrapartida, esse nível de atenção raramente recebe o usuário contra-referido de outros serviços, com outros níveis de atenção.

Tais observações pressupõem que, se o nível básico não garante referências para o usuário e nem o nível terciário a contra-referência, esse sistema apresenta problemas de funcionalidade e de integralidade, pelo fato de não garantir continuidade da assistência em qualquer nível de atenção.

Juliani (1996) investigando a percepção dos enfermeiros sobre a organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do

SUS, por meio de entrevista, transcreve, entre outros, os seguintes discursos:

“Deveria existir um sistema oficial para os encaminhamentos, mas não existe um fluxo organizado para referenciar internações dos casos mais graves; por isso, os encaminhamentos dependem mais da pessoa que está atendendo do que de um sistema implantado”.

“Os casos do nível primário há para onde encaminhar, mas o nível secundário está desestruturado e o Hospital das Clínicas parece ser uma instituição intocável”.

Como afirmam alguns autores citados neste estudo, o resultado do problema de funcionalidade do sistema de referência e contra-referência e da desestruturação hierárquica dos serviços de saúde, traz superlotação dos serviços, principalmente no nível terciário.

Não discordando das premissas básicas do SUS, referentes à descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, buscamos contribuir no reconhecimento da funcionalidade do sistema de referência e contra-referência. Para tanto, elegemos, como foco de investigação, o sistema de referência externo de uma UBS como determinante de integralidade da assistência prestada nesse sistema de saúde.

2 - Referencial Teórico

2.1 Evolução das Políticas de Saúde no Brasil

A sociedade brasileira tem sua história marcada pelo autoritarismo e pela exclusão. O movimento histórico apresenta cenários onde essa exclusão assume diferentes mecanismos de clientelismo, mas sempre deixando vulneráveis parcelas da população carente e pobre (Cohn; Elias, 2003).

A da década de 20 marca a instituição no Brasil das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), para trabalhadores do setor privado, a primeira modalidade de seguro. Seu caráter assistencialista e não universalizante elegeu, como população alvo, os grupos assalariados dos setores de maior peso econômico e politicamente mais mobilizados, mas fragilizou a classe pobre pelos seus traços de dependência ou de desconhecimento político (Andrade, 2001).

De acordo com Zioni et al. (1997), apud Sanches (2001), em 1936 já existiam 183 CAPS. Apesar do elevado número, a grande maioria da população permanecia excluída do acesso aos serviços de saúde, ficando a desassistência, a compra de serviços privados ou o amparo das instituições de benemerência.

Posteriormente às CAPS, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), autarquias organizadas por categorias profissionais e não mais por empresas. Até a década de 60, os

trabalhadores formais, vinculados aos IAP, tinham assistência à saúde prestada por hospitais próprios ou por instituições conveniadas.

Após 1964, com a centralização das ações políticas em âmbito federal, os IAP fundiram-se, originando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que excluiu a participação das associações e passou a atuar, em caráter nacional, com a presença direta do Estado (Sanches 2001; Cohn e Elias, 2003).

Segundo Cohn e Elias (2003) nesse cenário, a organização dos serviços de saúde, tem perfil:

- altamente centralizador com definição de diretrizes e prioridades, para o setor saúde, elaboradas pelo governo federal e pelo Executivo;
- privatizado, em que o atendimento e a assistência médica individual é realizada pelo setor privado, pago pelo Estado com recursos da Previdência Social (INPS);
- voltado para recursos tecnológicos, nos quais a lógica de acesso aos serviços de saúde não responde à relação da hierarquização, mas à necessidade de lucratividade do setor privado:
- Dividido no que se refere a trabalho em setores público e privado, cabendo, ao primeiro, medidas de caráter coletivo e de maior complexidade e, ao segundo, atendimento mais rentável e lucrativo;
- profundamente discriminatório e injusto, pois a população inserida de maneira formal no mercado de trabalho tem acesso a serviços de saúde mais diversificados, geralmente privados, ficando a população, sem qualquer vínculo com previdência social, dependente do serviço público de saúde; e

- acentuadamente distorcido, na sua forma de financiamento, onde o acesso à assistência médica acaba vinculado a um contrato com a Previdência Social, eximindo o Estado do investimento em saúde.

Esse modelo organizacional dos serviços de saúde gerou, como consequência, uma inversão da curva de investimentos em saúde pública e em assistência médica. Enquanto a primeira era declinante, a segunda apresentava-se ascendente (Silva, 2002).

Na década de 70, iniciou-se uma mobilização de vários seguimentos da sociedade. Ainda que com restrições a esse modelo e a favor do fortalecimento do setor público de saúde, pleiteiam condição para que a saúde se constituísse em direito do cidadão (Cohn; Elias 2003).

O movimento sanitário, apesar do momento de repressão que ainda se vivia, nessa década, utilizou-se de pesquisas feitas, nos anos anteriores, para denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde implantado, e apresentar propostas construtivas, como alternativas de transformação do sistema de saúde vigente (Andrade, 2001).

Em 1979, no Primeiro Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o movimento, representado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, (CEBES), apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde já denominado na época, Sistema Único de Saúde (SUS) (Andrade, 2001).

Essa proposta, não aceita de imediato, pois se vivia um momento de crise econômica e de crescimento da pressão social por melhores serviços de saúde, começou a desenvolver várias experiências de reorganização de serviços de saúde, especialmente em níveis estadual, municipal e local, algumas até apoiadas e promovidas pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), dirigido para áreas rurais do Nordeste (Andrade, 2001).

O início da década de 80 foi marcado pela crise financeira da Previdência Social Brasileira, motivada entre outros fatores, por fraudes no sistema de pagamento e faturamento dos serviços médicos. Isto levou à busca de estratégias de racionalização, visando uma maior eficiência e resolução sobre seus atos (Sanches, 2001).

Comentário:

Nesse cenário de crise, o próprio governo federal elaborou um projeto de reorientação global do sistema de saúde, com a implantação de uma rede de serviços básicos, PREV-SAÚDE, que deveria integrar os Ministérios da Previdência e da Saúde, projeto esse que não saiu do papel.

Em 1982, não suportando os gastos do Instituto de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), o governo federal adotou medidas de reorientação da assistência médica, mudando a forma de pagamento do setor privado, agora contratado pela introdução do pagamento por diagnóstico e não mais por atos. Por outro lado, passou a conveniar-se com os estados e municípios para possibilitar repasse de verbas e utilizar a experiência instalada no serviço público. Essas propostas representam as

Autorizações para Internação Hospitalar (AIH) e as Ações Integradas de Saúde (AIS) (Andrade, 2001).

Em 1985, com a superação do regime militar e o surgimento da Nova República, o movimento social se intensificou e foi possível uma discussão sobre os rumos do sistema de saúde (Silva, 2002).

Esse movimento organizado, envolvendo técnicos da saúde, administradores e população, concretizou a proposta do debate democrático, possibilitando a discussão e materialização, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), do conceito de saúde, seus determinantes, sua incorporação ao direito de cidadania, o conseqüente dever do Estado e a criação do Sistema Único de Saúde (Sanches, 2001).

Nesse evento, durante três dias, foram discutidos por 135 grupos de trabalho, 38 de delegados e 97 de outros participantes, temas como (Silva, 2001):

- Saúde como direito;
- Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e
- Financiamento setorial.

A promulgação da Constituição Brasileira de 1988, concebida nos moldes do bem-estar social e na contra-mão do ideário neoliberal, introduziu o conceito de cidadão; redefiniu o conceito de saúde; estabeleceu, pela primeira vez, o direito universal à assistência médica pública; descentralizou a gestão; co-responsabilizou as três esferas de governo (municipal, estadual e federal) e estabeleceu a participação social (Brasil, 1988).

Desta maneira, concretizou princípios para as ações de saúde que se dividiram em duas ordens distintas, mas interrelacionadas: princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos (Brasil, 1988).

Os princípios éticos/doutrinários estabelecidos foram:

- Universalidade dos serviços – acesso à saúde como direito público subjetivo, integrante dos direitos de cidadania;

- Eqüidade na prestação dos serviços – a política pública de saúde deve ser redistributiva com o objetivo de corrigir desequilíbrios sociais e regionais. Deve-se dar tratamento desigual para situações desiguais, conforme necessidade de cada um;

- Integralidade da assistência – direito de as pessoas serem atendidas na íntegra, em suas necessidades. Entendia-se como integralidade um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (Lei N.º 8.080, 1990).

Dos princípios organizacionais/operativos, a descentralização é o que mais diz respeito ao nível central de governo, cabendo-lhe cumprir as formas encontradas para repartir seu poder, garantindo o cumprimento de suas responsabilidades em relação à saúde (Brasil, 1990a).

Esses princípios são:

- Regionalização e hierarquização – os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida;

- Resolutividade – capacidade do serviço para enfrentar e resolver, até o nível de sua competência, um problema de impacto coletivo sobre a saúde ou de busca de atendimento pelo usuário (Brasil, 1990a).

A regionalização e a hierarquização da rede, assim como a participação social, devem ser afetadas pelas iniciativas, entendimentos e ações do estado e municípios, sem se eximir do apoio da União (Andrade, 2001).

A constituição, por sua vez, prevê a necessidade de elaboração e aprovação de Leis Orgânicas que possam direcionar a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2. Leis Orgânicas de Saúde Vigentes, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Norma da Assistência à Saúde (NOAS)

A aprovação das Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 deu-se no segundo semestre de 1990. Apesar da sua aprovação, somente em maio de 1993, quando o Ministério da Saúde Pública publicou a Norma Operacional Básica 93 (NOB /93), estabelecendo normas e procedimentos para efetivar a descentralização das ações e serviços de saúde, acatando as recomendações do Conselho Nacional de Saúde no sentido de realizar a descentralização para Estados e Municípios de forma gradual, é que se percebeu uma real implantação do SUS (Cohn; Elias, 2003).

As Leis 8.080 e 8.142 estabeleceram para o SUS um direcionamento, determinando os objetivos, atribuições e competências,

princípios e diretrizes relacionados à: organização, direção, gestão, formas de financiamentos, repasses e participação popular no processo de gestão desse sistema (Brasil, 1990a e b).

Os objetivos dessas Leis é dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes; a garantia do direito de participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, na área da saúde.

A União, assumindo os compromissos e dispositivos constitucionais para estabelecer critérios de repasses de recursos ou a suspensão desses, em casos de irregularidades e/ou descompromissos dos estados e municípios, utiliza-se das Normas Operacionais Básicas (NOBs) como instrumento norteador de diretrizes.

A primeira Norma Operacional Básica foi a NOB/91, representa um retrocesso em relação aos princípios assumidos na Constituição de 1988. Nela está explícita a função dos municípios como prestadores de serviços, retirando destes o espaço político para a gestão.

Seqüencialmente a esta, a NOB/93 restaurou o poder e reafirmou a autonomia desses municípios na gestão dos serviços de saúde e de sua abrangência.

De acordo com Elias (1996), apenas 43% dos municípios brasileiros conseguiram o enquadramento na habilitação de gestão descentralizada do SUS nos termos da NOB/93, devido às prerrogativas e requisitos que essa NOB impunha a esses municípios para habilitá-los.

Em setembro de 1996, foi criada a Norma Operacional Básica SUS 96 (NOB SUS/96). Implantada apenas em janeiro de 1998, por meio da operacionalização do Piso Assistencial Básico (PAB) para os municípios, com um repasse anual de R\$ 10,00 *per capita* ¹⁴, prevê duas formas de gestão: a) Plena da Atenção Básica e b) Plena do Sistema de Saúde. Ambas substituíram as outras formas de gestão preconizadas, na NOB/93.

As prerrogativas, requisitos e condições para esses níveis de gestão são:

- Gestão Plena de Atenção Básica, em que as responsabilidades são: elaborar a programação municipal dos serviços básicos, gerenciar as unidades próprias, prestar, acompanhar e controlar os serviços relacionados à atenção básica e executar as ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica. São requisitos: existência e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; assunção do compromisso de participar da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e comprovação de capacidade técnica e administrativa para desenvolver as ações de sua responsabilidade (Silva, 2001).

- A Gestão Plena do Sistema Municipal tem como responsabilidades: elaborar a programação municipal de atenção básica, especializada e hospitalar; gerenciar unidades ambulatoriais e hospitalares próprias; garantir a prestação de serviços em seu território, até mesmos aos não residentes; executar os serviços aos seus munícipes nos outros municípios, conforme a

¹⁴ “Estritamente o pagamento per capita significa pagar a um provedor uma quantia de dinheiro fixa pela prestação de determinados serviços ao longo de um período definido. O pagamento se faz habitualmente adiantado, assumindo uma utilização esperada destes serviços, pelo que existe uma explícita transferência de risco do pagador ou financiador ao prestador” (Rubinstein, 2002).

PPI; exercer o controle dos serviços ambulatoriais e hospitalares e executar as ações nas áreas de vigilância sanitária e epidemiológica (Silva,2001) .

São requisitos para essa forma de gestão: existência e funcionamento do conselho municipal de saúde; operação do fundo municipal de saúde; assunção do compromisso de participar da PPI; comprovação de capacidade técnica e administrativa para desenvolver ações de sua responsabilidade. Suas prerrogativas são: obter transferências de recursos federais; ter o conjunto de unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares em seu território bem como as privadas contratadas pelo SUS e subordinadas à gestão municipal (Brasil, NOB/ SUS 96, 1997).

A NOB/93 e a NOB SUS/96 efetivaram a descentralização dos serviços de saúde, criando uma linha direta entre o Ministério e o Município (Mendes, 1998).

Outro passo importante no processo de descentralização da saúde, foi a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001), publicada, em 26 de janeiro de 2001, com objetivos de ampliar as responsabilidades dos municípios, na atenção básica e definir o processo de regionalização da saúde, ampliando as responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na gestão do SUS (Brasil, NOAS/01, 2001).

Essa NOAS propõe a organização de sistemas funcionais de saúde, compreendidos em um município, ou em um conjunto de municípios, com base no processo de regionalização, e delega às SES o papel de coordenar essas mudanças (Brasil, NOAS/2001).

Esse processo de descentralização da gestão, a nível municipal, ocorreu a partir da criação dos Distritos de Saúde, com a finalidade de reorientar o sistema de saúde, com ênfase no nível local e como base para a construção do SUS (Silva, 2001).

Mendes (1999), define os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), conhecidos como Distritos Sanitários no Brasil:

"uma unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos públicos e privados, organizados através de um conjunto de mecanismos político-institucionais, com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações de saúde".

Essas reformas administrativas, implementadas pelas NOBs e NOAS, fundamentam-se na certeza de que, a organização do trabalho com base em seus aspectos geográficos, populacionais e de serviços delimitados, resulta numa melhor acessibilidade aos serviços e na operacionalização da integralidade da assistência.

2.4. SUS no município de São Paulo e a descentralização da gestão

“ São Paulo é múltipla em suas conexões, em suas condições. É uma cidade ricamente pobre e pobremente rica pela desigualdade de condições de vida entre seus pedaços” (Sposati, 2001).

A construção de sua governabilidade faz-se considerando a complexidade das diferenças socio-culturais que a compõem. O grande desafio está em ajustar a infra-estrutura às suas necessidades, conferir a essa população a cidadania e assegurar um conjunto de condições e acessos básicos que confrontem o risco social e revertam a topografia de exclusão em que ainda se assenta a maioria de sua população (Sposati, 2001).

Dentre os desafios a ser enfrentados, a saúde assume papel de grande importância. De fato, São Paulo é ponto de referência para tratamento dos mais variados males que possam atingir a saúde. Por isso, é o receptáculo das mais variadas pessoas de outras cidades e estados, para tratamentos.

O prefeito do município de São Paulo, Paulo Salim Maluf, em 1995, pelo artigo 18º da Constituição, que trata da organização político-administrativa da República Federativa do Brasil e considera todas as instâncias de poder, autônomas, em sua organização e condutas administrativas, subsidiado pela Lei Municipal n.º 11866/95, adotou, como

proposta de descentralização dos serviços de saúde em São Paulo, um novo modelo de gestão: Programa de Assistência à Saúde (PAS) (Maeda, 2002).

Na sucessão do prefeito Paulo Salim Maluf, Celso Pitta deu continuidade ao modelo implantado e, em 1999, pelo Decreto municipal n.º 37.847 de 04/03/99, transformou o PAS no Sistema Integrado Municipal de Saúde (SIMS).

O SIMS, pelo Decreto n.º 38.185, de 30/07/99, revogou o Decreto referente ao PAS com o objetivo de reconstruir os seus fundamentos políticos, jurídicos e institucionais que passariam a nortear o SIMS, o novo formato de gestão, previsto para ser implantado através das OS (Maeda, 2002).

Segundo Maeda (2002), no artigo 2º desse Decreto, a reorganização do sistema de saúde em nível municipal seguia a seguinte composição:

- Plano de Assistência à Saúde - PAS;
- Administrações Regionais de Saúde – ARS;
- Plano de Atendimento Pré-Hospitalar – APH;
- Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM; e
- Grupo de Voluntários da Saúde.

Esta estrutura previa a sistematização e a regionalização do atendimento mediante a adoção de um planejamento pelo qual se delega, a cooperativas de trabalho em saúde, o atendimento de determinada região.

Na modalidade do PAS, elaborado com convênio da Secretaria Municipal de Saúde, essas cooperativas médicas ofereciam planos de saúde

individuais e coletivos, utilizando serviços próprios e credenciados, pelos quais cada morador da área de abrangência da cooperativa recebia um cartão magnético que lhe conferia o direito às ações de saúde no módulo de atendimento de seu bairro (Maeda, 2002; Cohn e Elias, 2003).

O modelo de gestão PAS manteve-se nos dois governos sucessivos, sob intensa discussão política, jurídica e técnica e sob críticas da opinião pública e dos defensores do SUS.

As OS, como nova forma de gestão, instituídas pelo governo federal com a edição da medida provisória N.º 1.591, de 09/10/97 são uma nova forma de descentralização na gestão dos serviços, cujas organizações podem atuar em diversos setores, entre outros: cultura, ensino, pesquisa e saúde (Tanaka; Melo, 2002).

Esta medida provisória foi transformada na Lei N.º 9637, em 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação dessas entidades, incorporando uma nova modalidade de administração dos serviços públicos, assumida por agentes externos, que criam o Programa Nacional de Publicização (Tanaka; Melo, 2002).

No âmbito do Estado, no Estado de São Paulo, a formalização das OS foi determinada pelo Projeto de Lei n.º 3/97 de 17/02/98 e posteriormente pela Lei Complementar n.º 846 de 04/06/98 (Tanaka; Melo, 2002).

Com a posse da prefeita Marta Suplicy, em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) iniciou os estudos para a efetiva adesão do

município de São Paulo ao SUS e estabeleceu metas para adequação às normas e diretrizes desse sistema.

Dentre estas, salienta-se, já de posse do documento para habilitar-se no Plano de Gestão da Atenção Básica, a participação imediata do município na Comissão Bipartite de São Paulo. Paralelamente, o município preparou-se para habilitar-se à Gestão Plena do Sistema de Saúde, que aconteceu em 23 de julho de 2003, com a assinatura das portarias pelo Ministro da Saúde, Humberto Costa. Com isso, os governos estadual e municipal passaram a receber separadamente os recursos do Governo Federal para as ações de saúde, assumindo a prefeitura de São Paulo a gestão das internações, consultas e exames de toda a rede do SUS nos 30 hospitais do estado e nos 26 privados e conveniados ao SUS (São Paulo 2003).

A descentralização do governo dessa cidade, adotado como medida para gestão de suas várias áreas pedaços e de suas diferentes necessidades, encontrou possibilidade de êxito na descentralização através das subprefeituras e dos Distritos de Saúde, com a alteração da relação de responsabilidade e delegação de poder entre o prefeito e essas instâncias de gestão. A criação das subprefeituras possibilitou levar à presença do Estado Municipal, o governo das diferentes realidades e necessidades, representado pela figura do subprefeito e do Coordenador de Saúde dos Distritos (São Paulo, 2002).

A criação das subprefeituras, a partir da aprovação da Lei n.º 13.399/02 de 1º de agosto de 2002, assim como a constituição de suas

bases teóricas e técnicas de implementação da gestão pública descentralizada, foram firmadas no Seminário Internacional sobre “descentralização Democrática do Poder Público Local. Cumprindo-se o estabelecido na Lei Orgânica do município, São Paulo, com a criação das subprefeituras passou por um processo de descentralização (São Paulo, 2002).

A divisão da cidade em 31 subprefeituras teve como objetivo induzir o desenvolvimento local, atuando especialmente em regiões periféricas para ampliar, agilizar e melhorar a qualidade dos serviços, oferecer transparência à gestão municipal, aproximar o governo da comunidade, facilitar a articulação entre as áreas municipais e democratizar o poder público, criando canais efetivos de participação popular (São Paulo, 2001a).

Utilizando-se dos princípios e diretrizes do SUS, um deles, o da descentralização do poder, como forma de adequar os investimentos às necessidades de cada população em sua respectiva área, a SMS, juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) decidem fundir os cinco núcleos de saúde, que dividiam entre si a administração estadual e as dez administrações regionais de saúde do Município de São Paulo em 41 distritos de Saúde, com cerca de 250.000 habitantes cada, considerando os limites dos 96 distritos administrativos da cidade, critério esse respeitado para que não se perdessem as bases censitárias, dados epidemiológicos e estatísticos (São Paulo, 2001b).

A cada 250.000 habitantes/Distrito de Saúde caberia um Secretário de Saúde, visto que dos 5.500 municípios brasileiros somente 130 cidades são desse porte (São Paulo, 2001 a).

A constituição desses Distritos, concernente às organizações e decisões, far-se-á:

- a) “unidade autônoma e território local de planejamento, avaliação e controle das ações e políticas de saúde;
- b) instância decisória para o desenvolvimento de projetos e ações integradas com outros setores de atuação social;
- c) espaço de reorganização da orientação programática a partir de critérios de demanda e de estudos prospectivos em nível distrital/local;
- d) instância de avaliação, controle e fomento de padrões de qualidade e compromissos dos serviços frente às necessidades de saúde;
- e) critérios de territorialização para identificar problemas e aspirações das distintas comunidades;
- f) local de articulação com as demais políticas públicas municipais, favorecendo o impacto positivo na qualidade de vida, nos diferentes espaços da cidade, e possibilitando a integração estrutural das subprefeituras (São Paulo, 2001 a).

Para a implantação da gestão descentralizada da atenção à saúde, seguindo os moldes propostos, a SMS apresenta os critérios considerados fundamentais: para reafirmação da autonomia da autoridade sanitária na figura do Coordenador de Saúde do Distrito e para definição dos passos estratégicos de implantação e efetivação, a saber:

- Identificação de áreas prioritárias;
- Levantamento do número de habitantes;
- Diagnóstico da rede física instalada;
- Exame das situações dos equipamentos existentes;
- Preparo da fase de recrutamento e seleção;
- Organização das Unidades de Saúde da Família, em uma nova perspectiva gerencial e de atenção;
- Organização das demandas para as capacitações/qualificações dos profissionais;
- Cálculo do número de agentes e de equipes;
- Mapeamento das áreas e micro-áreas;
- Definição das responsabilidades técnicas e sociais das equipes do

PSF.

No tocante à organização do trabalho das equipes e das Unidades de Saúde da Família, desenvolverá as seguintes etapas: (São Paulo, 2001 b).

- Adscrição da clientela;
- Diagnóstico situacional;
- Ações de Continuidade da Atenção;
- Cadastramento familiar;
- Promoção de Atividades de Promoção da Saúde;
- Realização de visitas domiciliares; e
- Construção de um modelo de gestão.

Esta estratégia de atenção à saúde, adotada no município, tem como base a família e dar-se-á de forma gradativa, ascendente e democrática, traduzida na organização dos serviços básicos de saúde e no cuidado ininterrupto das pessoas, das famílias e das comunidades (São Paulo, 2001c).

2.6 Modelos tecnoassistenciais em Saúde

Já se vão séculos de mobilização para a construção de novos modelos de assistência que materialize o direito à saúde. Esse desafio inquieta povos, populações, gestores e governo.

O modelo hegemônico de prestação de serviços em saúde, no mundo ocidental, teve sua fundamentação a partir das contribuições de Pauster e Koch, que contrapõem a teoria da corrente social das doenças através da descoberta da biologia e da microbiologia (Silva Jr. 1998).

Tais adventos possibilitaram o conhecimento da etiologia das doenças, sendo rapidamente utilizados por laboratórios de forma estratégica. Os hospitais, que eram considerados morredouros, tornaram-se locais de trabalho da chamada Medicina Científica.

De acordo com Silva Jr (1998), Abrahm Flexner da Universidade de Jonhs Hopkins, em 1910, foi convidado pela fundação Carnegle dos Estados Unidos da América a proceder uma avaliação da educação médica em seu país e no Canadá. O resultado gerou o “Relatório de Flexner “, que fechou

124 das 155 escolas médicas americanas. Considerado marco da Medicina Científica, propunha:

- a) definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos;
- b) introdução do ensino laboratorial;
- c) estímulo à docência em tempo integral;
- d) expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais;
- e) vinculação das escolas médicas a universidades;
- f) ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico;
- g) vinculação da pesquisa ao ensino;
- h) estímulo à especialização médica;
- i) controle do exercício profissional pela profissão organizada.

Esta estruturação da Medicina Científica, segundo Silva Jr. (1998), corroborou a crença de que a compreensão dos processos de doenças e das respostas do corpo a elas são passíveis de intervenções terapêuticas, principalmente por métodos físicos, químicos e elétricos.

Os serviços hospitalares se tornaram progressivamente mais onerosos, levando ao questionamento dos critérios para a internação hospitalar e para os serviços referenciados de maior complexidade nos hospitais. O custo dessa prática tornou-se ainda mais difícil frente às situações que exigiam longa permanência para os seus tratamentos, ocasionando uma fragmentação e despersonalização dos serviços.

Os investimentos crescentes que esse modelo absorve e o resultado decrescente nos índices de mortalidade e morbidade suscitam discussões para a readequação e ampliação do acesso à saúde (Silva Jr., 1998).

A seletividade desse modelo, determinada por suas características estruturais, dificulta a legitimação do direito à saúde, gerando com isso mobilizações da classe trabalhadora por uma política de Bem-Estar Social de responsabilidade do Estado.

Neste momento, propostas alternativas a esse modelo hegemônico, advogam a compreensão da saúde como um direito humano fundamental, sendo a principal delas o modelo da medicina comunitária¹⁵, que conta com patrocínio de entidades internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS).

Comentário:

Segundo Starfield (2002), data de 1920 a divulgação de um texto oficial de Lord Dawson of Penn, tratando da organização do sistema de serviços de saúde. Nesse texto, Dawson distinguia três níveis principais de serviços de saúde: Centros de Saúde Primários, Centros de Saúde Secundários e Hospitais-Escola. Ele propunha vínculos formais entre os três níveis e a descrição das funções de cada um deles. Este rearranjo foi a base para o conceito de regionalização e hierarquização do sistema de saúde em vários países.

Estes princípios da regionalização e hierarquização propõem a organização dos serviços em níveis de complexidade tecnológica crescente,

¹⁵ De acordo com Silva Jr. (1998) a medicina comunitária também é chamada de cuidados primários de saúde, programas de extensão de cobertura urbana e rural e outros.

dispostos numa área delimitada e com definição da população a ser atendida (Meneses, 1998).

Em 1977, a Assembléia Mundial de Saúde decidiu unanimemente que a principal meta social dos governos participantes deveria ser “Saúde para todos no ano 2000”. Esta declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram impacto sobre o pensamento “Atenção Primária” (Starfield, 2002).

A conferência realizada em Alma Ata, em 1978, e patrocinada pela OMS, anunciou os princípios da “Atenção Primária à Saúde”, através da carta de Lubriana, propondo que os sistemas de atenção de saúde deveriam ser (Starfield, 2002):

- dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- direcionados para a promoção da saúde;
- centrado nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e
- direcionados para a atenção primária.

O consenso já alcançado foi confirmado pela Assembléia Mundial de Saúde na reunião subsequente, em maio de 1979, onde a Atenção Primária à Saúde foi definida como:

“ Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de auto confiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual a função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (Organização Mundial de Saúde, 1978 apud Starfield, 2002).

A difusão desse ideário da saúde como bem universal e desejável a ser atingido dentro de uma meta explicitada (ano 2000), recoloca uma série de inquietações e desafios aos diferentes setores seja direta ou indiretamente envolvidos com problemas de saúde (Cohn; Elias, 2003).

Segundo Starfield (2002), a atenção primária é a porta de entrada para a atenção à saúde individual, sendo considerada responsável pela longitudinalidade do acompanhamento de seus pacientes, visto que está numa melhor posição para interpretar os problemas no seu contexto histórico e na relação desse meio social com a situação de saúde do paciente.

Esta autora considera a atenção primária apenas um componente chave dos sistemas de saúde. Seu papel é o de prestar diretamente todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente de

prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros níveis.

No Brasil, as políticas de reorganização setorial na área da saúde, iniciadas a partir da década de 60, quando já começava a se fortalecer o modelo assistencial privado, já continham os elementos essenciais para a racionalização do setor (Meneses, 1998).

Esta firmava-se na construção de metodologias que indicassem alternativas para determinar prioridades de ação a serem realizadas, adequando-se os recursos disponíveis aos problemas considerados preferenciais (Merhy, 1997).

Neste contexto, foi anunciada a Atenção Primária à Saúde, que se referia à disponibilidade de serviços básicos ou essenciais à saúde, constituindo-se na base de um sistema de saúde para atender às necessidades salutaras de uma população, proporcionando acessibilidade às diferentes demandas existentes, como o direcionador desse sistema e subsidiando a reformulação de políticas públicas de saúde do Brasil (Meneses, 1998).

Para Merhy (1992), a atenção primária constitui um campo de ações de saúde no qual existem maneiras diversificadas para a organização assistencial e tecnológica.

Integralidade da Atenção

Autores como Maeda (2002) e Meneses (1998), ao tratarem dos aspectos de acesso e da acessibilidade, adotam o princípio da integralidade, conferindo-lhe duas dimensões. A primeira, o reconhecimento, na prática de serviços, de que cada pessoa é indivisível e integrante de uma comunidade, e de que essa indivisibilidade também exige um sistema de saúde integral. A segunda, o reconhecimento de que, para assegurar o atendimento às necessidades, o sistema de saúde deve ser integral, voltado à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Meneses (1998) situa a integralidade no interior dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), atualmente Distritos de Saúde, em duas posições, ora como unicidade institucional no âmbito e nível do gerenciamento do sistema, ora como unicidade das ações dentro do processo de trabalho em saúde.

Entre as várias formas para assegurar a mobilidade da população/usuário dentro do sistema de saúde e garantir integralidade das ações, são adotados como metodologia organizativa os mecanismos de referência e contra-referência, partindo do pressuposto de que a rede hierarquizada deve proporcionar articulação inter-institucional, racionalização dos recursos e organização do sistema de saúde.

Starfield (2002) considera a importância da integralidade da atenção como mecanismo que garante os ajustes dos serviços às necessidades de saúde. Conclui que a integralidade é julgada pela variedade de serviços

disponíveis e pela capacidade de atender às necessidades comuns a todas as populações.

Consoante o princípio da integralidade, o sistema de referência e contra-referência, sendo uma continuidade previsível, criteriosa e conhecida por todas as instâncias que o compõem, deve indicar o encaminhamento dos usuários para níveis de maior complexidade.

De acordo com o Ministério da Saúde, compete ao serviço municipal de saúde indicar, no âmbito municipal e regional, os serviços disponíveis para a realização de consultas especializadas, de apoio diagnóstico e internações hospitalares, bem como assumir a responsabilidade pelo acompanhamento dos indivíduos e famílias em todo o processo de referência e contra-referência (Brasil, 1997).

A variedade de serviços disponíveis, deve se constituir a partir do reconhecimento dos problemas específicos de uma determinada população, uma vez que sua rede é formada de serviços adicionais aos da atenção primária como forma de atender às necessidades dessa população. A falha, no reconhecimento das necessidades e dos problemas da população, manifesta-se através de um subdiagnóstico sistemático dos problemas reconhecidamente comuns na população de usuários ou pela evidência da falta de recebimento dos recursos de serviços indicados naquela e para aquela população.

Acesso e acessibilidade

Segundo Starfield (2002), os termos acesso e acessibilidade são usados de forma alternada e, geralmente, ambígua. No entanto as definições que melhor definem são:

A acessibilidade, como elemento estrutural da rede de serviços, pode ser dividida em cinco tipos:

- a) Disponibilidade - a obtenção do atendimento quando necessário ou solicitado;
- b) Acessibilidade – avaliação da facilidade para chegar ao atendimento médico;
- c) Comodidade – medida pelo tempo de espera para obter o atendimento;
- d) Pagamento – disponibilização de recursos para obter atendimento;
- e) Aceitabilidade – o quanto o usuário está satisfeito com a assistência e atendimento recebido.

A acessibilidade não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de serviços devem ser acessíveis. Entretanto, os requisitos específicos para a acessibilidade diferem, na atenção primária, porque este é o ponto de entrada no sistema de serviços de saúde. Para oferecê-la, é necessário que o local de atendimento seja facilmente acessível e disponível, ao contrário a atenção será postergada, talvez a

ponto de afetar adversamente o diagnóstico e o manejo do problema (Starfield, 2002).

O acesso é dividido pela autora em duas unidades:

a) Acesso sócio-organizacional - que inclui características dos recursos que facilitam ou atrapalham as pessoas para chegar ao atendimento;

b) Acesso geográfico – que envolve características relacionadas à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter os recursos.

Donabedian (1991) apud Maeda (2002) considera o acesso à parte estável de uma organização, como área física, recursos humanos, equipamentos, organograma e dimensões que constituem a base do trabalho. É constituído da oferta contínua e sistemática de disponibilidade à população, nos aspectos geográficos, culturais, econômicos e funcionais, e de serviços permanentes com tecnologia apropriada e mecanismos de referência e contra-referência que assegurem o fácil deslocamento para o nível de atenção necessário.

Conforme já citado neste estudo, não existe um consenso único quanto aos termos acesso e acessibilidade, usados de forma ambígua e com alternância de definição. Percebe-se, porém, que alguns autores citam a acessibilidade como componente do acesso, encaixado neste termo.

Rubinstein (2001) define que “La accesibilidad es la característica estructural principal para un buen funcionamiento de cualquier sistema de atención primaria. Si no hay un acceso adecuado, los cuidados pueden demorarse al punto que afecten el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades en grado significativo lo

que a la vez provocaría insatisfacción com el sistema de atención entre los usuarios y tendencia a la sobreutilización de los servicios alternativos, como los consultorios de urgencia e las guardias de emergencia”.

Já para Hortale (2000), o acesso aos serviços de saúde deve considerar os vários planos do processo de produção, agregada a uma categoria- valor que visa proporcionar equidade, universalidade, globalidade e a acessibilidade regional, social e organizacional.

Dentre os fatores da acessibilidade organizacional, a autora considera:

- Coerência dos serviços com as necessidades da população, mediante o próprio conhecimento dos indicadores de saúde;
- Acessibilidade financeira, que objetiva condições para disponibilizar recursos e serviços proporcionais à;
- Acessibilidade geográfica e organizacional, que considere barreiras para o acesso, proporção de habitantes por serviço.

Desenvolvimento da Medicina Supletiva no Atual Sistema de Saúde

A organização da assistência médica brasileira é resultado das medidas implementadas pelas políticas públicas setoriais desde a década de 30. Neste momento, o Estado optou pelo investimento e pela compra de serviços de saúde do setor privado, financiando seu desenvolvimento e ampliação.

A partir da década de 60, incentivado pela política da Previdência Social, o setor privado organizou-se sob a lógica empresarial e passou a vender os seus serviços tanto para o setor público quanto para usuários, mediante seus próprios planos (Sanches, 2001).

Segundo Cohn e Elias (2003), a medicina supletiva possuía, em 1993, 34.400.000 associados e Mendes (1999) considera que a meta é chegar a 60.000.000 usuários.

O desenvolvimento dos serviços privados tem sido, de certa maneira, funcional ao processo de universalização, mas, ao mesmo tempo frágil pois retira da esfera do setor público os seguimentos da população com maior capacidade de vocalização de demandas (Teixeira 1999).

Starfield (2002), ao estabelecer relação entre a medicina supletiva e a integralidade do sistema de saúde afirma que:

“Em um sistema de saúde baseado no mercado, diferentes unidades de saúde freqüentemente utilizam a integralidade para ganhar distância dos concorrentes”.

Esse sistema liberal tem forte apelo ideológico que advém da medicina flexneriana, e difunde a supremacia do modelo médico/hospitalocêntrico, às suas ações, dificultando com isso a aceitação de ações coletivas (Mendes, 1999).

Atualmente, a parcela privada do sistema disponibiliza serviços, numa proporção desigual, provocando uma inversão do padrão do subsistema público, levando a uma maior oferta de consultas médicas e

internações desse sistema, quando comparado com o sistema público de saúde (Mendes,1999).

Bahia (1999) refere que 80% dos médicos, com atividades em consultórios particulares, e mais de 50% do total de hospitais estão disponíveis para o sistema privado de atenção.

Esse crescimento da medicina supletiva no Brasil se dá, segundo Mendes (1999), Cohn e Elias (2003), em decorrência da insuficiência dos recursos disponibilizados pelo SUS, desde o momento de reformulação das estratégias universalizantes e da reorganização do sistema através das políticas assistenciais integralizadoras.

Mendes (1999) utiliza o esquema a seguir para a visualização do sistema de saúde, separando o modelo médico assistencialista privado, do sistema de saúde como um todo proposto no projeto neoliberal. Afirma que tais subsistemas têm lógicas de estruturas distintas, complexidades tecnológicas diversas, clientela discriminada, interlocutores políticos diferenciados e modos de financiamentos próprios.

Trajetória do projeto Hegemônico de Saúde no Brasil

Fonte: Mendes (1999)

O modelo de atenção à saúde, no qual está inserido o sistema privado, ainda apresenta dicotomia entre o preventivo e o curativo.

A grande maioria das atividades de saúde nesse modelo estão voltadas para ações curativas, embora se busquem outros modelos de atenção que racionalizem os custos.

O SUS tem respondido por todas as atividades de prevenção, promoção e por procedimentos não atendidos pelo sistema privado, em particular, os de alta complexidade (Sanches, 2001)

Apesar do SUS se apresentar como um potente instrumento para a política pública brasileira, é fato que não conta com recursos financeiros e com uma rede de serviços suficientes, que permitam a garantia e a equidade de acesso e cobertura a toda a população do país.

Entretanto, esse sistema e a assistência médica suplementar ainda têm atuações paralelas e não se configuram num Sistema Nacional de

Saúde, materializado através de políticas que permitam a identificação de um sistema que forme uma rede de serviços articulada e regionalizada.

A regulação desse sistema supletivo sempre foi feita pelo Estado, uma vez que é este um dos principais financiadores dos serviços privados ao longo dessas décadas. Atualmente, as regras para o funcionamento desse sistema se dá através da Agência Nacional de Saúde (ANS), que corporifica, reverbera conceitos e acolhe iniciativas conflitantes com diretrizes da universalização, equidade e descentralização (Bahia, 2001).

A divisão entre sistema público e privado continua baseada na idéia de clientes pagantes e não pagantes. Essa concepção mecanicista, reduzida a esses valores, tomou forma de um aparelho excludente com determinação de acesso para uma pequena parcela da população, que considera os problemas sociais como carências e não como direitos (Injosa, 1998).

3. Objetivos

1. Construir fluxogramas para ilustrar o processo de atendimento em uma UBS e o fluxo de distribuição dessas referências a nível local regional e central;
2. Identificar com base nos fluxogramas os momentos restritivos para o atendimento na UBS e para o agendamento das referências externas geradas nesta UBS;
3. Relacionar as referências externas, quanto a: frequência, tipo, registro no SIAB, prazos de agendamento, perfis dos usuários e dos profissionais que as emitiu;
4. Discutir o princípio da integralidade sob a vertente da rede de serviços, considerando a operacionalidade do acesso de usuários a referências externas nesta UBS.

4. Material e Métodos

4.1 - Tipo de estudo

O interesse em reconhecer a funcionalidade do sistema de referências de saúde em nível local e sua capacidade de responder às demandas por serviços de saúde em níveis de tecnologia crescente que resulte em integralidade da assistência, despertou-nos para o estudo que estamos apresentando.

Para sua metodologia adotamos os conceitos de Gil (2002); Vanzin e Neri (1998), que consideram de máxima importância para a pesquisa exploratória o conhecimento e a familiaridade com o problema, de modo a saber construir hipóteses e a torná-lo mais explícito.

De acordo com Polit e Hungler (1995), um estudo é considerado exploratório quando há algum fenômeno de interesse e se busca explorar as suas dimensões, mostrar como se manifesta e com quais fatores se relaciona.

O caráter exploratório procura informações sobre o objeto da pesquisa Sistema de Referência e Contra-Referência e, a partir daí, formula hipóteses sobre sua funcionalidade.

Para pesquisa adotamos o método dedutivo, objetivando demonstrar o que está implicitamente relacionado com o antecedente que afeta o objeto de estudo (Medeiros, 2000).

A utilização desse método para Parra Filho e Santos (2000),

possibilita partir de uma situação ou posição geral e particularizar até as conclusões.

Segundo Gil (2002), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno e se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, como também visa descobrir as associações entre as variáveis.

A linha teórica desta pesquisa focaliza o positivismo que, segundo Ferreira (1996), é o conjunto de doutrinas que induzem a uma orientação científica do pensamento filosófico. Essa doutrina permite ao pesquisador dividir em tópicos claros o corpo da pesquisa.

4.2 - População

São usuários adscritos no território de abrangência de uma UBS, a qual atua sob a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Cadastrados, possuem registro da família e passaram pelo atendimento de um médico ou de enfermeiro, a partir de agendamento prévio ou de uma demanda espontânea, que gerou uma solicitação de referência externa para resolutividade de seus problemas de saúde ou para controles preventivos, em outros níveis de atenção, com maior densidade tecnológica (anexo 2).

4.3 - Cenário

O cenário deste estudo é uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBS), situada no Distrito de Saúde de Guaianases.

Em parceria com a OS Santa Marcelina, tem uma população de 256.319 habitantes, distribuídos em 17,8 Km² de área e abrangendo os Distritos Administrativos de Guaianases e Lajeado (anexo 3).

O perfil de morbi-mortalidade apresenta como causas principais: 1.º homicídios (15%); 2.º doenças isquêmicas do coração (10%); 3.º doenças cérebro vasculares (9%); 4.º pneumonias (5%) e 5.º diabetes mellitus (4%), em um universo total de 1286 óbitos no ano de 2001 (Secretaria Municipal da Saúde, 2003).

A esse Distrito de Saúde, no processo de descentralização, coube a gestão de 15 UBS, um Centro de Testagem e Aconselhamento DST/AIDS (CTA) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), divididos entre o Distrito Administrativo do Lajeado e de Guaianases.

A disposição e organização destes serviços, segue a formatação abaixo:

- Cinco UBS estão inseridas exclusivamente na estratégia do PSF;
- Uma, com equipes do PSF, equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e com o atendimento da UBS no modelo tradicional;
- A segunda, com equipes do PSF e do PACS;
- A terceira, divide o espaço físico entre o atendimento ambulatorial especializado e as atividades da UBS, sendo esta unidade referência para as demais;

- A quarta, mantém o atendimento da UBS e divide espaço com o CTA;
- As seis unidades remanescentes mantêm apenas as práticas e ações de saúde no modelo de atenção básica anterior ao PSF (Secretaria Municipal de Saúde, 2003)

As unidades de referências para média e alta complexidade que compõem a rede de serviços de saúde desse Distrito são:

- Um pronto socorro municipal, considerado serviço de emergência de nível primário;
- Um hospital geral estadual de 200 leitos, enquadrado no nível secundário de tecnologia para prestação de serviços de saúde, que disponibiliza seus recursos tecnológicos aos Distritos de Saúde de Guaianases e da Cidade Tiradentes, obedecendo as diretrizes da Gestão Plena dos serviços de saúde estabelecidos entre o Ministério da Saúde e a Prefeitura Municipal de

São Paulo;

- Um hospital particular de pequeno porte, que mantém convênio com o SUS para atendimento de urgência e emergência; e
- Uma unidade municipal mista, que possui em sua estrutura física um ambulatório de especialidades.

Como referências terciárias, esse Distrito de Saúde tem acesso a um hospital geral de grande porte, privado, filantrópico e conveniado com o SUS, localizado no Distrito de Saúde de Itaquera, com alto recurso tecnológico, servindo de referência a toda a região leste do Estado de São Paulo.

Além dos serviços acima, a Gestão Plena da Saúde habilitou o município de São Paulo para a gestão de todos os estabelecimentos de saúde do município conveniados ao SUS, agregando todos esses serviços à rede municipal, composta de 30 hospitais públicos do estado e 26 hospitais privados (São Paulo, 2003).

Para possibilitar a integração desses serviços, a Secretária Municipal de Saúde criou centrais (*Call Center*) que recebem os recursos dessa rede e os distribui aos Distritos de Saúde, suprimindo as demandas não atendidas pela sua rede de serviços locais.

No Distrito de Saúde, que determinamos como local de nossa pesquisa, o fluxo de atendimento dessas demandas inicia-se com o encaminhamento para o Distrito de Saúde da relação de serviços de maior complexidade, gerados na UBS, a partir de seus atendimentos.

Por sua vez, as unidades que compõem a rede de referências local

encaminham ao Distrito de Saúde seus recursos disponíveis para o período definido. Identicamente procede o *Call Center*, que após receber os recursos dos serviços agregados, a partir da gestão plena, os encaminha ao Distrito, respeitando a cota já negociada dos recursos, não disponíveis ou insuficientes na região desse Distrito de Saúde.

Este os distribui às UBS de acordo as solicitações. Essas, por sua vez, comunicam os usuários que retirem na UBS as solicitações de serviços, assim como as senhas, já distribuídas, com data, local e horário para o atendimento ou procedimento.

Este processo de atendimento das demandas é representado no fluxograma abaixo.

A UBS, local do presente estudo, está situada no Distrito

Administrativo do Lajeado. Esta unidade foi entregue à população, em junho de 1992 pelo Governo do Estado, que a administrou até abril de 1996, quando foi transferida a gestão desse serviço à OS Hospital Santa Marcelina dentro do Programa Nacional de Publicização. Segundo Mércia (2002) desde esta data foi implantado a estratégia de saúde da família sob o nome de Qualidade Integral a Saúde (QUALIS).

Após a municipalização da saúde em São Paulo, a Unidade passou a ser gerida pela Secretaria Municipal de Saúde que mantém o mesmo modelo de atendimento, porém denominada Programa de Saúde da Família (PSF).

4.4. Dinâmica de atendimento na UBS do estudo

Esta UBS participa do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), criado em 2000, com a proposta de ser um instrumento efetivo para o gerenciamento, ao produzir informações para monitorar o desenvolvimento das ações realizadas pelas equipes e sustentar tecnicamente as decisões e o planejamento de ações de saúde implementadas pela mesma (Ministério da Saúde, 2000).

A construção de indicadores e variáveis desse sistema norteou-se pela necessidade de apreensão da realidade sócio-sanitária da população acompanhada e dos serviços de saúde oferecidos, apreendendo os aspectos quantitativos e qualitativos, buscando criar possibilidades de

avaliação, adequação e qualidade (Ministério da Saúde, 2000).

Para registro dos dados e informações que alimentam o SIAB, foram criados impressos para o direcionamento dessa coleta, a saber:

Ficha A - para o cadastramento das famílias, com dados de todos os residentes no domicílio e preenchida pelo agente comunitário de saúde (ACS), através da visita domiciliar às famílias de sua micro-área;

Ficha B - instrumento que orienta o ACS no acompanhamento dos hipertensos, diabéticos, tuberculosos, hansenianos e grávidas, possuindo um conjunto de variáveis pré-definidas que devem ser levantadas todos os meses, quando da visita obrigatória à família desses pacientes;

Ficha C - utilizada para acompanhamento de criança. O cartão é padronizado pelo Ministério da Saúde; e

Ficha D – adotada para o registro de procedimentos e notificações relativas a todas as atividades internas e externas do médico, do enfermeiro, do auxiliar de enfermagem e do agente comunitário de saúde. O preenchimento da ficha é diário e ao final das atividades do dia, é encerrado e entregue ao profissional administrativo, responsável pelo registro desses dados no SIAB.

O foco desta investigação, é o registro das solicitações de referências externas para outros serviços, seja para consultas seja para exames complementares.

Segundo os dados do SIAB de 2003, essa unidade possui cadastrada, em sua área de abrangência, uma população de 17.787 pessoas, inseridas em 4.634 famílias, atuando com cinco equipes nucleares

de saúde da família.

A composição de cada equipe de saúde da família dessa UBS segue o especificado nas diretrizes de organização do programa: um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

Para o desenvolvimento das atribuições e atividades de cada profissional da equipe, como forma de organizar o serviço, faz-se uma sistematização.

Considerando a jornada semanal de quarenta horas, dividiu-se a semana em períodos de quatro horas com atividades que contemplassem as diretrizes do programa de saúde da família, ou seja: atendimento de consultas, visitas domiciliares, trabalho em grupo, reunião diária de equipe e educação continuada.

A divisão desses períodos segue os moldes da esquematização a seguir:

Médico		
Atividade	Períodos/semana	horas
Consulta	05 períodos de 4 hs + 3 horas	23
Reunião diária de equipe	01 período de 4 hs + 01 hora	05
Visitas domiciliares	02 períodos de 4 hs	08
Educação continuada	½ de 04 horas	02
Grupos educativos Para pacientes	½ período de 04 horas	02

Enfermeiro		
Atividade	Períodos/semana	horas
Consulta	02 períodos e ½ de 4 hs	10
Reunião diária de equipe	01 período de 4 hs + 01 hora	05
Visitas domiciliárias	02 períodos de 4 hs	08
Ed. Continuada	02 períodos de 04 horas	08
Supervisão técnica	01 período de 04 horas + 1 hora	05
Grupos educativos Para pacientes	01 período de 04 horas	04

O período de funcionamento dessa UBS é das 7:00 hs às 17:00 hs; a jornada semanal de trabalho de todos os profissionais é de 40 hs, sendo que parte de cada categoria inicia sua jornada diária às 7:00 hs e a finaliza às 16:00 hs e outra parte inicia às 8:00 hs e finaliza às 17:00 hs.

Essa organização é comum às cinco equipes. No entanto é facultativo organizar os períodos de acordo com suas programações individuais, porém com a obrigatoriedade de desenvolver cada uma das atribuições.

O número de atendimentos nesta UBS, segundo dados do SIAB em 2003 (consolidado 2003), foi de 13.084 consultas médicas e 7.018 consultas de enfermagem, sendo disponibilizado 0,74 consulta por usuário/área.

Esta unidade está organizada de forma a atender a demanda de

usuários adscritos e cadastrados por demanda espontânea ou previamente agendada.

O fluxo interno de atendimento pode ter desfechos diferentes, que dependem do motivo da procura pelo serviço.

Para possibilitar uma maior organização do trabalho desta UBS, esses usuários foram classificados segundo a motivação que desencadeou a procura e que determina quatro perfis diferentes: usuário 1, que procura o serviço para agendamento e está dentro das prioridades definidas pelo PSF; usuário 2, que chega para uma procura eventual, fora de um grupo específico, mas que deseja ser atendido no mesmo dia; usuário 3, que chega à UBS em situação de emergência ou urgência; usuário 4, solicita um agendamento, todavia sem subsídio de nenhuma prioridade de atendimento.

4.5. Variáveis do estudo

As variáveis dão idéia clara dos rumos e conteúdo de uma pesquisa e podem apresentar diferentes valores. Elas possuem características observáveis de algo que emenda ou varia (Vanzin e Neri, 1998).

Para Gil (2002), o objetivo da variável é dar maior precisão aos enunciados, teorias, leis, princípios ou generalizações.

Neste estudo, as hipóteses elaboradas estabelecem relação com variáveis independentes, apesar de indicarem efeito sobre o objeto de estudo.

Utilizam-se as variáveis nominais: idade, sexo, tipos de referências externas geradas na UBS e variáveis ordinais: quantidade de solicitações de

referências emitidas por equipe e, dessas, as que foram acessadas e não acessadas, o período de espera em dias desde o agendamento e os registros dessas solicitações por equipe, no SIAB.

4.6. Procedimentos de Coleta de Dados

Neste estudo, os dados foram obtidos a partir dos formulários de solicitação de referência e contra-referência, impressos utilizados na rede de serviços de saúde do município de São Paulo, para solicitações de referências externas e também para proceder à contra-referência desses casos. Por vezes, o preenchimento destes impressos estavam incompletos e, nestes casos, recorreu-se aos prontuários dos usuários para a complementação dos dados essenciais à pesquisa.

Embora não seja recurso adotado, na rede pública dos serviços, a UBS possui uma planilha eletrônica para registro das solicitações de referência já agendadas, criada para possibilitar o controle e a avaliação da quantidade de agendamentos efetuados. Esse instrumento possibilitou o levantamento retrospectivo dos demais já realizados, que compôs o universo deste estudo (anexo 4).

Nesta pesquisa, consideraram-se os registros de referências retrospectivos a um ano, compreendidos entre 17 de setembro de 2002 e 17 outubro de 2003, com finalidade de reconhecer os tipos de demandas geradas bem como, as frequências acessadas e não acessadas, e os

períodos de agendamento daquelas acessadas.

Os dados referentes aos registros dessas solicitações feita por cada equipe no SIAB e o seu número real na UBS compreendem o período de janeiro de 2003 a outubro de 2003, devido à ausência de dados do período anterior a essa data.

4.7. Instrumentos de Coleta de Dados

Utilizou-se uma planilha para levantamento retrospectivo dos dados, alimentada pelas solicitações de referências já agendadas e por aquelas presentes na UBS, aguardando o agendamento (anexo 5). A planilha contempla os seguintes itens: código de identificação do usuário (matricula), idade, sexo, serviço de saúde que gerou a solicitação de referência, especialidade solicitada, data da solicitação, profissional e/ou equipe solicitante, local do agendamento, data do agendamento e dias de espera entre solicitação e realização.

4.8. Período de coleta de dados

Os dados foram coletados nos meses de outubro e novembro de 2003.

4.9. Amostra

Inicialmente, foram consideradas todas as solicitações de referências a serem agendadas e geradas na UBS, bem como aquelas

registradas na planilha eletrônica da unidade, num total de 1.272 solicitações.

Alguns critérios foram adotados para compor a amostra final, a fim de adequar os dados aos objetivos deste estudo. O primeiro considerou apenas as solicitações que estavam compreendidas entre 17 setembro de 2002 e 17 outubro de 2003, o que validou 1243, dentre as 1272 solicitações.

Seguindo outros critérios estabelecidos, foram excluídas 50 solicitações por serem de outros serviços; 145 por não identificarem o profissional solicitante e por não possuírem o número de cadastro da família para possibilitar o levantamento desse dado; 85 por não conterem a data da solicitação no impresso nem no prontuário; 03 por terem suas datas de solicitações registradas na planilha, após a data do agendamento do atendimento; 06 por possuírem registros repetidos na planilha eletrônica; 02 por não conterem dados da unidade solicitante; 37 por faltar o registro do agendamento e o pedido no aguardo deste; 21 por terem sido retiradas da unidade pelo usuário e não possuírem registros da sua realização; 2 por apresentar, na planilha eletrônica, que o usuário faltara no agendamento, sem todavia existir registro em que data.

O resultado da aplicação desses critérios deu uma amostra final correspondente a 892 solicitações para referências externas.

4.10. Procedimentos de ética em pesquisa

O presente projeto de pesquisa foi submetido à apreciação das comissões de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo e autorizado por ambas. Contou ainda com a liberação do Sr. coordenador de saúde do Distrito de Saúde de Guaianases (anexos 5 e 6).

4.11. Tratamento e análise dos dados

Para a identificação dos momentos restritivos de atendimento e agendamento de referências externas na UBS optamos pela construção de fluxogramas.

Os dados relacionados às referências externas foram tabulados empregando-se, para isso, cálculos estatísticos baseados no enfoque quantitativo que, de acordo com Gil (2002), permite representar as relações entre os eventos.

Feito isso os dados foram estruturados em gráficos e tabelas para possibilitar uma melhor interpretação. Consideradas suas características, foram agrupados em: 1) referências externas e acesso; 2) perfil da demanda de usuários com referências externas e 3) equipes de saúde que geraram referências.

5 – Resultados

5.1. Processos de atendimento e de agendamento de referências externas na UBS do estudo

Foi utilizada para a visualização desses processos a ilustração diagramática, denominada fluxograma, permitindo identificar os perfis dos usuários nas suas diferentes demandas e as trajetórias do seu atendimento interno assim como, o agendamento das referências.

Segundo Berwick (1994), o fluxograma é uma ferramenta útil para diversos meios, pois permite converter o que pode parecer uma coleção vaga e complicada, em eventos, numa exposição gráfica, com uma série de passos claros e visíveis.

Esta ferramenta é composta por elementos geométricos. É importante entender a simbolização e representação de seus formatos para compreender sua utilização na construção do fluxograma.

1- início e término do processo

2 – ações dentro do processo

3 – momento de decisão dentro do processo

4 – ligação entre uma ação e outra

5 – Momento restritivo para o acesso ao atendimento na

UBS

Optamos pela construção de um fluxograma, para melhor conhecermos e analisarmos determinado processo. É necessário ter clara a definição de onde começa e onde termina o processo. De fato, é a definição desses parâmetros que possibilita clareza da dimensão do processo pois, nas análises, em que esses critérios não são bem definidos, podem-se perder detalhes ou tornar o processo extremamente poluído, na sua representação gráfica.

5.1.1 Processo de atendimento na UBS do estudo

Consideramos, como início do processo de atendimento, o momento da abordagem do usuário, na recepção da unidade, à procura de consulta médica e/ou enfermagem; sua finalização, quando o usuário é dispensado ou transferido com uma solicitação de referência para outro nível de atenção.

Elaboramos a construção gráfica do processo de atendimento a partir de demanda espontânea ou agendada pelo usuário. A primeira ação é o contato com a recepcionista, que perguntará sobre o agendamento prévio ou não do atendimento. Esse questionamento irá gerar duas possibilidades: 1) o encaminhamento direto para o atendimento médico ou de enfermagem, se previamente agendado, ou 2) encaminhamento à equipe de enfermagem escalada para acolher os usuários que procuram o serviço, sem o agendamento prévio.

Neste segundo caso, o profissional da equipe de enfermagem abordará os motivos e as queixas que levaram o usuário a procurar a UBS, sem um agendamento prévio. Após a apreciação dos fatos, o profissional dará as orientações necessárias e, se houver queixa física, procederá à aferição e registro dos parâmetros vitais. Obtidos os resultados, encaminhará o usuário, enquadrado no perfil 2 - usuário eventual - ou no perfil 4 - agendamento sem prioridade - onde reafirma sua necessidade de atendimento por um profissional da UBS.

A avaliação do profissional para o qual esse usuário foi encaminhado poderá gerar: 1) resolução da demanda; 2) solicitação de referência externa, com encaminhamento para outro serviço; 3) solicitação de referência interna e desta a geração de uma referência externa ou não.

Do fluxo interno de atendimento, apresentado no esquema a seguir, verifica-se que há mais dois perfis de usuários que procuram esse serviço: o de perfil 3, usuário que chega à unidade, em situação de urgência ou emergência, desencadeando ações específicas para o seu caso, para cujo atendimento, o serviço não disponibiliza vaga na agenda, por ser imprevisto e de baixa frequência; o usuário de perfil 1, que procura o serviço para o agendamento de atendimento de uma necessidade contemplada nos grupos prioritários¹⁶.

¹⁶ Segundo o Ministério da Saúde, as prioridades de ações da atenção básica são: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão e do diabetes mellitus, saúde bucal, saúde da criança e da mulher (Ministério da Saúde, 2002).

Neste caso, o serviço procederá ao agendamento conforme vaga disponível, na agenda do profissional responsável pela área.

No fluxograma, a seguir, pode-se visualizar claramente o acima descrito. Nele, constam as etapas do processo, as posições dos indivíduos envolvidos, seus papéis e as decisões que determinam ou não o acesso para serviço de saúde, o qual gera demandas para outros recursos.

Segundo Starfield (2002) a acessibilidade é um fator importante no equilíbrio saúde-doença.

Para analisar o acesso e a acessibilidade dos usuários adscritos e cadastrados na UBS deste estudo, utilizamos o fluxograma 1, visando identificar os momentos restritivos nele contidos. São estes que evidenciam estar a acessibilidade comprometida.

Observando o fluxo por perfil de usuários, constatamos que o usuário 1 tem, de acordo com as agendas, acesso garantido, constando da coleta de dados de 17/10/03 em: 14 dias de espera para a equipe I; 31 dias para equipe II; 13 dias para equipe III; 40 dias para a equipe IV e 29 dias para a equipe V.

Entende-se com isso que, embora haja diferenças entre o período de espera e o atendimento, ele é garantido, pelo fato de esse perfil de usuário demandar serviços para ações de prevenção e acompanhamento.

O atendimento do usuário 2 -procura eventual- pode ser imediato, porém, depende das avaliações dos profissionais escalados para o acolhimento, passando por três momentos considerados restritivos:1) Momento Restritivo 1 (MR1), avaliação pela equipe de enfermagem com parâmetros de determinação e enquadramento da queixa desse usuário em uma urgência ou não. As possíveis decisões dessa avaliação podem ser: a) dispensa desse usuário com orientação, seja para cuidados da queixa referida, seja para posterior agendamento de rotina. Neste caso, a necessidade trazida por esse usuário poderá ou não ser atendida; b) encaminhamento ao enfermeiro para reavaliação e definição de conduta. 2)

Momento restritivo 2 (MR2), em que o usuário já transpôs a avaliação (MR1) e está numa segunda fase de avaliação de sua necessidade. Neste momento, o enfermeiro reavaliará o critério de urgência, considerado pelo profissional que o antecedeu e, a partir daí, fará os encaminhamentos para resolução da queixa trazida, conforme sua competência técnica.

Esse momento (MR2) aponta para duas outras possibilidades: a) o enfermeiro atende o usuário na sua necessidade; b) dá outras providências que julga necessárias para atendê-las como: b.1) o encaminhamento para níveis de maior aporte tecnológico; b.2) solicitação de exames complementares para definição de conduta, em atendimento posterior.

O usuário 3, que chega em uma situação de urgência e emergência, já identificado, a partir da recepção desencadeia, no serviço, ações mais pontuais, sendo seu fluxo linear e livre. Embora tal demanda interfira no processo rotineiro do serviço, por não apresentar possibilidade de previsão e programação para esses atendimentos, essa situação tem garantia de acesso para o primeiro atendimento e posteriores providências de encaminhamentos para outros serviços, se necessário.

O usuário 4, não inserido nos grupos considerados prioritários ou que passou para esse perfil a partir do atendimento do fluxo 2 - procura eventual - pode buscar o serviço por dois motivos diferentes: 1) por considerar que sua necessidade não foi atendida no fluxo do usuário 2; b) por não ter sido considerada sua necessidade uma urgência pelo profissional do MR1 e MR2, e, portanto, à margem de um agendamento eletivo.

Para atender a demanda de usuários do perfil 4, o serviço marca o agendamento, diariamente, para o dia seguinte. Estas vagas diferenciam-se, em quantidade, de acordo com o dia da semana e a organização semanal daquela, uma vez que há dias nos quais um período está comprometido com visitas domiciliares e, conseqüentemente o número de vagas disponíveis é menor. No entanto, o serviço continua recebendo as diferentes demandas conforme os perfis já apresentados.

Os momentos restritivos ao acesso do usuário 4, são: 1) MR4, momento em que solicita à recepção o agendamento para ser atendido, com possibilidade ou não de vaga, na agenda do profissional responsável pela área de abrangência. Na inexistência da vaga, este usuário é orientado a retornar em outro dia ou, se insistente, será encaminhado para avaliação da equipe de enfermagem, onde passará por mais dois momentos restritivos de acesso: MR5 e MR6. O desfecho final pode ser o atendimento da necessidade trazida ao serviço ou a firme orientação de que deverá se agendar no grupo ao qual pertence, conforme disponibilidade.

5.1.2 Processo de agendamento das referências externas a partir do atendimento na UBS

A partir das solicitações de referências externas, geradas no fluxo acima, desencadeia-se todo um processo local, regional na UBS e no Distrito de Saúde, para atender essas demandas. Inicia-se, assim, a utilização do sistema de referência e contra-referência .

Neste processo de agendamento, o serviço local se responsabiliza frente ao usuário em proceder ao agendamento da referência solicitada e, para ser aceita, é necessário o preenchimento de todos os dados pessoais: data de nascimento, filiação, RG, endereço e telefone.

Segue-se a esse procedimento, o encaminhamento da relação das solicitações de referências externas, com seus tipos e quantidade, ao Distrito de Saúde, o qual disponibilizará proporcionalmente as senhas conforme relação encaminhada ou a quantidade disponível para atender todos os serviços.

Ao receber as senhas, a UBS fará contato, via telefone ou por intermédio dos ACS com os usuários, solicitando sua retirada, onde estão indicados o local, o dia, a data e o horário do atendimento.

O fluxograma 2, processo de agendamento das referências externas, a partir do atendimento na UBS, explicita os mecanismos e rotinas utilizados para os agendamentos das solicitações destas referências, geradas a partir dos atendimentos do fluxograma 1.

Fluxo-2 Processo de agendamento de referências externas

Neste processo, o serviço local (UBS) se responsabiliza em viabilizá-los nos serviços competentes. A indisponibilidade da referência pode

significar para o usuário o desinteresse da UBS em proceder ao agendamento que ele necessita, fragilizando, com isso, a relação de vínculo usuário-serviço.

Essa percepção pode gerar uma expectativa de foco único, não tendo o usuário noção da dimensão do processo que envolve essa ação.

Nesse fluxograma, temos o momento restritivo 1 (MR1), quando o profissional administrativo recebe as senhas das referências externas e estas não são proporcionais à demanda. Então, o profissional, a partir do critério tempo de espera, decide quais serão os usuários que devem receber essas senhas, ficando os demais, no aguardo de novo lote.

Na indisponibilidade da referência, o princípio da integralidade está comprometido, pois todos deveriam ter acesso aos atendimentos para promoção ou recuperação da saúde, considerados necessários pelo próprio serviço.

No comprometimento do princípio da integralidade, deveria ser respeitado o da equidade. A disponibilidade de recursos, àqueles que mais necessitam, também não é observado nesse processo, quando o critério tempo-espera se sobrepõe ao da necessidade.

5.2. Caracterização das referências externas e acesso

Nesta categoria, os dados relacionam as referências externas conforme sua frequência, tipos e acesso, nível do sistema de saúde que as concede e prazos médios de agendamento.

Ultrapassando a mera descrição, pode-se assim associar possíveis explicações e configurações dos fluxos com suas relações de causa e efeito.

Gráfico 1 – Distribuição percentual das referências externas geradas na UBS no período de setembro de 2002 a outubro de 2003, conforme o tipo de atendimento. São Paulo, 2004.

Apresenta a distribuição percentual das solicitações de referências externas quanto ao seu tipo, os quais, embora apresentem pouca diferença entre seus resultados, possibilita a construção de uma rede que atenda aos dois tipos, segundo a proporcionalidade existente entre as duas.

A demanda para exames mostrou-se 13,46% maior do que para consultas, fato que se torna um indicador importante na organização das

estruturas de suporte tecnológico da rede de serviços, visto que as consultas também são geradoras de outras solicitações de exames e aumentam desta maneira, a demanda de suportes tecnológicos, que envolvem exames diagnósticos. Isto permite inferir, uma relativa resolutividade de necessidades de saúde na própria UBS.

Gráfico 2 – Distribuição das referências externas de consultas geradas na UBS no período de setembro de 2002 a outubro de 2003, conforme a especialidade. São Paulo, 2004.

Evidencia as especialidades mais solicitadas na Unidade Básica de Saúde deste estudo, destacando-se a oftalmologia (86), seguida pelas

otorrinolaringologia (56), cardiologia (36), endocrinologia (31) e neurologia (27).

Considerando-se que a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em consonância com o Ministério da Saúde, priorizou algumas demandas específicas, dentre elas o acompanhamento de diabéticos e hipertensos, pode-se observar, no gráfico, que serviços como cardiologia, endocrinologia, oftalmologia, neurologia e nefrologia são demandas que podem ser consideradas programáticas por ter relação direta de continuidade, no tratamento e acompanhamento dos usuários.

A disponibilidade dessas especialidades propicia integralidade e resolutividade de atendimentos, com a possibilidade de ir ao encontro dos indicadores de morbi-mortalidade da região desse Distrito de Saúde que, segundo dados da SMS (2003), teve como segunda causa de morte, no ano de 2001, as doenças isquêmicas do coração, seguidas das doenças cerebrovasculares, de pneumonias e das relacionadas com o *diabete mellitus*. A primeira causa, os homicídios, em que pese a relevância de medidas preventivas, dependem, sabidamente, de políticas públicas de várias áreas, além das de saúde.

Gráfico 3 – Distribuição das referências externas de exames geradas na UBS, no período de setembro de 2002 a outubro de 2003, conforme o tipo. São Paulo, 2004

Mostra que as referências externas dos exames mais solicitados na UBS, nesse período, foram as mamografias (134), seguidas das ultrasonografias obstétricas (104) e ultra-sonografias pélvicas (61). São prioridades de atendimento assumidas pelo município e, que se relacionam às especialidades de ginecologia e obstetrícia as quais, porém, não correspondem às referências mais freqüentes de especialidades. Supõe-se, que as demandas por especialidades de ginecologia e obstetrícia apresentam maior capacidade de resolução na própria UBS e que a atuação

generalista do profissional médico no PSF, consegue absorver o atendimento das clínicas médicas básicas, como: ginecologia, obstetrícia, clínica médica e pediatria.

Os resultados também apontam para uma maior demanda de exames preventivos dos usuários do sexo feminino, os quais não demandam altos recursos tecnológicos para o seu atendimento, pois concentram-se em ultra-sonografias, raio-x e endoscopias.

Gráfico 4 – Distribuição percentual das referências externas geradas na UBS, acessadas e não acessadas, no período de setembro de 2002 a outubro de 2003. São Paulo,

Mostra que é significativa a frequência de referências não acessadas (40,81%), correspondendo quase à metade do total das solicitações. Tal resultado permite inferir que há uma interrupção na continuidade do

acompanhamento devido à falta de recursos tecnológicos para atender a comunidade, na medida de suas necessidades.

Gráfico 5 – Distribuição percentual das referências externas não acessadas, geradas na UBS no período de setembro de 2002 a outubro de 2003, conforme tipo de atendimento. São Paulo, 2004.

A partir desse gráfico, é possível observar que a dificuldade do acesso (64,29%) dá-se nas solicitações de exames diagnósticos.

Isto permite supor, que, neste estudo, os profissionais da UBS geram uma maior demanda por serviços externos que envolvem aporte tecnológicos para a realização de exames.

Mas, como foi visto no gráfico 3, a maioria dos exames solicitados não requerem tecnologia sofisticada nem alta especificidade, pois são mais comumente utilizados para ações preventivas de saúde.

Gráfico 6 – Distribuição percentual das referências externas acessadas pela UBS no período de setembro de 2002 a outubro de 2003, considerada a rede de serviço que concedeu o acesso. São Paulo, 2004.

Apresenta a capacidade de atendimento das demandas por referências externas, em âmbito regional, na rede de serviços do Distrito de Saúde desse estudo e em outros Distritos de Saúde, seja através da negociação pactuada com Distritos vizinhos, seja a nível central através do *Call Center*.

A capacidade do distrito de Guaianases para atendimento das solicitações das referências externas, geradas a partir de demandas de sua atenção primária, tem se mostrado positiva e ativa, pois das 528 solicitações de referências acessadas, 72% foram atendidas na rede de serviços do próprio Distrito.

No entanto, fica uma dúvida quanto a essa capacidade, pois, no período da coleta desses dados, o Distrito contava em sua rede, com a contratação, em caráter provisório, de especialistas, cujos serviços, na conclusão deste estudo, haviam sido dispensados. Tal desfecho pode comprometer mais ainda o acesso das pessoas a atendimentos especializados.

Gráfico 7 – Distribuição percentual das referências externas geradas e acessadas pela UBS em nível regional, no período de setembro de 2002 a outubro de 2003, conforme o tipo de atendimento. São Paulo, 2004.

Pode-se observar que, os acessos disponibilizados às referências externas da UBS pela própria rede regional de serviços de saúde desse Distrito, mostrou-se proporcional para consultas com especialistas e para exames diagnósticos.

O equilíbrio no atendimento das demandas será encontrado quando se construir uma rede com maior disponibilidade de serviços para o atendimento de demandas relacionadas a exames. Conclui-se que a disponibilidade desses recursos com base na equivalência acarretará um desequilíbrio frente à maior demanda por exames. É importante observar que, neste estudo, um dos critérios de inclusão foi que se considerassem apenas as referências externas, emitidas a partir do atendimento da UBS. Assim, os possíveis exames gerados, a partir de atendimentos por especialistas, a quem esses usuários foram encaminhados, não estão aqui contemplados. Trata-se, portanto, neste estudo de uma demanda secundária, para exames, de usuários da UBS. Se incorporados, certamente aumentariam as referências para exames, cuja capacidade de acesso ou acessibilidade desconhecemos.

Gráfico 8 – Distribuição percentual das referências externas acessadas pela UBS em outros Distritos de Saúde no período de setembro de 2002 a outubro de 2003, conforme o tipo de atendimento. São Paulo, 2004.

Aponta que 67,56% das solicitações acessadas em outros Distritos de Saúde foram direcionadas para consultas com especialistas. O resultado, compatível com os achados do gráfico 5, corrobora, serem os exames as referências mais solicitadas e menos acessadas, até mesmo em outros Distritos de Saúde, que não fazem parte da UBS. Todavia, estes também não conseguem suprir a demanda.

Quadro 1 - Prazo médio de espera para atendimento de referências externas de consultas geradas na UBS, acessadas e não acessadas, no período de setembro de 2002 a outubro de 2003, conforme a especialidade. São Paulo, 2004.

Especialidade	Total de referências	Prazo médio de espera (dias)
1ª - Oftalmologia	86	77
2ª - Otorrinolaringologia	56	95
3ª - Cardiologia	36	36
4ª - Endocrinologia	31	96
5ª - Neurologia	27	65
6ª - Ginecologia	27	196
7ª - Ortopedia	18	33
8ª - Cirurgia Infantil	15	143
9ª - Dermatologia	14	175
10ª - Vascular	13	128
11ª - Urologia	11	94
12ª - Cirurgia Geral	11	125
13ª - Psicologia	09	209
14ª - Pneumologia	06	78
15ª - Reumatologia	06	225
16ª - Mastologia	05	164
17ª - Proctologia	04	162
18ª - Hematologia	03	68
19ª - Nefrologia	03	227
19ª - Gastroenterologia	02	53
20ª - Cirurgia Plástica	01	127
21ª - Infectologia	01	145
22ª - Alergista	01	153

Constata-se, no quadro 1, o longo prazo para consultas de referências externas, em cada especialidade, nunca inferior a uma mês, mas chegando a 3 e até 7 meses. O período mínimo de espera, 33 dias, refere-se à especialidade de ortopedia, cujo profissional existe na rede regional de serviços, no ambulatório de especialidades do Distrito de Saúde. Mas, como

citado anteriormente, este profissional bem como o cardiologista e oftalmologista está contemplado nos contratos de emergência que terminaram recentemente. Observa-se também, que o maior tempo de espera, 227 dias, é da especialidade de nefrologia. Questiona-se pois, a resolutividade das prioridades estabelecidas pela SMS, uma vez que seu acesso deveria estar previsto no fluxo de acompanhamentos de casos de hipertensão crônica, dentro do processo evolutivo dessa doença.

De outro modo, correlacionando os prazos com a frequência de solicitações de cada especialidade, observa-se que os mais longos (nefrologia, reumatologia, psicologia, ginecologia, dermatologia, cirurgia infantil e cirurgia geral) não coincidem com as mais referendadas (oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiologia, endocrinologia e neurologia). Ou melhor, as referências de consultas mais solicitadas não são as mais demoradas para serem atendidas; os prazos médios de 36 a 96 dias não correspondem ao compromisso assumido pelo Ministério da Saúde para que não haja descontinuidade da atenção, e sejam os acessos imediatos (Ministério da Saúde, 1990a).

Quadro 2 – Prazo médio de espera para atendimento de referências externas de exames geradas na UBS, acessadas e não acessadas, no período de setembro de 2002 a outubro de 2003, conforme o tipo. São Paulo, 2004.

Exames	Total de referências	Prazo médio de espera (dias)
1ª - Mamografia	134	89
2ª - USG obstétrica	104	60
3ª - USG pélvica	61	68
4ª - USG trans-vaginal	41	56
5ª - USG de mamas	36	63
6ª - USG Abdominal	33	121
7ª - Endoscopia	25	174
8ª - USG de rins	16	40
9ª - ecodopplercardiograma	13	226
10ª - USG de próstata	10	48
11ª - USG de ombro	05	74
12ª - Colposcopia	05	75
13ª - Eletroencefalograma	05	114
14ª - USG de tireóide	03	62
15ª - Audiometria	03	75
16ª - Teste Ergométrico	03	210
17ª - USG de joelho	02	126
18ª - Ecocardiograma	02	218
19ª - USG cervical	01	29
20ª - USG de vias biliares	01	96
21ª - Densitometria óssea	01	98
22ª - Laringoscopia	01	231
23ª - Mapeamento de retina	01	268

As referências de exames também apresentam longo prazo de espera para o agendamento. Obviamente, aplica-se o mesmo questionamento com relação à resolutividade das prioridades estabelecidas pela SMS.

Por outro lado, correlacionando esses resultados com os do gráfico 3, observa-se que os exames com prazos de espera mais longos para atendimento, mapeamento de retina, laringoscopia, ecodopplercardiograma, ecocardiograma e teste ergométrico não correspondem àqueles mais freqüentemente referendados: mamografia, USG obstétrica, USG pélvica, USG trans-vaginal e USG mama.

Observa-se também que não há correspondência entre freqüência de solicitações, prazos de espera e complexidade tecnológica dos exames.

É o caso do exame de mapeamento de retina, considerado preventivo, e de acompanhamento, na patologia crônica de alguns grupos de diabéticos, os quais aguardam para o agendamento um longo período, 268 dias, para apenas um encaminhamento.

Isto possibilita algumas indagações: 1) os profissionais dessa UBS não consideram o mapeamento de retina um exame significativo, no acompanhamento dos diabéticos sob seus cuidados; 2) por não existir acesso a esse exame, evita-se sua solicitação; 3) tal exame poderia ser solicitado pelo oftalmologista, o qual se percebe um grande número de encaminhamentos, conforme o quadro 1.

Identicamente, os exames de teste ergométrico (210), ecodopplercardiograma (226) e ecocardiograma (214) suscitam o mesmo questionamento quanto à resolutividade dos acompanhamentos considerados prioritários. De fato, os usuários do programa de controle da hipertensão arterial, submetem-se à dificuldades de obter aqueles recursos.

A tabela, nos permite afirmar também que existe uma demanda significativa para recursos diagnósticos do aparelho circulatório, com longo tempo para os seus agendamentos.

5.3. Caracterização dos usuários com referências externas.

Nesta categoria, os usuários são caracterizados quanto a faixa etária e sexo.

Gráfico 9 – Distribuição percentual das faixas etárias dos usuários com referências externas solicitadas pela UBS, acessadas e não acessadas, no período de setembro de 2002 a outubro de 2003. São Paulo, 2004.

Observa-se, no gráfico 9, que, a maior concentração de usuários com solicitação de referências externas, situa-se nas faixas etárias de 41 a 55 anos, totalizando 28% do total. Dignas de nota são as faixas etárias mais novas e as mais velhas, que geram menores freqüências de demandas. Disto, conclui-se que a maior parcela de consumo dos serviços desta UBS está na população adulta.

Gráfico 10 - Distribuição percentual dos sexos dos usuários com referências externas solicitadas pela UBS, acessadas e não acessadas, no período de setembro de 2002 a outubro de 2003. São Paulo, 2004.

Apresenta a proporção de solicitações de referências externas, quanto ao sexo. Observa-se que são significativamente maiores as solicitações direcionadas a usuárias do sexo feminino (77,8%). Este resultado justifica os tipos de exames demandados no gráfico 3,

eminentemente para mulheres, sendo: mamografia, USG pélvica, USG obstétrica e trans-vaginal. Este dado dá-nos um indicador importante a ser avaliado: a acessibilidade dos serviços para atender uma população masculina, que não aparece como consumidora do sistema de saúde no nível básico de atenção.

Acredita-se na existência de uma maior demanda de serviços para prevenção, gerada pelo sexo feminino. Esses dados porém, evidenciam uma relação de desequilíbrio importante, sendo necessário avaliar quais fatores estão implicados, se a baixa cobertura do serviço ou a baixa procura pelos usuários do sexo masculino.

5.4 Caracterização das equipes de saúde que geraram as referências externas.

As equipes são caracterizadas quanto à frequência e tipos de referências externas emitidas.

Gráfico 11 – Distribuição percentual das referências externas geradas na UBS, acessadas e não acessadas, no período de setembro de 2002 a outubro de 2003, conforme equipe de saúde. São Paulo, 2004.

Distribuíram-se as solicitações de referências por equipe e estabeleceu-se uma relação de proporcionalidade com o total geral emitido pela UBS. Considerou-se importante, para sua análise, o conhecimento das formações complementares de cada um dos médicos das Equipes, sendo:

Equipe I: residência em nefrologia e especialização em psiquiatria; Equipe II: residência em ginecologia e obstetrícia, residência em cirurgia geral e especialização em saúde da família; Equipe III: graduação em medicina; Equipe IV: especialização em dermatologia e em saúde da família; Equipe V: residência em clínica médica e especialização em saúde da família.

O gráfico 11, por sua vez, revela uma desproporção de solicitações de referências externas entre as equipes desta UBS, cuja maior discrepância está na equipe V, com apenas 6,4% do total, e cujo médico é o único com residência em clínica médica e especialização em saúde da família. No entanto, é precipitado supor, apenas com estes dados, que a formação em clínica médica permita maior resolutividade e, por isso, gere menor demanda por serviços de referências em níveis seqüentes de tecnologia em saúde, pois, como se verá no gráfico seguinte, é a equipe deste mesmo médico, a única em solicitar consultas em maior número do que exames.

Gráfico 12 – Distribuição percentual dos tipos de referências externas geradas na UBS, acessadas e não acessadas, no período de setembro de 2002 a outubro de 2003, conforme a equipe. São Paulo, 2004.

De forma geral, as equipes, exceto a V, solicitam mais exames do que consultas. Em primeiro lugar, a equipe I, cujo médico é nefrologista e especialista em psiquiatria; seguido pela equipe IV, dermatologista e especialista em saúde da família. As equipes II e III se equiparam e solicitam proporcionalmente consultas e exames.

5.5 Caracterização dos registros de referências externas.

Busca-se, com os dados desta categoria, reconhecer a qualidade dos registros de referências externas na UBS.

Gráfico 13 – Distribuição mensal das referências externas geradas na UBS, acessadas e não acessadas, no período de janeiro a outubro de 2003, conforme a fonte de registro. São Paulo, 2004.

Observa-se, uma discrepância importante entre as duas fontes de registro de referências externas em todos os meses do período estudado. Embora o total de ambas seja semelhante, 729 pelo SIAB e 717, pelas planilhas e fichas de solicitação de referências, a sua prevalência se alterna entre os meses.

As referências obtidas junto às fichas de solicitações e planilha eletrônica constituem a fonte real. Por elas é possível deduzir que nem todas as solicitações são registradas no SIAB sobretudo nos casos em que as primeiras prevalecem. Merecem ponderação, a atenção os meses de agosto (140/13) e outubro (72/15) em que os registros no SIAB são muito superiores aos registros das fichas de solicitação de referências e da planilha eletrônica.

Analisando tais fontes de registro por equipe (gráficos 14 a 18), observa-se uma discrepância contundente entre si. A equipe I praticamente não registra suas referências, no SIAB. Ao contrário, a equipe II registra muito mais no SIAB do que nas fichas e na planilha eletrônica. As demais equipes alternam a prevalência dos registros, ora superando uma fonte, ora outra.

Identicamente verifica-se, nos totais de referências, entre as equipes, em ambas as fontes. No SIAB, variam de 05 (equipe I) a 312 (equipe II). Nas fichas e planilha eletrônica, de 52 (equipe V) a 256 (equipe IV). A equipe I praticamente não se registra no SIAB (gráfico 14). Do mesmo modo, a equipe IV, na maioria dos meses (gráfico 17). Já, as equipes II e V, alternam, de forma bastante significativa, nas fichas e nas planilhas eletrônica os meses em que se registram mais no SIAB.

Vale destacar, novamente, que as referências externas utilizadas neste estudo foram obtidas juntamente com as fichas de solicitação presentes na UBS, no aguardo dos agendamentos e da planilha eletrônica, na qual é feito o registro das referências externas, já agendadas e que

correspondem à situação real, ainda que se excluam várias delas, conforme os critérios explicativos, na metodologia deste estudo.

Se considerarmos, agora, o total obtido (1272), e isto inclui as previamente eliminadas, na composição da amostra, conclui-se que o total de referências reais é bastante superior ao das referências registradas no SIAB (729). Em outras palavras, além da discrepância de referências entre as fontes e equipes, de forma geral, há sub-notificação no SIAB.

Teoricamente, as fontes de registros deveriam coincidir, mas evidenciamos, de forma contundente, a falta de veracidade das informações geradas no SIAB, tanto com relação à quantidade quanto com os tipos de referências. Ressalte-se que o SIAB é, justamente, a fonte de registros oficial do Sistema Distrital e Municipal, permitindo reconhecer as características das demandas nas UBS, bem como gerenciar suas necessidades.

Gráficos 14 a 18 – Proporção, por equipe, quanto às fontes de registro (SIAB/Solicitação de Referência e Planilha Eletrônica), no período de janeiro de 2003 a outubro de 2003. São Paulo, 2004.

Excluindo qualquer desencontro entre a solicitação pelo profissional e o seu registro no SIAB, há duas hipóteses, a serem investigadas, como causas de maior notificação no SIAB do que nas fichas e planilha eletrônica: 1) o profissional que solicita a referência entrega-a ao usuário e orienta-o proceder ao agendamento por si mesmo. Neste caso, tal solicitação não é registrada nas fichas e na planilha eletrônica, as quais ficam sub-notificadas; 2) há extravio das solicitações, se por acaso o usuário leva-as, a sua residência e não as devolve para a UBS.

A primeira hipótese expõe o usuário a longas procuras, sem êxito, para o agendamento, pois é amplamente reconhecido que, a partir da municipalização da saúde em São Paulo, todas as vagas, nos serviços de saúde que compõem a rede, são destinadas aos Distritos de Saúde. Destes, decorre a sua distribuição diretamente às UBS, como já foi apresentado na metodologia.

Por outro lado, nas situações em que os registros das referências externas são maiores nas fichas e planilha eletrônica do que no SIAB, a única explicação provável é a de que os próprios profissionais que geram as solicitações nem sempre as estão registrando no SIAB.

De qualquer forma, não há dúvida de que as fontes de registro não coincidem. A equipe I praticamente não as registra no SIAB e as demais alternam as fontes de registros, ao longo de um determinado período.

6 - Discussão

O compromisso de proporcionar acesso universal e resolutividade por um sistema de saúde integral que respeite a individualidade de cada usuário está inserido nos princípios e diretrizes do SUS.

Desses, o da integralidade tem especial significação, pois converge ações e serviços numa perspectiva interinstitucional, para a articulação de seus processos de trabalho, na utilização de tecnologias “leves”, “leve dura” e “dura”¹⁷.

Starfield (2002) atribui à integralidade o papel de melhorar a saúde e utiliza, como base deste princípio, o acesso às atividades do nível primário de atenção, ao qual é facultado aprimorar tanto a efetividade dos serviços de saúde como a equidade de sua oferta. Ao considerar a equidade, a autora afirma que os recursos deverão estar disponíveis e proporcionais à

¹⁷ O processo em trabalho em saúde de acordo com Merhy (1997) utiliza para sua realização a tecnologia leve, representada pelo trabalho vivo em ato, tecnologia leve-dura, expressa no uso de equipamentos e em saberes tecnológicos para sua utilização e tecnologia dura obtida através do equipamento como instrumento do trabalho, também considerada trabalho morto.

O trabalho vivo em saúde, se dá pelos trabalhadores numa relação de auto-governo onde o espaço intercessor constituído na relação trabalhador de saúde/produtor e o usuário/consumidor, formula os processos e métodos de trabalho. Este, incorpora um recorte interessado a projetar as atividades que irão compor o processo de trabalho, conferindo-lhes o real formato (Merhy, 1997).

Em tese Merhy (1997) considera que a efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato, na saúde, se expressa como processos de produção de relações numa de suas dimensões-chaves. Esta de encontro com o usuário, que traz a necessidade de saúde como sua intencionalidade, desencadeia as distintas intencionalidades dos vários agentes em cena do trabalho em saúde.

necessidade. Portanto, quanto maior esta, maior será a quantidade daqueles.

Associado à disponibilidade de recursos, para que haja otimização e adequação do seu uso, é fundamental que o usuário conheça como esse sistema hierarquizado e regionalizado funciona e qual nível de atenção deve procurar quando tiver a necessidade de atendimento.

Para Maeda (2002) os princípios da hierarquização, regionalização e integralidade encontram-se fragilizados e desalinhados. Os diferentes níveis estão atuando empiricamente nas definições de suas competências, nas suas relações de dependência e nas definições dos espaços territoriais, conseqüentemente embasados em um diagnóstico da situação de saúde que compromete a avaliação das necessidades da população e, por conseguinte, o delineamento da oferta de serviços que atenda às demandas e que justifique a política de referência e contra-referência.

Estudos sobre o sistema de referência e contra-referência analisam a sua integralidade, resolutividade e funcionalidade considerando, para tanto, o acesso dos usuários às tecnologias que atendam a suas necessidades de saúde. Kisil (1977); Fávero (1986) constatarem que o nível de alta complexidade é utilizado por usuários que não solicitariam tais recursos para a resolução de suas necessidades. Isto evidencia dificuldades processual e estrutural, na utilização desse sistema.

No município de São Paulo, o processo de distritalização torna-se uma possibilidade de estruturar e gerir os serviços mais próximos das

realidades locais, adequando os recursos às demandas geradas em cada região pela organização do sistema de referência e contra-referência.

Embora o município possua um alto nível de recursos tecnológicos, existe, com relação a estes, uma enorme necessidade na qual se evidencia áreas de grande exclusão social, com dificuldades, e áreas de alto nível, com acesso a maiores recursos.

Entretanto, evidencia-se com este estudo, que o aporte tecnológico não está sendo colocado à disposição da população na mesma proporção das demandas.

Segundo o Sr. Secretário Municipal de Saúde de São Paulo, Dr. Gonçalo Vecina, em reunião com os gerentes e diretores dos serviços de saúde do município de São Paulo, em novembro de 2003, apesar do município não dispor de recursos, na proporção e equivalência da demanda gerada, a partir dos atendimentos de suas populações adscritas, ele atende hoje uma parcela razoável de usuários de municípios vizinhos. Diante disso, faz-se necessária a criação de comissões que possam articular discussões para o reordenamento dos recursos existentes, no município, que resulte na integralidade da assistência oferecida aos seus usuários. Isto se faz necessário pois, com a descentralização da gestão e a criação das subprefeituras e dos distritos de saúde, foi delegado aos subprefeitos e aos coordenadores de saúde a gestão dos serviços para a resolução dos problemas, em seus limites estabelecidos, no que se refere a espaço geográfico, recursos destinados e população adscrita e determinada.

Essa descentralização por espaços geográficos determinados, permite que alguns distritos de saúde possam usufruir de maior oferta e melhores recursos para o atendimento das necessidades da sua população local (anexo 7).

Visando o princípio da equidade e na justa distribuição dos recursos, a SMS criou cinco Centrais de Regulação (*Call Center*), divididas por áreas de serviços distintos: consultas, internações, exames, urgência e alta complexidade, com a finalidade de organizar o fluxo de serviços e de distribuição de pacientes/usuários, na rede credenciada ao SUS, em São Paulo (Secretaria Municipal da Saúde, 2004b).

Em verdade, os resultados apresentados, não refletem a atual realidade visto que se evidencia o atendimento de uma demanda predominantemente de baixa complexidade, ficando uma parcela importante de média complexidade sem referências e sem respostas às suas necessidades explicitadas a partir do atendimento primário.

Como a dificuldade de acesso dos usuários a serviços de saúde de média e alta complexidade é uma realidade, do exposto, pressupomos algumas causas que geram a situação: a) não há recursos proporcionais à demanda, b) faltam para as centrais métodos processuais que possibilitem uma distribuição equitativa; c) os serviços não encaminham seus recursos a essas centrais; d) os usuários utilizam o sistema fora da organização hierárquica deste.

Isto sugere que essas centrais atuam de forma passiva no controle dos recursos e serviços de saúde, seja os da sua rede, seja os vinculados à

SMS, a partir da Gestão Plena do Sistema de Saúde; que há um certo desconhecimento da real capacidade desses serviços vinculados, trabalhando apenas com os recursos declarados e enviados para distribuição nos níveis dependentes. Isto não significa que os serviços estejam com recursos ociosos, mas que sua disponibilidade não é passível dos critérios da hierarquização, deixando, com isso, usuários expostos a longos períodos de espera para os atendimentos.

Embora se reconheçam os esforços feitos para a implantação do SUS, no município de São Paulo, e a complexidade de geri-lo, as deficiências do sistema concernentes à integralidade do atendimento a seus usuários acarretam prejuízos que comprometem uma área de consideráveis dimensões, seja para o usuário, seja para as equipes que representam o sistema e detêm, a seu ver, a resposta às suas necessidades. A falta de recursos tecnológicos para direcioná-los ou dar respostas a essas demandas, restringe sua atuação. A figura a seguir é ilustrativa desta situação.

Fonte: SIMERS EM REVISTA: WWW.Simers.org.br

Esses profissionais têm um desafio, a cada atendimento: o de trabalhar com uma cesta básicas de recursos e serviços para o atendimento de uma população que está fortemente influenciada por um consumo de tecnologias médicas de alta complexidade.

Utilizando a contribuição de Cecilio (1997), que trata da expectativa do usuário frente ao trabalhador de saúde, vemos que este está influenciado por um modelo voltado para a prática hospitalocêntrica e medicamentosa.

A organização das práticas de atenção e de produção de serviços, apesar das várias inflexões, no seu desenvolvimento, que visaram a reorientação do setor saúde, não conseguiram ainda se desvencilhar das características de um modelo médico hegemônico que se beneficia com a persistência e o estímulo da manutenção da onipresença do hospital, no sistema de saúde. Consequentemente, assistimos à otimização do cuidado médico, à fragmentação do objeto, à criação de modalidades assistenciais diversas e correspondentes à diferentes expectativas de cidadania e à duplicação de ações e coberturas com práticas institucionais distintas.

Contrapondo-se à supremacia do modelo hospitalocêntrico, a estratégia do Programa de Saúde da Família é adotada no município de São Paulo; suas diretrizes e princípios centram a atenção no coletivo e no indivíduo, enquanto membro de uma família inserida numa comunidade, sendo fundamental para o êxito desse programa assegurar o princípio da hierarquização da rede. O PSF prescinde da articulação entre os diferentes níveis de atenção; da centralização e reestruturação do atendimento em torno da demanda organizada, do atendimento do indivíduo na sua

integralidade, da disponibilização de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação e firmando-se no princípio da humanização do atendimento. Tal configuração, pode ser visualizada na figura abaixo.

Esta pesquisa demonstra que a reorientação da atenção básica pela estratégia do PSF e pelo seus mecanismos de territorialidade, adesão, cadastramento de pessoas e famílias e pela criação das centrais de regulação para distribuir os recursos disponíveis, não resultaram em integralidade da atenção.

Evidenciam porém que, na prática dos serviços, não há disponibilidade de recursos proporcionais à demanda, seja para referências externas seja para fazer uso do acesso na própria UBS, como explicitado nos momentos restritivos dos fluxogramas 1 e 2.

Diante dessa evidência, perguntamo-nos, de que modo essa população inserida numa estrutura imposta de serviços, não possuindo recursos, proporcionais à sua necessidade e demanda, exige desses

usuários que se enquadrem em seus critérios e fluxos, sem lhes facultar a possibilidade de mover-se, uma vez que a integralidade da assistência pressupõe acesso a todos os níveis de complexidade.

Ao analisarmos a configuração dos processos de trabalho, na UBS, a partir dos fluxogramas 1 e 2, interpretamos qual a finalidade de atender às diferentes demandas dos usuários e de resolver suas necessidades de saúde; reconhecemos, nesses processos, momentos em que o relacionamento mútuo entre usuário e serviço determinam o acesso ou não ao atendimento desejado.

Concluimos que, independente da formatação dos processos de trabalho adotados, as relações carregam inúmeros sentimentos, que não estão contemplados nos fluxogramas e nos processos, mas predispõem ao reconhecimento ou não da necessidade trazida ao serviço interagindo sobre eles a ação de indivíduos dotados ou não de intencionalidade para a resolução da necessidade do outro, resultando diferentes possibilidades e desfechos.

A isso se acresce a dificuldade em reconhecer que independentemente da aparente similaridade essas relações não são iguais entre si, todavia, mantêm estreita vinculação entre sujeito e ação.

Merhy (1997) ao discorrer sobre processos de trabalho, identifica neles o trabalho vivo considerado como tecnologia leve e, desta, as políticas de poder que eles encerram.

Esta tecnologia, empregada no processo de trabalho em saúde, possui posição de governo/gerência que se instaura e constrói, a partir de seus objetos, recursos e intenções (Merhy, 1997).

Wendhausen (2000) considera necessário pensarmos em como se constróem as relações assimétricas de poder entre usuários e os serviços de saúde, a fim de democratizarmos essas relações e conferir autonomia aos usuários.

Esses autores e a análise dos momentos restritivos ao atendimento na UBS, permite-nos concluir que os momentos carregam em si relações de governo e poder frente às necessidades trazidas pelos usuários e supor que o acesso ao atendimento da necessidade a ser trazida e considerada passa por ações que dependem de vários outros fatores, além dos processos já determinados.

Neste aspecto, verificamos que importantes justificativas teóricas são impostas para a adequação dos serviços às demandas, porém o acesso na atenção básica não deve lançar mão de nenhum método ou processo que eleja populações prioritárias, visto que, no sistema, esse nível é considerado a “Porta de Entrada “.

A atenção, ao primeiro contato, envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis, dispondo de uma estrutura que tenha a capacidade de prestar esses atendimentos, devendo estar tecnicamente preparada para desempenhar seu papel da forma mais integral possível, direcionando apenas os casos que demandem maior aporte tecnológico.

Garantir o acesso à atenção primária é importante, na redução de mortalidade e morbidade; um sistema de saúde, que prioriza acesso a alguns grupos, desconsidera a universalidade e o direito de todos, adquiridos na Constituição de 1988.

Calipo (2002) considera que, firmado no princípio da equidade, os programas e estratégias têm ignorado o princípio da universalidade, que possui um conceito central vinculado à igualdade, onde a universalidade quantifica o acesso aos serviços e a igualdade o qualifica.

Este retrocesso evidencia que o poder político reconhece a existência da miséria, reduzindo o direito à saúde a compensações, ou à minoria mais miserável (Calipo, 2002).

Outro limitante à acessibilidade, no nível básico de atenção desses usuários cadastrados nesse serviço, está na quantidade dos recursos agregados para seu atendimento, conclusão que pode ser tirada a partir dos dados abaixo:

A UBS do estudo, de acordo com o SIAB de 2003, possui uma população adscrita de 17.787 usuários cadastrados, sendo que desses, estão nos grupos prioritários: 267 crianças menores de 1 ano, 150 gestantes, 354 diabéticos, 1512 hipertensos.

De acordo com o SIAB dessa UBS, no ano de 2003, das 13.084 consultas médicas disponibilizadas, 937 foram para crianças menores de 1 ano, com uma média de 3,51 cons./ano/criança; 1.836 consultas para pré-natal, incluindo puerpério, com uma média de 12,24 cons./ano/gestante; 742 consultas para diabéticos, com uma média de 2,09 cons./ano/diabético;

2.558 consultas disponibilizadas para hipertensos, com um média de 1,69cons./hipertenso/ano.

O consumo de atendimentos médicos desse serviço, no ano de 2003, para o atendimento dos grupos prioritários foi de 6.073 consultas, ou seja, para atender 3.795 usuários consumiu-se 46,41% do total desses recursos disponibilizados no serviço, restando 53,59% para atender 13.992 usuários não inseridos nesses grupos prioritários, correspondendo à disponibilização de 0,5 consulta/médica/ano.

Diante deste conjunto de possibilidades, ou impossibilidades de acesso, concluímos pelo comprometimento da acessibilidade dessa população adscrita.

Considerando-se que o nível primário na atual organização do sistema, é a porta de entrada, uma parcela grande desses usuários não encontraram esta porta aberta. Tal conclusão nos remete a duas possibilidades: 1) esses usuários ficaram sem atendimento; 2) buscaram esse atendimento, em outros níveis do sistema.

Ao tratar aqui a universalidade do acesso, podemos também dizer que o sistema impõe limitações para a acessibilidade de algumas ações e serviços e as disponibiliza para grupos prioritários sob o escudo da equidade. Isto transgride, o compromisso firmado no art. 3.º, IV da Constituição de 1988 que, determina: nenhum atendimento há de privilegiar quem quer que seja, nem quanto à qualidade dos serviços, nem quanto à preferência de clientela, nem à cobrança de valores adicionais e outros (Calipo, 2002).

A multiplicidade de fatores que impõem barreiras ao acesso dos usuários, somada à limitação dos serviços públicos para o atendimento de sua demanda, gera um crescimento da medicina supletiva e das privatizações feitas até aqui, como forma de atender a demanda por serviços de saúde não absorvida pelo setor público.

Essa complementação propicia o consumo de tecnologias que se sobrepõe às reais necessidades para a resolução dos casos, sem o estabelecimento de críticas que considerem a relação custo-efetividade ou custo/eficácia, ou que resultem em melhoria da qualidade de vida do usuário, gerando, com isso, uma distância cada vez maior para o restabelecimento de uma medicina preventiva que se utiliza de aporte tecnológico, na medida correta.

Ao delegar ao setor privado o atendimento dessas demandas, tem-se a utilização de grande parte dessa tecnologia com vistas a uma maior receita (lucros), considerando que o critério de repasse determinado é por procedimento; assim, quanto mais tecnologia incorporada aos seus tratamentos, maior o repasse de receita.

Essa prática tem trazido consequências, como: a) fragilização do sistema, devido à utilização de recursos tecnológicos sem o estabelecimento de relações coerentes de efetividade; b) enfraquecimento do ato médico, que passou a ser apenas intermediário para a solicitação de procedimentos e medicamentos, gerando a partir desse, ruptura da relação médico-usuário e desvalorização da ação deste profissional.

Rubinsten (2001), ao tratar do manejo eficiente e racional dos recursos afirma que “ El médico de familia debe saber manejar los recursos com racionalidad y eficiencia. Los médicos de atención primaria, dada la creciente importancia que se asigna al sistema de atención médica como puerta de entrada, se transforman cada vez más en “gerentes o guardabarreras” com el objeto de procurar un uso más apropiado y equitativo de los servicios disponibles”.

Sanches (2001) considera que a ampliação do acesso e da cobertura promovida pela municipalização são inegáveis, porém nas capitais ainda existem muitos problemas e dificuldades de provisão de serviços pelo sistema público. Essas dificuldades e mazelas do setor público promovem a ampliação da assistência médica suplementar.

Segundo Campos (1992) o usuário busca no serviço de saúde ações consideradas fundamentais para manter ou restabelecer sua saúde. Assim o acesso a serviços de saúde lhe permite produzir um bem de valor inestimável, cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida.

Tomando como base a afirmação de Campos, cogitamos que esse é o eixo-vital por ser o receptor dos estímulos, advindos das várias incidências, que determinam o equilíbrio saúde-doença.

Esta tem evoluído do paradigma das doenças e morte como naturais, à concepções vinculadas à qualidade de vida, como determinante desse processo.

A fundamentação monocausal, apoiada na teoria dos vermes, segundo a relação agente/hospedeiro já não pressupõe o único determinante desse equilíbrio.

A multicausalidade considera o agente e os outros determinantes, incidentes sobre esse eixo-vital, indo muito além do efeito doença e de sua consequência à morte. Esse equilíbrio incorpora aspectos sociais expressos na qualidade de vida como sendo um viver cotidiano desimpedido, um modo de andar na vida (Mendes, 1999).

Quando consideramos aqui os princípios e diretrizes do SUS, assumidos como necessários, para propiciar um sistema de saúde que responda às necessidades de prevenção, promoção e recuperação da saúde, declaramos que estes são determinantes do equilíbrio saúde – doença, por disponibilizar acesso a serviços que interagem sobre esse eixo-vital como neutral sobre outros incidentes determinados.

Para facilitar a compreensão desse processo, inserimos os determinantes em suas categorias numa ferramenta de análise que permite ajudar na construção da relação das várias causas que contribuem para determinado efeito.

Essa, também conhecida como diagrama de causa e efeito, espinha de peixe ou diagrama de Ishikawa por ter sido introduzida pela primeira vez pelo Dr. Kaoru Ishikawa, no Japão, na década de 1950, exhibe e classifica as várias teorias, causas e fatores que contribuem para um determinado efeito (Berwick 1994).

Alguns símbolos, utilizados para a construção deste diagrama, são padronizados universalmente. Por exemplo, a base do diagrama é a figura de um peixe, onde a espinha central é o eixo que liga as diversas causas que determinam um efeito. Estas podem ser agrupadas por categorias maiores incidindo nelas os vários determinantes que tencionam essa categoria. Em síntese, esse diagrama pode ser construído conforme modelo a seguir:

A construção do diagrama supra, com base nos princípios e diretrizes do SUS, possibilita-nos reconhecer quais os determinantes refletidos no eixo-vital através dessas categorias.

Para tanto, consideramos, nas categorias, os princípios e diretrizes da:

- 1) Integralidade - capacidade do sistema de saúde enquanto fornecedor de ações e recursos tecnológicos; tecnologia leve, leve-dura ou dura, para atender às necessidades relacionadas à proteção, manutenção e recuperação da saúde do indivíduo, família ou comunidade;

- 2) Equidade - Ambiente espaço do ato cuidar, espaço ambiente social, econômico, cultural e político, disponibilizando recursos e serviços que atendam às diferentes necessidades;
- 3) Universalidade - acessibilidade como, a prestação de serviços reconhecidos como aceitáveis por um indivíduo, família ou comunidade em todos os níveis que necessita; e
- 4) Ampliação do conceito saúde - Característica do usuário – sendo hereditariedade, educação, nível social, exposição à riscos e acesso.

Diagrama 1- determinantes para o equilíbrio Saúde-doença

Os determinantes incidentes sobre essas categorias, aqui tidos como negativos, não são neutralizados pela ação das categorias conforme os

dados deste estudo. Na prática, o sistema de saúde está fragmentado, como consequência, expõe o usuário ao desequilíbrio do processo saúde-doença.

A partir dos resultados deste estudo, os determinantes incidentes com menor intensidade na categoria “capacidade do sistema”, são:

- disponibilidade de recursos tecnológicos nos três níveis de tecnologia, que garantem a variedade de serviços, porém não na proporção da demanda;
- trabalho com uma população eletiva, que contempla os princípios e diretrizes do SUS, possibilitando o reconhecimento dos problemas desse território e dessa população e colaborando para a organização do atendimento oferecido;
- descentralização da gestão como forma de gerir os problemas da região, possibilitando uma melhor administração dos recursos destinados;

Os determinantes incidentes sobre essa categoria com maior intensidade são:

- descontinuidade do sistema por não disponibilidade de recursos para algumas necessidades;
- instalações de equipamentos de saúde em proporção menor do que a necessidade;
- diferenças importantes no manejo diagnóstico; e
- acesso comprometido no nível básico de atenção, conforme fluxograma 1, que apresenta vários momentos restritivos.

Na categoria ambiente, temos como determinantes fatores relacionados ao serviço e ao território, sendo considerado:

- ambiente social como gerador de possibilidades e disponibilizador de recursos para a sobrevivência, espaço de conforto, educação, segurança, que forneça cultura e credibilidade.

Sposati (1996), em seu estudo e construção do mapa de inclusão/exclusão social da cidade de São Paulo, utiliza um critério decrescente para os indicadores escolhidos, relacionados com os determinantes da categoria ambiente e classifica o distrito administrativo do Lajeado, no *ranking* da exclusão social, como ocupando os primeiros lugares nos indicadores de baixa renda familiar: anos de educação, falta de áreas de lazer e violência. Tal classificação possibilita-nos concluir que esta categoria desencadeia com grande intensidade uma força sobre o eixo-vital que determina o equilíbrio saúde-doença dessa população.

De acordo com Koga (2003), o distrito administrativo do Lajeado ocupa o quarto lugar no *ranking* da exclusão social, quando avaliados os anos de estudo dos chefes de família desse distrito. Tal classificação compromete: conhecimento, educação, comportamento, inserção no trabalho, capacidade de percepção de bem estar, conhecimento de enfermidades, doenças e práticas de prevenção. Este Distrito, também é, segundo a autora, um dos primeiros colocados no quesito violência.

Com a construção do diagrama 2 – determinantes que comprometem a integralidade da assistência, - as categorias foram classificadas e relacionadas seguindo os seguintes critérios:

1) Tempo de espera para acesso às referências, considerado longo;

2) O sistema de saúde em níveis local, regional e central apresenta limitação de disponibilidade de referências para serviços de maior densidade tecnológica;

3) Dos determinantes relacionados ao usuário, observa-se comprometimento do princípio da equidade, pois alguns serviços de maior complexidade não estão disponíveis na rede de serviços desse sistema. Este usuário está inserido num sistema que não lhe possibilita, a nível público, locomoção à procura do recurso. O princípio da adscrição o insere em uma rede local, sem os recursos proporcionalmente à demanda;

4) Dos determinantes relacionados às equipes, os resultados apontam para:

- dificuldades relacionadas às diferentes formações dos profissionais que as compõem, resultando em equipes que super utilizam o sistema em comparação com as outras;

- formação médica nos moldes do modelo flexneriano, com suas bases fragmentadoras, onde o predomínio de procedimentos e intervenções têm presença majoritária, refletindo-se num sistema de alto custo e de baixa efetividade;

- incoerência nos registros das solicitações de referências externa, comprometendo com isso os dados do SIAB, instrumento que poderia proporcionar uma possibilidade de adequação dos recursos para o atendimento das demandas; resultado esse evidenciado neste estudo e por Conill (2002);

- ausência ou insuficiência de referências para exames e especialistas para continuidade e/ou conclusão de condutas a serem tomadas com seus usuários;
- número de profissionais insuficiente para atender a população adscrita, gerando com isso desgaste e mecanismo de readequação da oferta desses serviços, que muitas vezes desagradam usuários e profissionais e comprometem a qualidade do serviço.

Souza (2002) refere que, o novo profissional de saúde com conhecimentos, atitudes e habilidades adequadas ao modelo da atenção básica (aqui, PSF), não está disponível no mercado de trabalho em quantidade suficiente, pois este não foi o objeto de formação das universidades, que se voltaram para o abastecimento do mercado do especialista.

Os determinantes acima podem ser visualizados no diagrama 2 que classifica esses fatores sobre as categorias e as evidencia a partir de seu efeito, como o comprometimento na integralidade da assistência.

Diagrama 2- Determinantes que comprometem a integralidade

Meneses (1998) e Witt (1992) consideram que, a integralidade da assistência, vislumbrou possibilidades de efetivação, quando da formulação de um sistema de saúde constituído através da coerência da hierarquização e regionalização. Considera essas formas da garantia de uma interação entre os níveis hierárquicos, seja relacionada à organização gerencial e administrativa, seja do ponto de vista da transferência de tecnologias ou do compromisso com a resolutividade e integralidade.

Os diversos mecanismos para viabilizar esse intercâmbio, através do repasse de tecnologia entre os diferentes níveis, bem como, a qualificação em níveis de complexidade do sistema pelo sistema de referência e contra-referência, não se constituem numa garantia formal da continuidade do atendimento desses usuários.

Para Cecílio (2001), apud Ferla; Geyer (2002), no plano da gestão da saúde, enquanto estrutura e função responsável pelo ordenamento do sistema, os principais desafios a serem enfrentados é a elaboração de uma organização adequada para a atenção e os serviços que a ofertam. É uma forma de agregar ao sentido teórico da integralidade também um sentido prático de garantia, de acesso às ações e serviços que possam responder às necessidades de saúde tal como são concretamente sentidas pelo usuário.

Concluimos que, as práticas assistenciais que hoje são dispensadas aos usuários, não contemplam os princípios assumidos pelo SUS. Esses continuam em grande parte desprovidos de acesso a serviços que atendam suas necessidades sejam elas do nível primário, secundário ou terciário.

Disponibilizar um sistema que atenda a seus usuários na integralidade, requer além das estruturas e instalação, uma política de saúde que envolva seus profissionais, por serem esses, os que dão verdadeira forma aos processos bem como à qualidade da assistência desse sistema.

Conclusão

A atenção básica, no formato organizacional proposto, adotado no sistema de saúde brasileiro, tem função de atender os usuários em sua competência, encaminhá-los se necessário a níveis de maior aporte tecnológico para continuidade do atendimento ou para subsidiá-lo em suas conduções.

Essa, considerada porta de entrada no sistema, devia estar sempre disponível para atender no que lhe compete ou para conduzir o usuário ao serviço que ofereça o atendimento para sua necessidade.

Os resultados e as análises obtidas, neste estudo, permitem chegar às seguintes conclusões com referência à integralidade desse sistema:

- A descentralização das ações de saúde, prática recente, se considerarmos a municipalização, mas não tão recente, se associada ao PAS, não resulta ainda numa assistência integral aos usuários dessa região. Tal situação, compromete, devido à utilização dos serviços, na seqüência inversa, a hierarquização desse sistema.

- É a consequência da insuficiência de recursos da atenção básica, para responder a todas as demandas de sua população adscrita. O fato nos induz a elaborar critérios para determinação de quais grupos/pessoas terão acesso ao atendimento. Essa prática compromete a universalização e expõe o usuário numa verdadeira peregrinação nesse sistema. De fato, a estratégia do PSF, apesar de suas diretrizes organizacionais não absorve as

demandas de seus usuários adscritos, não só no fluxo interno como no externo;

- O longo tempo de espera para o agendamento ou a imprevisibilidade impede que a integralidade da assistência seja praticada;

- O SIAB, criado para ser um instrumento de registro que possibilite análises qualitativas e quantitativas, não apresenta dados fidedignos que permitam embasamento da tomada de decisões, pois seus registros não contemplam a realidade da demanda;

- Na solicitação de recursos tecnológicos, para a condução de atendimento, existe grande diferença entre as equipes. Isto evidencia prática do modelo flexneriano que atuam sob as bases de uma medicina compartimentada e intervencionista. Este fragiliza a relação médico/paciente, sobrecarrega o sistema de saúde devido ao consumo excessivo de recursos e expõe os usuários a intervenções desnecessárias. As evidências não o justificam nem demonstram que está pautado por critérios de custo-benefício, custo-efetividade.

- A ineficácia desse sistema cria um desequilíbrio na relação saúde-doença, por ser este um determinante de grande importância no eixo vital do usuário.

Finalmente, concluímos que há necessidade de se rediscutir a proporção profissional/população no nível básico de atenção, que proporcione acesso a todos. Faz-se necessário que se proponha uma estratégia de transição de uma prática hospitalocêntrica para uma prática de promoção e recuperação voltada a oferecer autonomia ao usuário,

protagonista no reconhecimento de sua necessidade e do nível de complexidade do sistema de saúde que deve atendê-lo.

Faz-se necessário então, a criação de mecanismos que envolvam e motivem esses profissionais na sua construção, para que os arquitetos desses processos de trabalhos flexíveis estejam prontos e se ajustem às necessidades de cada usuário.

7. Referências bibliográficas

Andrade LOM. SUS Passo a Passo: gestão financiamento. São Paulo: Hucitec, 2001.

Arouca S. O eterno Guru da Reforma Sanitária, Rev. Radis, Rio de Janeiro 2002; 3: p.18-21.

Bahia L. Planos Privados De Saúde: Luzes E Sombras No Debate Setorial Dos Anos 90 Rev Ciência & Saúde coletiva Rio de Janeiro 2001; 2 (6): 329-339.

Berwick DM. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. São Paulo: Makron Books, 1994.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Constituição de 1988. Brasília (DF); 1988.

Brasil. Lei N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, set. 1990 (a). Seção 1.

Brasil. Lei N.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial União, Brasília, 1990(b). Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 545, de 20/5/93: Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde e aprova a NOB 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, 20 mai 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.203, de 6/11/96: redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e aprova a NOB01/96. Diário Oficial da União, Brasília, 6 nov 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria da Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade, Brasília, 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 95, de 26/01/01: Aprova a NOAS-SUS/01/2001. Diário Oficial da União, Brasília. 26 jan. 2001.

Calipo MS. Saúde, Estado e Ética NOB/96 e Lei das Organizações Sociais: A privatização da Instituição Pública na Saúde? São Paulo; 2002 [tese de Mestrado, Escola de Enfermagem da USP].

Campos GW. Reforma da Reforma: repensando a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em Saúde: de pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Públ. 1997; 13 (3)

Cohn A ; Elias PE. Saúde no Brasil Políticas e Organização de Serviços: 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir de análises do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (suplemento):191-202.

Fávero N. Estudo do processo de referência e contra-referência de um hospital universitário. São Paulo; 1986 [tese de Doutorado: Faculdade de Saúde Pública da USP].

Ferla AA .; Geyer LM. Descentralização da gestão e regionalização da atenção no Rio Grande do Sul: consolidando o processo de efetivação do SUS. In Ministério da Saúde, Experiências Inovadoras no SUS: Relatos de Experiências . Brasília DF, 2002.

Ferreira, ABH. Novo dicionário brasileiro de língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.

Foucault M. Microfísica do poder: 17ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

Hortale VA, Pedroza M, Rosa ML. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. Cad Saúde Pública 2000; 16(1):231-9.

Hunglert CVS. Territorialização em Sistemas de Saúde. In Mendes EV. (org). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias. São Paulo: Hucitec, 1999.

Injosa RM. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. Rev RAP Rio de Janeiro 1998; 2 (32): p. 32-48.

Juliani CMCM. Organização do Sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: percepção dos enfermeiros. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 1996.

Kisil M. Níveis de Atenção Num Hospital Escola; avaliação através da complexidade tecnológica dos métodos diagnósticos. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP, 1977.

Koga D. Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

Maeda ST. Gestão da Referência e Contra-Referência na Atenção ao Ciclo Gravídico Puerperal: A realidade do Distrito de Saúde do Butantã. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2002.

Medeiros JB. Redação Científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2000.

Mendes RBG. Tecnologia e organização Social das práticas de Saúde. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP, 1986.

Mendes EV. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In: Mendes EV, org. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998.

Mendes EV. (org) Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Menezes CS. A Unicidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo. [dissertação] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1998.

Mércia E. Relatório de Planejamento da UBS, Programa de Saúde da Família: Qualis Santa Marcelina São Paulo 2002.

Merhy EE. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In Merhy EE.; Onocko R. organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público 2ª ed. São Paulo: Hucitec 1997.

Merhy EE. A saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

Ministério da Saúde (BR). ABC do SUS: Doutrinas e Princípios. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília (DF); 1990 a.

Ministério da Saúde (BR). ABC do SUS: Planejamento Local. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília (DF); 1990 b.

Ministério da Saúde (BR). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, 1/96. Brasília (DF); 1997.

Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 1.013, de 8/12/00: A necessidade de operacionalizar alimentação do Sistema de Atenção Básica SIAB. Brasília (DF); 2000.

Ministério da Saúde (BR). Assistência de média e alta complexidade no SUS. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília (DF); 2001.

Ministério da Saúde (BR). PSF: Potencial para provocar o reordenamento do modelo de atenção vigente. Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Rev Bras de Saúde da Família 2002 2 (4): p.12-16.

Negri B.; Viana ALA.(Org) A política de Saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: Negri B.; Viana ALA. (org). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

Offe C. Trabalho e Sociedade: Problemas Estruturais e Perspectivas para o futuro da “sociedade do Trabalho” Rio de Janeiro, 1989.

Paim JS. Política de descentralização e atenção primária à saúde. In Rouquayrol MA, Almeida F.º N. Epidemiologia & Saúde. 5.^a ed. Rio de Janeiro:Medsj, 1999.

Polit DF; Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem. 3^a ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Rubinstein A. Medicina Familiar Y Prática Ambulatoria. Buenos Aires: Editora medica panamericana, 2001.

Rubinstein E.; Zárate M.; Carrete P. Programa de Educação a Distância de Medicina Familiar e ambulatorial. Trad. Sociedade Paranaense de Medicina de Família e Comunidade, Curitiba (PR): PROFAN (BR), 2002.

Salun MJL. A responsabilidade da universalidade no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o Programa de Saúde da Família. Mimeo, (s.d.)

Sanchez MC. Regulação como instrumento das Políticas Públicas do Estado Contemporâneo: Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo; 2001.

Santos JS. Mudanças de Impacto: o processo de desospitalização e humanização do sistema de urgência e emergência em Ribeirão Preto. Rev Ser Médico 2002; 4 (18): 14-17.

São Paulo. Diretrizes Gerais para SMS – Documento 1. 6 – Distritalização. Diário Oficial do Município de São Paulo, SP, 25 jan 2001 (a). Seção Saúde, p. 11.

São Paulo. Diretrizes Gerais para SMS – Documento 1. 1 – O Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial do Município de São Paulo, SP, 25 jan. 2001 (b). Seção Saúde, p. 10.

São Paulo. Diretrizes Gerais para SMS – Documento 2. 5.4– Cadastro Familiar. Diário Oficial do Município de São Paulo, SP, 25 jan. 2001 (c). Seção Saúde, p. 16.

São Paulo. Portaria Intersecretarial 6/SMSP/SGM/2002, Diário Oficial do Município 21 de dez. 2002.

São Paulo. Acordo Passa à Prefeitura gerencia das vagas do SUS em 56 Hospitais. Diário de São Paulo, 2ª ed. 23 de junh. 2003.

Secretaria Municipal da Saúde (SP). Implantando o PSF no município de São Paulo: balanço de 20 meses. São Paulo – UNESCO, 2002.

Secretaria Municipal da Saúde (SP) Dois anos de SUS na Cidade de São Paulo. Rev Saúde São Paulo 2003; 1: p. 14-16.

Secretaria Municipal da Saúde (SP). Alteração da Cláusula Oitava dos Termos de Convênio do Programa Saúde da Família. Ofício circular n.º 002/2004 –SMS.G/PSF, 2004(a).

Secretaria Municipal da Saúde (SP) Gestão Plena no SUS: a conquista é toda nossa. Rev Saúde São Paulo 2004 (b); 2: p. 4-6.

Silva Jr AG. Modelos tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva. Saúde em Debate-Série didática. São Paulo: Hucitec, 1998.

Silva SF. Municipalização da Saúde e Poder Local: sujeito, atores e políticas. São Paulo Hucitec, 2001.

Souza HM. Saúde da família: desafios e conquistas. In Negri B.; Viana ALA. (org). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

Sposati A, Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo. São Paulo, Educ. 1996.

Sposati A . Cidade em Pedacos. São Paulo: brasiliense, 2001.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Tanaka OY; Melo C. Inovação e Gestão: a organização social no setor saúde. São Paulo ANNABLUME, 2002.

Wendhausen A. A Construção da Subjetividade nos serviços de Saúde: Da Sujeição à autonomia Solidária. Rev. texto Contexto Enferm., Florianópolis 2000; 3 (9): p. 54-73.

Witt RR. Sistema de referência e contra-referência num serviço de Saúde Comunitária. Rev Gaúcha de enfermagem Porto Seguro 1992; 1(13): p. 19-23.

Vanzin AS. Nery MES. Metodologia de pesquisa em saúde: fundamentos para o desenvolvimento de pesquisas em saúde. Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1998.