

DEBORAH CARVALHO MALTA

**BUSCANDO NOVAS MODELAGENS EM SAÚDE: AS CONTRIBUIÇÕES DO
PROJETO VIDA E DO ACOLHIMENTO PARA A MUDANÇA DO PROCESSO
DE TRABALHO NA REDE PÚBLICA DE BELO HORIZONTE, 1993 - 1996**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

2001

DEBORAH CARVALHO MALTA

**BUSCANDO NOVAS MODELAGENS EM SAÚDE: AS CONTRIBUIÇÕES DO
PROJETO VIDA E DO ACOLHIMENTO PARA A MUDANÇA DO PROCESSO
DE TRABALHO NA REDE PÚBLICA DE BELO HORIZONTE, 1993 - 1996**

**DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA: PLANEJAMENTO
E ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE, DEPARTAMENTO DE
MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL**

ORIENTADOR: PROF. DR. EMERSON ELIAS MERHY

**PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

CAMPINAS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

2001

M298b Malta, Deborah Carvalho
 Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto
 vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede
 pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996 / Deborah Carvalho Malta.
 Campinas, SP : [s.n.], 2001.

 Orientador : Emerson Elias Merhy
 Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
 de Ciências Médicas.

 1. Saúde Coletiva. 2. Saúde - Administração. 3. Mortalidade
 infantil. I. . Emerson Elias Merhy. II. Universidade Estadual de
 Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy - Orientador

Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Profa. Dra. Maria Rita de Camargo Donalísio

Prof. Dr. Aluísio da Silva Gomes

Profa. Dra. Maria das Mercês Gomes Somarriba

Dedico este trabalho aos meus filhos Filipe e Rodrigo e ao Fausto, meu companheiro.

Agradecimentos

A DEUS, que permite que os sonhos se transformem em realidade.

Ao Emerson, meu orientador e amigo, pela longa caminhada que transcende a cooperação técnica, profissional e científica. Por instigar uma nova abordagem, um novo olhar na construção do SUS que tem sido determinante na minha intervenção profissional. Deste trabalho ele é co-autor e mestre.

Ao Fausto, meu companheiro, pelo apoio irrestrito, incentivo cotidiano e cooperação em todas as etapas desse trabalho, com "palpites" imprescindíveis.

Aos professores, funcionários, particularmente a Leoci, e colegas do Doutorado em Saúde Coletiva.

Aos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que auxiliaram em etapas distintas do trabalho; à Cristina (Cori), pela imensa disponibilidade e competência no uso dos bancos de dados e mapas; ao Afonso, Leila e Laila, pelas trocas constantes na aposta da "mudança do processo de trabalho da rede"; à Angélica, Cecília, Walesca, Silvana, Simone, Vicencina, Ana Paola, Janete, Gisele e Daniel pela contribuição na coleta de dados e no levantamento da documentação. Em nome deles agradeço a toda equipe técnica.

A Alexia, companheira de trabalho, que dividiu comigo as tarefas do cotidiano, o que me permitiu uma maior dedicação à tese.

Aos meus pais, Dirce e Aquiles, pela solidariedade e apoio inestimável em todos os momentos, inclusive na retaguarda familiar durante as viagens.

A Flavinha, minha irmã, por partilhar os mesmos momentos na realização da sua dissertação.

Ao meu irmão Achilles, pela tradução e incentivo, mesmo que a tantos quilômetros de distância.

Ao Fabinho, pela presteza e solidariedade sempre que necessário.

A Iracides Quixabeira, amiga de antigas caminhadas, pela valiosa e competente revisão, com o sabor de reencontro e retomada de tanta amizade e sentimento.

A Inês e Maria pelo imenso carinho e dedicação.

A Dra. Marilena Monteiro, minha fisiatra e acumpunturista, que facilitou o meu equilíbrio durante as horas sem fim na frente do micro.

Ao Dr. Maurício Borges, Secretário Municipal de Coordenação das Políticas Sociais, e Maria Auxiliadora Gomes pela flexibilização das minhas atividades na Prefeitura de Belo Horizonte.

Ao Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, CNPQ e REFORSUS, que apoiaram o final desse trabalho por intermédio do Projeto de fomento, análise, avaliação e disseminação de experiências inovadoras no SUS: tecnologias de atenção aos usuários e gestão da rede de serviços.

Este trabalho é mais uma peça da sinfonia inacabada do SUS/BH, que teve no Dr. César Rodrigues Campos, in memoriam, Secretário Municipal de Saúde 93-96, seu grande maestro.

Por último gostaria de agradecer aos trabalhadores da rede de saúde, que construíram a realidade do estudo e a eles dedicar um poema de Cecília Meireles:

*"Ando à procura de espaço
para o desenho da vida.
Em números me embaraço
e perco sempre a medida.
Se penso encontrar saída,
em vez de abrir compasso,
Protejo-me com um abraço
e gero uma despedida.*

*Se volto sobre o meu passo,
é já distância perdida.*

*Meu coração, coisa de aço,
começa a achar um cansaço
esta procura de espaço
para o desenho da vida.
Já por exausta e descrida
não me animo a um breve traço:
saudosa do que faço,
do que faço, arrependida".*

em outro poema ela conclui:

*"porque a vida, a vida, a vida,
a vida só é possível
reinventada."*

Cecília Meireles (1984, p.32 e p.49)

*"Se procurar bem, você acaba encontrando
não a explicação (duvidosa) da vida,
mas a poesia (inexplicável) da vida."*

Carlos Drummond de Andrade (1998, p.95)

Lista de Tabelas

TABELA 1 - Evolução dos gastos em Saúde em Belo Horizonte entre 1993 e 1997, segundo as transferências Federais e Recursos do Orçamento do Tesouro (ROT).....	118
TABELA 2 - Evolução dos gastos ambulatoriais e hospitalares em Belo Horizonte – novembro/1994, novembro/1995 e novembro/1996.....	120
TABELA 3 - Evolução dos recursos aplicados no pagamento de servidores do quadro próprio e no pagamento de terceirizados, 1993 a. 1997.	121
TABELA 4 - Evolução dos gastos na compra de medicamentos pela SMSA/BH, 1993 a 1997.....	122
TABELA 5 - Gastos aproximados efetivados especificamente com o Projeto Vida e o Acolhimento, julho de 1997	125
TABELA 6 - Evolução do quadro de Recursos Humanos no SUS Belo Horizonte, dezembro de 1992 e fevereiro de 1997.....	134
TABELA 7 - Distribuição dos postos de trabalho em saúde da SMSA, segundo algumas categorias profissionais, fevereiro de 1997.	136
TABELA 8 - Distribuição dos postos de trabalho médicos na SMSA, segundo algumas especialidades médicas, fevereiro de 1997.	137
TABELA 9 - Evolução da produção da rede própria ambulatorial, SMSA/BH, 1992 a 1997.....	139

TABELA 10 - Distribuição de todas as consultas realizadas pelo SUS BH segundo especialidade e setor, em 1996.	140
TABELA 11 - Distribuição das consultas realizadas pelo SUS BH, segundo especialidade e procedência por município, no ano de 1996.	142
TABELA 12 - Cobertura populacional de consultas habitante/ano, por clínica, ofertadas à população residente em Belo Horizonte e comparativo com parâmetros assistenciais do Ministério da Saúde, Belo Horizonte, 1996.	145
TABELA 13 - Acompanhamento de 79 crianças cadastradas no programa de reorganização da assistência às doenças respiratórias agudas, Centro de Saúde Tirol (DS Barreiro), no período de janeiro de 1997 a janeiro de 1998.	150
TABELA 14 - Morbidade ambulatorial por faixa etária, segundo pesquisa de Morbidade Ambulatorial, 1994 e 1996, Belo Horizonte, Minas Gerais.	164
TABELA 15 - Morbidade ambulatorial na pediatria, segundo pesquisa de Morbidade Ambulatorial, 1994 e 1996, Belo Horizonte, Minas Gerais.	165
TABELA 16 - Distribuição de atendimentos pediátricos segundo CID's agudos por Distrito Sanitário, segundo pesquisa de Morbidade Ambulatorial, 1994 e 1996, Belo Horizonte, Minas Gerais.....	167
TABELA 17 - Comparação dos atendimentos realizados na pediatria, entre os Centros de Saúde com e sem Acolhimento, segundo CID's de doenças agudas e pesquisa de Morbidade Ambulatorial, 1994 e 1996, Belo Horizonte, Minas Gerais.	169
TABELA 18 - Distribuição de atendimentos realizados pelo Acolhimento, por tipo de	

encaminhamento, janeiro a julho de 1997.	171
TABELA 19 - Distribuição de atendimentos em ginecologia e obstetrícia por Distrito Sanitário, segundo pesquisa de Morbidade Ambulatorial, 1994 e 1996, Belo Horizonte, Minas Gerais.....	172
TABELA 20 - Cobertura vacinal em menores de 1 ano no município de Belo Horizonte, 1992 a 1997.....	174
TABELA 21 - Evolução das doenças imunopreveníveis, segundo dados de notificação à Vigilância Epidemiológica, Belo Horizonte, 1993 a 1997.	175
TABELA 22 - Número de hospitais e total de internações realizadas pelo SUS em Belo Horizonte, 1993 a 1996.	177
TABELA 23 - Internações por local de residência do paciente SUS - Belo Horizonte, julho a dezembro, de 1993 e 1996.	178
TABELA 24 - Evolução das internações por faixa etária, em Belo Horizonte, 1993 - 1996.....	179
TABELA 25 - Principais causas de internações em crianças menores de 28 dias por local de residência, SUS - Belo Horizonte, julho a dezembro de 1993 e 1996.	181
TABELA 26 - Principais causas de internações em crianças entre 28 dias e um ano por local de residência, SUS - Belo Horizonte, julho a dezembro de 1993 e 1996	183
TABELA 27 - Distribuição dos nascidos vivos e dos que preenchem critérios de risco por distrito, Belo Horizonte, 1994 e 1995.	186

TABELA 28 - Protocolo assistencial de vigilância à mortalidade infantil.	188
TABELA 29 - Acompanhamento de crianças menores de 1 ano de risco na rede pública municipal, de julho de 1996 a dezembro de 1997.....	189
TABELA 30 - Número de crianças menores de 5 anos, gestantes e nutrízes cadastradas no Programa de Prevenção e Combate à Desnutrição, 1993-1997, SMSA/BH.....	192
TABELA 31 - Protocolo assistencial de desnutrição, conforme mês de entrada no Projeto de Prevenção e Combate à Desnutrição e número de atendimentos necessários no quadrimestre, para ser considerado acompanhado.....	194
TABELA 32 - Desnutridos inscritos e acompanhados, na rede pública municipal de julho de 1996 a dezembro de 1997.....	195
TABELA 33 - Evolução do grau nutricional no programa de Prevenção e Combate à Desnutrição, comparando-se a coorte de crianças desnutridas acompanhadas entre novembro de 1996 à abril de 1997, segundo o protocolo, com crianças que não seguiram o protocolo, em Belo Horizonte.....	198
TABELA 34 - Percentual de crianças com 4 meses de vida acompanhadas pelos Centros de Saúde, segundo tipo de aleitamento, período de 1996 a 1998, Belo Horizonte.....	202
TABELA 35 - Protocolo Assistencial de gestantes utilizado no SADE	203
TABELA 36 - População de gestantes, inscrição para o pré-natal e acompanhamento, na rede pública municipal de Belo Horizonte, julho de 1996 a dezembro de 1997.....	204
TABELA 37 - Caracterização dos nascidos vivos residentes em Belo Horizonte, 1993 a	

1996.....	210
TABELA 38 - Série histórica dos coeficientes de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos, Belo Horizonte, 1979 a 1996.	212
TABELA 39 - Distribuição de óbitos segundo período de ocorrência e coeficiente de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos, Belo Horizonte, 1993 a 1996.	214
TABELA 40 - Distribuição dos óbitos infantis neonatais segundo principais causas básicas, Belo Horizonte, 1993 a 1996.	216
TABELA 41 - Distribuição dos óbitos infantis tardios (pós-neonatais) segundo principais causas básicas, Belo Horizonte, 1993 a 1996.	218
TABELA 42 - Coeficiente de Mortalidade Infantil no município de Belo Horizonte e por Distritos Sanitários, 1993-1996.	219
TABELA 43 - Brechas redutíveis do CMI dos DS do Município de Belo Horizonte, 1993 a 1996.....	221
TABELA 44 - atendimentos e retornos realizados na clínica médica, no período de julho de 1996 a dezembro de 1997, Belo Horizonte.....	254
TABELA 45 - Disponibilidade do médico na retaguarda da equipe, segundo gerentes e trabalhadores, na pesquisa de avaliação do acolhimento do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, maio de 1998.....	261
TABELA 46 - Avaliação qualitativa dos fatores positivos e negativos na implantação do Acolhimento, segundo gerentes e trabalhadores pesquisa de avaliação do Acolhimento do	

Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, maio de 1998.....265

Lista de Quadros

QUADRO 1 - Modelo utilizado na Planilha de Ações do Projeto Vida.....	87
QUADRO 2 - Painel do Fluxo do Acolhimento.....	89
QUADRO 3 - Plano de ação para as unidades do DS Leste.....	93
QUADRO 4 - Matriz de análise do Projeto Vida e produtos pretendidos, dados os campos da política, da organização e processos de trabalho e os focos do gerir e do agir.....	331
QUADRO 5 - Matriz de análise do Acolhimento, produtos pretendidos, dados os campos da política, da organização e processos de trabalho e os focos do gerir e do agir.....	332

Lista de Figuras

FIGURA 1 - Fluxograma do Centro de Saúde Taquaril - Maio de 1996.....	100
FIGURA 2 - Centros de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 1996.....	131
FIGURA 3 - Distribuição dos Hospitais em Belo Horizonte, 1996	132
FIGURA 4 - Impacto do PPCD na mudança do grau nutricional das crianças em Belo Horizonte.....	196
FIGURA 5 - Coeficiente de mortalidade infantil por área de abrangência dos Centros de Saúde, Belo Horizonte, 1994 e 1996.....	225
FIGURA 6 - Avaliação do usuário sobre frequência do atendimento na Unidade, Pesquisa de Avaliação do Acolhimento Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 1998.....	269
FIGURA 7 - Avaliação do usuário sobre o atendimento na Unidade, Pesquisa de Avaliação do Acolhimento Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 1998.....	269
FIGURA 8 - Avaliação do usuário quanto à agilidade no atendimento dos casos agudos na Unidade, Pesquisa de Avaliação do Acolhimento Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 1998.....	270
FIGURA 9 - Mês de implantação do Acolhimento nos Centros de Saúde de Belo Horizonte, entre 1995 e 1997.....	290
FIGURA 10 - Frequência de implantação do Acolhimento por clínica nos Centros de Saúde de	

Belo Horizonte, julho/97.....	291
FIGURA 11 - Avaliação do emprego de instrumentos gerenciais na implantação do Acolhimento, como: reuniões periódicas, fluxograma e discussão de fluxograma, por Distrito Sanitário, SMSA/BH, julho de 97.....	293
FIGURA 12 - Avaliação de implementação do Acolhimento junto à equipe em relação a: integração, horário de funcionamento e compromisso da equipe, SMSA/BH, julho de 1997.....	294

Lista de abreviaturas e siglas

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AIS - Ações Integradas de Saúde

BCG - Bacilo de Calmette-Guerin

BCP - Broncopneumonia

BH - Belo Horizonte

CAC - Cartão de Atendimento à Criança

CAM - Cartão de Atendimento à Mulher

CDS - Conselho Distrital de Saúde

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEME - Central de Medicamentos

CERSAM - Centro de Atendimento de Saúde Mental

CID - Classificação Internacional de Doenças

CLS - Comissão Local de Saúde

CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

COSEMS/MG - Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais

CRIE - Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais

CS - Centro de Saúde

CTI - Centro de Tratamento Intensivo

DAFSA - Departamento Administrativo Financeiro

DCAS - Departamento de Coordenação das Ações de Saúde

DEPLAR - Departamento Planejamento e Regulação

DN - Declaração de nascidos

DO - Declaração de óbitos

DOU - Diário Oficial da União

DP - Desvio Padrão

DPT - Difteria Tétano e Pertussis

DRS - Diretoria Regional de Saúde

DS - Distrito Sanitário

DT - Difteria Tétano

ENDEF - Estudo Nacional da Despesa Familiar

FJF - Fundação João Pinheiro

FMI - Fundo Monetário Internacional

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FNS - Fundação Nacional de Saúde

GCPV - Grupo de Condução do Projeto Vida

GERUS - Curso de Especialização em Gerência de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário

GM - Gabinete do Ministro

HMOB - Hospital Municipal Odilon Behrens

IAP - Instituto de Aposentadorias e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IRA - Infecção Respiratória Aguda

NISIS - Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde

LAPA - Laboratório de Planejamento em Saúde

1M1 - Pesquisa de Morbidade Ambulatorial

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

MST - Movimento dos Sem Terra

NCHS - National Center for Health Statistics

NEPI - Núcleo de Epidemiologia

NESC - Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva

NOB - Norma Operacional Básica

NUPENS/USP - Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde

PAM - Posto de Atendimento Médico

PBH - Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

PC - Percentil

PDV - Programa de Demissão Voluntária

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PFA - Paralisia Flácida Aguda

PIB - Produto Interno Bruto

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio

PNI - Programa Nacional de Imunização

PNSN - Programa Nacional Sobre Saúde e Nutrição

PPCD - Programa de Prevenção e Combate à Desnutrição

PRODABEL - Empresa de Processamento de Dados de Belo Horizonte

PRÓ-SUS - Projeto de Avaliação de Desempenho da Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PT - Partido dos Trabalhadores

PUC - Pontifícia Universidade Católica

PV - Projeto Vida

QVE - Questionário de Vigilância Epidemiológica

RH - Recursos Humanos

RMBH - Região Metropolitana de Belo Horizonte

RN - Recém-Nascido

ROT - Recursos Orçamentários do Tesouro

SAA - Serviço de Atividades Assistenciais

SADE - Sistema de Informação de Avaliação de Desempenho

SARI - Síndrome de Angústia Respiratória

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SIGRH - Sistema Informatizado de Gerenciamento de Recursos Humanos

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SIH/SUS - Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SINDIMED - Sindicato dos Médicos

SIOPS - Sistema de Informação Sobre Orçamento Público da Saúde

SMAD - Secretaria Municipal de Administração

SMPL - Secretaria Municipal de Planejamento

SMSA - Secretaria Municipal de Saúde

SMSA/BH - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SPT 2000 - Saúde Para Todos no Ano 2000

SUS - Sistema Único de Saúde

SUS/BH- Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte

TRO - Terapia de Reidratação Oral

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UNICEF - United Nations Children's Fund

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

WHO - World Health Organization

ZOPP - Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos

Resumo

O presente estudo analisa a implantação de dispositivos de intervenção institucional no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, o Projeto Vida e o Acolhimento, verificando se há uma relação positiva entre esses dispositivos e o impacto na assistência, especialmente entre a população infantil. A metodologia buscou interrogá-los a partir de marcadores de avaliação: financiamento, acesso, eficácia, publicização, novas tecnologias de trabalho e sustentabilidade do projeto. A opção por esses marcadores deu-se em função das diretrizes e pressupostos do movimento sanitário brasileiro. Para cada marcador foram propostos indicadores. Foram utilizadas múltiplas técnicas de coleta de dados, empregando-se dados quantitativos e qualitativos, para isso recorreu-se a documentos de registros públicos, bancos de dados, pesquisas e outros, buscando uma variedade de enfoques. Os principais resultados da análise foram: no *financiamento* houve crescimento nos recursos investidos, devido aos investimentos municipais - Recursos do Tesouro Municipal (ROT) e aumento de transferências federais. Os indicadores utilizados demonstraram a ampliação de serviços, o aumento na folha de pagamentos e o aumento da compra de medicamentos. Houve maior comprometimento orçamentário com os projetos estudados, portanto maior investimento com as políticas públicas em saúde. O marcador *acesso* foi avaliado por medidas indiretas, que indicaram o aumento da oferta de serviços e, conseqüentemente, a maior facilitação do acesso. Houve um aumento da capacidade instalada, demonstrada pela ampliação dos diversos procedimentos ambulatoriais (consultas médicas, apoio diagnóstico, etc) e pela contratação de Recursos Humanos. Empregou-se como indicador a incorporação de novas necessidades na assistência, estudando-se o projeto de atenção às doenças respiratórias. O marcador *eficácia* foi analisado através de indicadores quantitativos, que

permitiram avaliar a melhoria no desempenho ambulatorial, maior atendimento de casos agudos, redução na internação e na mortalidade infantil, inclusive em áreas de risco. Podemos afirmar que ocorreu melhora dos indicadores, ou maior eficácia, tendo o conjunto de ações implementadas produzido impacto positivo. O marcador *publicização* relaciona-se com a construção coletiva das propostas, envolvendo os atores nos projetos institucionais. A análise mostrou que a gestão pautou-se por práticas democráticas envolvendo os trabalhadores nos projetos institucionais e buscou a participação popular nas definições, controle e fiscalização das ações de governo. Buscou também o controle do setor conveniado, levando, com isso, à *publicização* da gestão. O marcador *novas tecnologias* foi utilizado sob a perspectiva do emprego de novas ferramentas de análise que possibilitaram intervir no processo de trabalho. As *novas tecnologias* empregadas foram: a *rede de petição e compromisso*, os *protocolos assistenciais*, o *fluxograma analisador* e alguns indicadores do programa de *Avaliação de Desempenho*. O uso das ferramentas analisadoras permitiu revelar qualitativamente o modo de operar o cotidiano, os produtos e resultados alcançados, os princípios ético-políticos que nortearam a ação, constituindo instrumento de gestão para os trabalhadores e gerências locais. O conceito de *sustentabilidade* toma emprestado da concepção ambiental ou econômica os elementos do fluxo, da responsabilidade da transmissão entre gerações, dos determinantes da auto-sustentação, da continuidade, dos garantidores. A opção pela implantação de determinado modelo técnico-assistencial dá-se *a priori*, passando ou pela decisão de seguir a lógica de mercado (modelo hegemônico), ou pela definição das diretrizes do SUS. No caso da segunda opção, também estão colocadas disputas decorrentes das diferentes compreensões dentro da saúde coletiva. Em Belo Horizonte esses elementos resultaram na crise que levou à saída da equipe e à não-sustentação dos projetos implantados até então. A saúde é um território de práticas em permanente

estruturação, onde é possível experimentar uma infinidade de fazeres, não existindo um formato único. Coloca-se um desafio que é o de utilizar mecanismos ou estratégias gerenciais nas novas modalidades assistenciais, que não anulem as anteriores, convivendo e recriando sempre o novo. Esses novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas. Conclui-se que o Projeto Vida e o Acolhimento consistiram em bons dispositivos de intervenção institucional, pois evidenciaram novos sujeitos, que desenvolveram novas ações, que modificaram o modelo de atenção. As mudanças consistiram no aumento do financiamento das ações, na ampliação do acesso, publicização da gestão, na utilização de novas tecnologias de mudança do processo de trabalho, na maior eficácia dos serviços no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, especialmente junto à população infantil. Através dos marcadores de avaliação utilizados, pôde-se também construir uma metodologia de abordagem de outras experiências. A metodologia proposta possibilita olhar para outras experiências e avaliá-las quanto aos seus pressupostos, acertos e limites.

Sumário

1 Introdução	1
2 Objetivos	9
2.1 Objetivo Geral.....	9
2.2 Objetivos Específicos.....	9
3 Metodologia	11
3.1 Introdução.....	11
3.2 Revendo algumas propostas e metodologias de avaliação.....	13
3.3 A metodologia de avaliação proposta.....	21
3.3.1 Conceituando os marcadores.....	26
3.3.1.1 Financiamento.....	28
3.3.1.2 Acesso.....	32
3.3.1.3 Eficácia	34
3.3.1.4 Publicização.....	34
3.3.1.5 Novas tecnologias de trabalho.....	36
3.3.1.6 Sustentabilidade.....	37
3.3.2 Os interrogadores utilizados para cada marcador.....	40
3.3.3 O processo de obtenção dos dados e construção dos indicadores.....	42

3.3.3.1 Indicadores.....	44
4 A Descrição do Processo	53
4.1 A contextualização do local de estudo.....	53
4.2 História institucional da SMSA no período 1993 -1996.....	56
4.3 Projetos prioritários para o ator governo 1993 - 1996.....	59
4.4 O Projeto Vida.....	65
4.4.1 Breve Histórico.....	65
4.4.2 Criando o consenso: os espaços de formulação e deliberação do projeto e seus produtos.....	66
4.5 Acolhimento	69
4.5.1 A evidenciação do não acesso e a construção do projeto de Atenção ao Agudo	69
4.6 Metodologias empregadas.....	74
4.6.1 Os espaços coletivos de construção.....	74
4.6.2 Breve revisão sobre o uso de ferramentas na mudança do processo de trabalho.....	79
4.6.3 Construção do texto do Projeto Vida.....	82
4.6.4 Construção da agenda política do grupo de condução do Projeto Vida: o Plano de Ação.....	84

4.6.5 Construção do projeto para o distrito piloto	88
4.6.5.1 Plano de ação para as unidades do DS Leste.....	92
4.6.6 Outros instrumentos de intervenção.....	94
4.6.6.1 Rede de petição e compromisso.....	94
4.6.6.2 Fluxograma analisador.....	95
4.6.6.3 Elaboração de protocolos e capacitação das equipe.....	101
4.6.6.4 A Avaliação de Desempenho	104
4.6.6.4.1 A implantação em Belo Horizonte.....	106
5 Análise dos Marcadores Propostos.....	115
5.1 O financiamento	115
5.1.1 Interrogadores e indicadores empregados.....	116
5.1.2 O financiamento do SUS em Belo Horizonte.....	116
5.1.2.1 Evolução do gasto ambulatorial e hospitalar.....	119
5.1.2.2 Evolução do gasto com pessoal.....	120
5.1.2.3 Evolução dos recursos aplicados na compra de medicamentos.....	121
5.1.2.4 Gastos efetivados especificamente com o Projeto Vida e com o Acolhimento.....	124
5.1.3 Considerações sobre o financiamento do SUS/BH.....	126

5.2 Acesso.....	128
5.2.1 Interrogadores e indicadores empregados.....	128
5.2.1.1 Evolução da rede de serviços própria e contrata.....	129
5.2.1.2 Incorporação de recursos humanos.....	133
5.2.1.3 Capacitação da força de trabalho.....	138
5.2.1.4 Cobertura ambulatorial.....	138
5.2.1.4.1 Evolução da oferta de serviços ambulatoriais.....	138
5.2.1.4.2 Estudo de procedência sobre oferta de consultas médicas aos residentes em BH	139
5.2.1.4.3 Cobertura de consultas médicas aos residentes.....	142
5.2.1.5 Incorporação de outras necessidades em saúde	146
5.2.1.5.1 Reorganização da assistência às doenças respiratórias.....	147
5.2.2 Considerações sobre acesso.....	151
5.3 Eficácia.....	154
5.3.1 Breve revisão.....	154
5.3.2 Interrogadores e indicadores empregados.....	157
5.3.3 Os indicadores de mortalidade e morbidade	159
5.3.3.1 Mortalidade.....	160
5.3.3.2 Morbidade.....	160

5.3.3.2.1	Morbidade ambulatorial.....	161
5.3.3.2.2	Morbidade hospitalar.....	162
5.3.4	O perfil da morbidade ambulatorial na pediatria.....	163
5.3.4.1	A metodologia empregada.....	163
5.3.4.2	Atendimento dos casos agudos na pediatria	164
5.3.4.3	Comparação do atendimento dos casos agudos na pediatria nas unidades com e sem acolhimento.....	168
5.3.4.4	Distribuição de atendimentos realizados pela equipe do Acolhimento.....	169
5.3.5	Perfil da morbidade ambulatorial em ginecologia e obstetrícia	171
5.3.6	Cobertura vacinal	172
5.3.6.1	Evolução da doenças imunopreviníveis.....	175
5.3.7	Evolução das internações em Belo Horizonte.....	176
5.3.7.1	Internação de menores de 28 dias por local de residência	179
5.3.7.2	Internação de crianças com idade entre 28 dias e 1 ano por local de residência.....	182
5.3.8	Acompanhamento de grupos de risco.....	184

5.3.8.1	Visita aos recém nascidos do programa de Vigilância à Mortalidade Infantil.....	184
5.3.8.2	Acompanhamento dos menores de 1 ano do programa de Vigilância à Mortalidade Infantil na rede.....	186
5.3.8.3	Prevalência da desnutrição.....	189
5.3.8.4	Captação dos desnutridos.....	191
5.3.8.5	Acompanhamento dos desnutridos do programa.....	192
5.3.8.6	Mudança do grau nutricional entre desnutridos acompanhados.....	195
5.3.8.7	Evolução da morbidade ambulatorial, hospitalar e mortalidade por desnutrição	199
5.3.8.8	Evolução da morbidade ambulatorial, hospitalar e mortalidade por doença respiratória	200
5.3.9	Evolução do aleitamento na rede básica.....	201
5.3.10	Acompanhamento das gestantes.....	202
5.3.11	A mortalidade infantil.....	204
5.3.11.1	Implantação do Sistema de Mortalidade em Belo Horizonte.....	207
5.3.11.2	Alguns indicadores do SINASC.....	208
5.3.11.3	Evolução da mortalidade infantil em Belo Horizonte.....	211

5.3.11.4	Evolução da Mortalidade neonatal e pós-neonatal em Belo Horizonte.....	212
5.3.11.4.1	Causa básica da mortalidade neonatal	215
5.3.11.4.2	Causa básica da mortalidade pós-neonatal	216
5.3.11.5	Evolução da mortalidade infantil por Distritos e o estudo das <i>Brechas Redutíveis</i>	218
5.3.11.6	A mortalidade infantil em Belo Horizonte por área de abrangência dos Centros de Saúde - 1994 e 1996.....	222
5.3.11.6.1	Considerações sobre a mortalidade infantil por área de abrangência.....	226
5.3.12	Considerações sobre a eficácia e a equidade.....	229
5.4	Publicização.....	233
5.4.1	Interrogadores e indicadores empregados.....	233
5.4.2	Breve recuperação histórica da evolução da Saúde Pública, a participação popular e a Reforma Sanitária Brasileira.....	234
5.4.3	Evolução da participação popular em Belo Horizonte	247
5.4.3.1	Fóruns de concertamento democrático.....	247
5.4.4	A publicização da gestão nas Unidades de Saúde.....	251
5.4.4.1	Os Retornos das consultas médicas.....	252
5.4.4.2	Indicadores ruidosos da Avaliação de Desempenho	

(acompanhamento dos desnutridos e área de abrangência).....	254
5.4.5 O Acolhimento na perspectiva dos diversos atores	256
5.4.5.1 Conselho Regional de Enfermagem (COREN).....	257
5.4.5.2 Sindicato dos Médicos.....	258
5.4.5.3 Conselho Municipal de Saúde.....	258
5.4.5.3.1 Pesquisa de avaliação do acolhimento.....	259
5.4.5.3.1.1 Avaliação dos gerentes e trabalhadores.....	260
5.4.5.3.1.2 Avaliação dos usuários.....	267
5.4.6 Gestão do setor conveniado no âmbito do Projeto Vida.....	271
5.4.6.1 Estratégias propostas na gestão do setor conveniado.....	271
5.4.6.2 Evolução do número dos leitos de risco	272
5.4.7 Considerações sobre a publicização/democratização da gestão.....	274
5.5 Novas tecnologias de trabalho.....	278
5.5.1 Interrogadores e indicadores empregados.....	278
5.5.2 Processo de trabalho em saúde.....	279
5.5.3 Novas tecnologias	287
5.5.4 Avaliação do emprego de ferramentas na implantação do Acolhimento.....	287
5.5.4.1 Avaliação de Desempenho como acelerador do	

acolhimento.....	289
5.5.4.2 O percentual de utilização das ferramentas e instrumentos gerenciais pelas equipes.....	292
5.5.4.3 Avaliação da integração do processo de trabalho	293
5.5.5 Considerações sobre o emprego de novas tecnologias de trabalho.....	295
5.6 Sustentabilidade do projeto	298
5.6.1 Interrogadores e indicadores propostos	298
5.6.2 Breve revisão	299
5.6.2.1 Análise institucional	300
5.6.2.2 Disputas em torno do modelo tecno-assistencial.....	304
5.6.2.3 Breve histórico da construção do sistema de saúde em Belo Horizonte	308
5.6.2.4 O período subsequente	311
5.6.3 Condições para a ascensão de um projeto	314
5.6.4 Fatores que diminuem a governabilidade na sustentação do projeto.....	315
5.6.5 Atores que garantem a continuidade do projeto e seus movimentos.....	320
5.6.6 Índícios de continuidade do projeto não hegemônico, ou outras formas de	

resistência	323
5.6.7 Considerações sobre a sustentabilidade	324
5.7 Matriz de Análise	327
6 Conclusão	333
7 Summary.....	353
8 Referências Bibliográficas	357
9 Anexos	377
Anexo 1 - Boletas da mulher, da criança e do acolhimento	379
Anexo 2 - Taxonomia de Análise	383
Anexo 3 - Artigo aceito para publicação no Cadernos de Saúde Pública. "A mortalidade infantil em Belo Horizonte por área de abrangência dos Centro de Saúde, 1994/1996", (MALTA et al., 2001).....	397

1 - Introdução

*"Condenado a escrever fatalmente o mesmo poema
e ele não alcança perfil definitivo.*

Talvez não exista. Perseguem-me quimeras.

O problema não é inventar. É ser inventado

hora após hora e nunca ficar pronta

nossa edição convincente".

Carlos Drumond de Andrade (1998, p.100)

É grande o desafio de transformar em realidade os princípios aprovados para o setor saúde nos textos constitucionais - universalidade do acesso, integralidade das ações, equidade. Torna-se um desafio construir serviços que respondam aos problemas de saúde dos usuários de maneira efetiva, implementando projetos tecno-assistenciais centrados nas necessidades dos usuários (MERHY, 1994; MALTA et al., 1998b).

Na história recente do Brasil os diferentes segmentos sociais têm expressado diferentemente suas estratégias políticas para a sociedade, traduzindo-se em diferentes projetos de intervenção. No âmbito da saúde conformam-se distintos modelos tecno-assistenciais apoiados em diferentes formas de organizar a produção em saúde, em determinadas sociedades e períodos. Esses modelos sustentam-se numa dimensão política, organizacional, assistencial e de saber e disputam a hegemonia entre si. De um lado concorrem os modelos tecno-assistenciais da política

neoliberal e de outro, os que pretendem implementar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), comprometidas com a saúde como direito de cidadania (MERHY, 1994; BUENO & MERHY, 1997; SILVA Jr., 1998; REIS, et al. 1998).

O ideário neoliberal leva a termo a política geral de: privatização da produção de bens e serviços, desregramento da economia deixando-a sob o jugo das forças de mercado; contenção de gastos através de medidas que promovam a austeridade, cortando em especial os gastos com políticas sociais; seleção de atendimento às necessidades urgentes de segmentos sociais praticamente excluídos dos direitos mínimos de cidadania, para os quais são desenvolvidas políticas sociais compensatórias. A tradução dessas políticas na política de saúde de seu governo é a consolidação de um modelo segundo o qual segmentos médios e ricos da população seriam cobertos pelos Planos Privados de Saúde, ficando reservada aos excluídos e miseráveis uma *cesta básica* composta com ações programáticas em serviços primários de saúde, em grande parte realizadas por pessoal sem formação específica, com tecnologias simplificadas, visando baixar custos (REIS, et al, 1998).

Já a política geral inspiradora do SUS tem suas raízes nas lutas sociais pela redemocratização do país no final dos anos 70 e anos 80, afirmando a saúde como direito de cidadania traduzido nos princípios de universalidade do acesso, equidade, integralidade da atenção, controle social e gestão única em cada esfera de governo. No entanto, a concretização dessa política de saúde em uma articulação de saberes e numa nova organização técnico-assistencial, apesar de algumas poucas experiências municipais com relativo êxito, tem tido enormes dificuldades, seja por que é um modelo em construção e que exige ousadia e inovações, seja pela força opositora da política de saúde do projeto neoliberal.

Para a discussão de um novo modelo tecno-assistencial de uma política de saúde SUS condizente, tornam-se pertinentes algumas questões, e uma delas é o entendimento que se tem das necessidades de saúde. Elas seriam inteiramente captadas pelo saberes clínico e/ou epidemiológicos? Estariam plenamente identificadas com um mapeamento de riscos micro localizados e territorializados? Seriam inteiramente respondidas por um conjunto de ações individuais e coletivas subordinadas a um projeto programático? É provável que tentar captar o que é necessidade de saúde com apenas um dos olhares acima estaria mais próximo de uma compreensão parcial da questão. Uma aproximação maior da realidade implica a compreensão de que esta necessidade é conformada num encontro ou disputa de intencionalidades econômicas, políticas e ideológicas de fabricantes e comerciantes do setor saúde (de equipamentos, insumos e afins), prestadores de serviços, gestores, trabalhadores de saúde e distintos usuários. Em outras palavras, não existe uma necessidade de saúde natural, mas seus limites, conteúdo, magnitude e formas de satisfação variam e são determinadas histórica e socialmente. Dessas colocações, decorre a questão se a epidemiologia, a clínica e as tecnologias gerenciais são os saberes definidores em si das políticas de saúde ou ferramentas a mais (complementares entre si) das quais se deve lançar mão na construção de respostas às necessidades de saúde. O desafio está, então, em tornar compatíveis as necessidades de distintos usuários e a forma de representarem seus sofrimentos enquanto doença com o modo como isso é interpretado pelos saberes clínicos, epidemiológicos e gerenciais (REIS, et al, 1998).

Outra questão que se torna presente ao se repensar um novo modelo tecno-assistencial é o papel da rede básica. No Brasil ela surge dentro do modelo médico sanitário no correr do século XX como forma de organização permanente de serviços públicos em contraposição às

campanhas, centrando-se em atividades de higiene ambiental e individual e na educação sanitária. Nos anos 70, seu papel é retomado na perspectiva da extensão de cobertura. Com o SUS cresce o seu papel, compreendida não só como porta de entrada mas como local de realização das ações de saúde individual e coletiva, além do local de encontro das práticas de saúde e práticas sociais, implicando, evidentemente, no investimento de estruturas, tecnologias, saberes e recursos humanos. Torna-se importante não somente a redefinição física, incorporação de insumos tecnológicos e quantitativos de recursos humanos, mas a reconfiguração do processo de trabalho em saúde, de modo a articular serviços usuários centrados. Daí a pertinência de estratégias que reformulem o processo de trabalho em saúde, o acesso, a responsabilização e o trabalho em equipe no uso dos saberes e tecnologias para a solução dos problemas, na definição de papéis e modos de exercícios cotidianos dos saberes. Entretanto, há um outro entendimento de que bastariam ações simplificadas e de promoção à saúde, tornando-se desnecessário produzir impacto nos grupos sociais através de um esforço na estruturação das redes de serviços e na organização do processo de trabalho, optando-se por outros caminhos como a promoção, hábitos saudáveis e estilo de vida.

Outro ponto que demarca compreensões distintas na construção de um novo modelo, tendo como base que são múltiplos os atores envolvidos, é a discussão sobre gerência, gestão, o investimento na instituição de instâncias colegiadas de gestão do sistema e a gerência participativa das unidades de saúde. Esse caminho pressupõe uma redefinição democrática no planejamento de ações e de organização de novos processos de trabalho em saúde, redesenhando o modelo de gestão, horizontalizando as estruturas e consolidando os espaços coletivos de manutenção e defesa dos projetos.

Outra missão imprescindível deste novo modelo está no estímulo e aprofundamento da participação direta da população na definição das necessidades, na formulação de diretrizes, na escolha das prioridades da política de saúde, no monitoramento e fiscalização de sua implementação. Torna-se fundamental que governos democráticos invistam na capacitação dos movimentos, na sua organização, sem, entretanto, criar espaços de subserviência. O movimento popular deve preservar a sua autonomia, aprofundando seu espaço de deliberação.

Nos anos 90, especialmente com o processo de descentralização (municipalização), todas essas questões se confrontam na definição do modelo tecno-assistencial a ser adotado. Alguns municípios buscaram modelos tecno-assistenciais alternativos que pudessem concretizar os princípios da "Reforma Sanitária". Paralelamente, conviveu-se também com a incapacidade de geração, nos lugares onde o sistema sofreu implantação mais efetiva, de uma real mudança no modo de se produzir saúde, embora não estivesse ocorrendo de fato a superação do modelo hegemônico. O atual modelo de assistência mostra debilidades do ponto de vista da apresentação de mudanças concretas no seu modo de operar, sendo ainda sua engrenagem assistencial centrada na produção em si mesma de procedimentos médicos, sem evidenciar impactos efetivos na saúde. Deste modo, o setor saúde tem vivido um intenso debate sobre a natureza de sua crise e as maneiras de enfrentá-la. E, neste cenário de discussão e disputa, alguns agrupamentos têm se destacado na defesa de certas leituras abrangentes sobre a crise, com a apresentação de propostas de intervenção (CAMPOS, 1977a; MERHY, 1998b).

Como regra, os temas centrais deste debate têm girado em torno do financiamento do setor, da capacidade e necessidade de regulação estatal e/ou do mercado, dos modelos de gestão dos estabelecimentos de saúde e do sistema e, ainda, dos modelos médico e sanitário a serem

produzidos. Além da definição dos princípios básicos norteadores do modelo - universalização versus focalização e segmentação, integralidade versus fragmentação, equidade versus iniquidade, entre outros.

Assim, torna-se importante investigar projetos de intervenção que se propõem a transformar os princípios constitucionais do SUS em realidade, analisando os processos institucionais e as diferentes tecnologias utilizadas, especialmente as ações nos campos: da formulação e decisão de políticas, da gestão organizacional em suas dimensões macro e micro, e da gestão de processos de trabalho em saúde que objetivam novas modelagens desses processos e redefinições das relações de compromisso entre dirigentes e equipes de saúde (MERHY, 1998b).

O campo da saúde coletiva mostra-se rico em propostas alternativas que podem assumir um enfrentamento, no plano teórico e político, com o modelo hegemônico e suas tentativas de mudanças, no sentido de se materializar as bandeiras da "Reforma Sanitária". Dessa forma, amplia-se o debate sobre o tema, pois *"o campo dos debates científicos também é um campo de disputa de poder. Observar a história é confrontar opções, caminhos às vezes percorridos e pensar o novo"* (SILVA Jr., 1998).

Estudar a Saúde Pública implica resgatar um pouco da história, das disputas, tentando compreender seus avanços e recuos, inclusive estabelecendo parâmetros de comparação e de avaliação crítica dos novos passos a que se propõe. Os caminhos percorridos pela Saúde Pública, ao longo do tempo, foram inúmeros no sentido de conformar-se como um campo de formulação e de práticas. Os enfrentamentos e os interesses econômicos colocados em disputa fizeram com que o discurso sanitário perdesse sua capacidade de ser hegemônico nos processos decisórios. A superação desta crise de hegemonia passa pelo reconhecimento da saúde como direito de

cidadania, sendo responsabilidade do Estado zelar pela satisfação destes direitos. Recupera-se, assim, no âmbito discursivo e ideológico, o caráter de *bem público* da Saúde Pública (CASTELANOS, 1997).

O presente estudo se propõe a analisar os dispositivos de intervenção institucional utilizados no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS/BH), e identificar as mudanças processadas no modelo de atenção, verificando se foi alterado o processo de trabalho em saúde, ampliado o acesso, humanizados e melhorados os serviços prestados. Ou seja, verificar se há uma relação positiva entre os dispositivos de intervenção e o impacto destas mudanças na assistência, especialmente entre a população infantil.

2 - Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Analisar se a introdução de dispositivos institucionais que buscam alterar o processo de trabalho em saúde conseguiu ampliar o acesso, assegurar maior resolubilidade dos serviços e maior publicização da gestão no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, especialmente junto à população infantil.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever e analisar a reorganização da atenção à criança (Projeto Vida) no sistema de saúde de Belo Horizonte.

- Descrever e reconstruir os instrumentos e ferramentas utilizadas na implantação da mudança do processo de trabalho em saúde (Acolhimento) na rede pública de Belo Horizonte.

- Verificar se a implantação desses dispositivos institucionais produziu mudanças no modelo de atenção, de forma a ampliar o acesso, aumentar a publicização da gestão, ampliar o financiamento das ações, assegurar a maior eficácia dos serviços, utilizar novas tecnologias e garantir a sustentação das ações no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte.

3 - Metodologia

Verdade

*"A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.
Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.
Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em metades
diferentes uma da outra.
Chegou-se a discutir qual a metade seria mais bela.
Nenhuma das duas era totalmente bela.
E carecia optar. Cada uma optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia".*

Carlos Drummond de Andrade (1998, p.41-42)

3.1 Introdução

O estudo busca analisar a experiência do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS/BH), no período de 1993 a 1996, tendo em vista que, em 1993, assumiu uma nova gestão na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte que se propôs a implantar, no município, mudanças no modelo de atenção e de gestão na saúde.

A construção de um novo modelo de saúde, em Belo Horizonte, foi pontuada pela

introdução de diversos dispositivos de intervenção institucional. A análise de um ou mais desses dispositivos permite reconstituir certas linhas de significações dos fatos e das disputas, possibilitando uma análise institucional, expondo os seus agentes e suas intenções e mecanismos de ação. No presente trabalho, optou-se por analisar o Projeto Vida e o Acolhimento, enquanto dispositivos desse processo, o que iremos detalhar posteriormente. A investigação buscará analisar se há uma relação positiva entre dispositivos de intervenção, impacto, mudanças no modelo de atenção e se isto tem como componente a produção de novos agentes. Serão considerados indicadores extraídos daqueles campos de evidenciação e problematização na perspectiva de verificar se estes agentes estão operando de uma outra maneira quanto aos distintos formatos das lógicas dos poderes: administrativo, técnico e político (LABORATÓRIO DE PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO - LAPA, 1998).

A metodologia utilizada nesta investigação não utilizará um único tipo de desenho, nem numa única técnica de coleta de dados, lançando mão de dados quantitativos e qualitativos. Para isto recorrerá a elementos quantitativos, mensuráveis, duros, objetivos e por outro lado, a dados do tipo qualitativo e situacionais destinados a coletar informação sobre a interação entre os diversos atores, suas perspectivas e estratégias, a forma como eles afetam o programa e sobre fatos contextuais. Neste sentido, serão utilizadas análises de documentos e de registros públicos, dentre outros, possibilitando uma variedade de enfoques para examinar diferenças que de outra maneira escapariam (SULBRANDT, 1994).

A utilização de múltiplos instrumentos e focos de observação é também considerada uma forma de avaliar a coerência dos resultados, sugerindo uma maior confiabilidade interna dos dados utilizados, aumentando assim a validade interna (HARTZ, et al, 1997).

Reconstruir a memória de processos constitui tentativa de que os sujeitos, ou atores, dêem o significado à sua ação. Portanto, reconstruir memória implica identificar a disputa de fontes, ou seja, busca-se através do uso de todas as fontes qualitativas e quantitativas recuperar as distintas maneiras como as pessoas falam das coisas, dos acontecimentos, vindos de lugares distintos. A riqueza está na identificação desses diversos recortes. Não se busca o consenso ou que todas as fontes apontem exatamente a mesma versão do ocorrido. Pode-se chegar a impressões distintas, mas nunca contraditórias. Quando se estabelece o contraditório, o mesmo torna-se um tema analítico.

Ao lançar mão conjuntamente da análise quantitativa e qualitativa, optamos por cruzar fontes e buscar a reconstrução do processo, inclusive nas suas tensões e conflitos. As fontes distintas ajudam a dar mais consistência e riqueza ao estudo, ampliando a possibilidade de apreender a presença dos vários sujeitos que podem ser expressos pelas diversas fontes, tanto qualitativas quanto quantitativas. Por exemplo, um indicador de mortalidade infantil também é expressão de um determinado sujeito, não é algo mecânico desvinculado da vida real. Esse indicador é declarado por determinado sujeito que faz esse recorte e se expressa através dele.

3.2 Revendo algumas propostas e metodologias de avaliação

Objetivando verificar se a implantação desses projetos produziu mudanças no modelo de atenção, há que se desenvolver uma metodologia para a avaliação, buscando apontar as possíveis alterações. Diversos autores têm formulado conceitos, categorizações, formatos e proposto metodologias para a avaliação de intervenções/serviços. A revisão a seguir retoma alguns autores que sistematizam e conceituam o tema em questão, visando assim subsidiar nossa proposta avaliativa.

Segundo Contandriopoulos et al. (1997, p.29), "a avaliação é uma atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao processo de aprendizado. Hoje também é um conceito em moda, com contornos vagos e que agrupa realidades múltiplas e diversas". Logo após a Segunda Guerra Mundial, apareceu o conceito de avaliação dos programas públicos. Os economistas desenvolveram, então, métodos e técnicas para analisar vantagens e custos dos programas. Mas, rapidamente, suas abordagens revelaram-se insuficientes, especialmente quando aplicadas aos programas sociais e à educação. Rapidamente criaram-se associações de avaliação dos serviços de saúde, nos Estados Unidos e Canadá, tornando-se uma área de estudos e práticas a partir da década de 50. No decorrer dos anos 70, a necessidade de avaliar as ações sanitárias se impôs, criando-se, em diversos países, organismos encarregados de avaliar as novas tecnologias. Essa proliferação é, certamente, o sinal de uma necessidade, mas também é sinal de complexidade da área (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997; DENIS & CHAMPAGNE, 1997). No Brasil, a avaliação tem se caracterizado por sua fragmentação e marginalização. As avaliações, quando realizadas, prestam-se muito mais a referendar as atividades previstas nos planos e a legitimar as ações da burocracia envolvida, raramente servem de retroalimentação ao planejamento (ACURCIO et al., 1991; ACURCIO, 1995).

As definições de avaliação são numerosas e poderíamos até chegar a dizer que cada avaliador constrói a sua. Avaliar envolve, necessariamente, um julgamento. Trata-se de atribuir um valor, uma medida de aprovação ou desaprovação a uma política ou programa, de analisar a partir de uma certa concepção de justiça, explícita ou implícita, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997).

Numa forma mais renovada, a avaliação, enquanto poderoso instrumento para melhorar o

desempenho dos programas sociais, é entendida como uma instância de aprendizagem que permite reelaborar e melhorar esses programas (SULBRANDT, 1994).

Por intervenção entende-se um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. Uma intervenção pode ser uma técnica, um programa, um tratamento, uma organização, uma determinada política. Torna-se necessário compreender que não se pode falar de uma intervenção sem levar em conta os diferentes atores que ela envolve. São eles que dão sua forma particular em dado momento (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997).

As dificuldades do processo de avaliação são inúmeras, tanto conceituais quanto operacionais. Avaliar é atribuir valor, entretanto nem sempre estão estabelecidos os critérios sobre os quais se determina este valor e tampouco os objetos que serão valorizados. Destaca-se também que a avaliação não é imparcial, dotada de suposta neutralidade técnica, mas depende da visão de mundo daqueles que a realizam. A maneira como se estrutura o sistema de informação subordina-se a alguma concepção de modelo assistencial. A própria construção da análise destas informações igualmente é dotada de intencionalidade e direcionalidade. Da mesma forma não há um único caminho avaliativo, ou seja, não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais, às vezes são selecionadas algumas dimensões para a análise em detrimento de outras. Os seus resultados são uma aproximação à realidade e podem ser operacionalizados por vários caminhos (ACURCIO et al., 1991). Segundo Pinto (1986), o que torna científica uma avaliação não é a descoberta de uma única verdade, e sim, o esforço para verificar observações e validar o seu significado ou seus diferentes significados.

Os fenômenos sociais não são passíveis de generalizações e sua apreensão nem sempre possível através de métodos quantitativos, sendo necessário considerar sua natureza e os interesses da investigação, o que necessariamente condicionará a teoria e o método utilizados. Outras vezes o rigor ao percorrer um caminho desconsidera aspectos relevantes à compreensão dos resultados (ACURCIO et al., 1991).

A particularidade da avaliação de políticas públicas consiste na adoção de métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre um programa e um resultado. Existem diferentes metodologias avaliativas que podem ser empregadas.

A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos, processos e resultados (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997). Donabedian (1990), considerado um autor clássico na avaliação, refere-se à estrutura como atributos materiais e organizacionais relativamente estáveis nos locais onde se proporciona a atenção. Os fatores que constituem as condições sob as quais o cuidado é oferecido incluem: a) recursos materiais, como instalações e equipamentos; b) recursos humanos, como o número, a variedade e qualificação dos profissionais; c) características organizacionais, como a organização da equipe médica e de enfermagem, presença de funções de ensino e pesquisa, tipos de supervisão e de revisão de performance, métodos de pagamento do cuidado. A apreciação da estrutura busca saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados (ACURCIO, 1995).

O termo processo refere-se à atenção que médicos e outros provedores dispensam aos pacientes, como diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação, além da habilidade com que efetuam essa atenção. Também se incluem as contribuições que os pacientes e seus familiares

trazem para o cuidado (DONABEDIAN, 1990). A apreciação do processo trata de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997).

O termo resultado refere-se ao que se obtém para o paciente e supõe uma alteração no estado de saúde que possa ser atribuída à atenção sob avaliação. Os resultados também incluem outras conseqüências da atenção como, por exemplo, conhecimento sobre a enfermidade, mudanças na conduta e a satisfação do paciente e de seus familiares (DONABEDIAN, 1990). Com isto interroga-se se os resultados observados correspondem aos esperados, ou seja, aos objetivos propostos pela intervenção (ACURCIO, 1995).

Sulbrandt (1994) adota outras categorias de avaliação que seriam: metas, processos e impacto.

O tipo de estudo mais tradicional tem sido a avaliação de metas, no qual se analisa o grau de obtenção das metas.

A avaliação de processos refere-se à monitorização dos mesmos, numa tentativa sistemática de medir a cobertura do programa social, o grau a que está chegando na população alvo e, particularmente, o acompanhamento dos processos desenvolvidos em seu interior, bem como os mecanismos que levaram ao êxito ou a fracassos. Este tipo de avaliação pressupõe um sistema de informação que permita o acompanhamento do programa, levantamento de indicadores, dentre outros. A grande vantagem refere-se à capacidade de fornecer, precocemente, informações sobre os problemas e desvios da execução.

A avaliação de impacto diz respeito aos efeitos do programa sobre a população alvo. O objetivo deste tipo de avaliação é determinar os efeitos líquidos de uma intervenção social, ou

aqueles que sejam estritamente atribuíveis ao programa. Para isto é necessário recorrer a métodos quase experimentais e/ou apoiar-se em ferramentas estatísticas como os modelos causais lineares. Esta medição direta pode ser muito difícil de realizar em termos técnicos, além de muito cara. Neste caso, recomenda-se substituí-la por medidas indiretas ou indicadores que representem passos intermediários rumo a estes impactos. O desenho para captar esta situação deve medir a situação no início e ao final do programa. Entretanto, há dificuldades imensas, tais como: garantir o controle de variáveis estranhas que possam influenciar no processo, a amostragem deve ser adequada, a intervenção deve ser suficientemente importante e significativa para produzir impacto, além da intervenção social ter de ser uniforme, não cabendo variações significativas na provisão dos serviços ou na execução da intervenção. Todos estes fatores tornam este tipo de avaliação muito complexa, podendo inclusive forçar desenhos de programas que podem produzir resultados profundamente equivocados (SULBRANDT, 1994).

Outra alternativa às formas tradicionais de avaliação consiste na "avaliação global", que procura identificar os elementos relevantes em programa ou política social, utilizando-se de mecanismos diversos de coleta, além de identificar todos os atores relevantes no processo, fatores organizacionais, levando-se em consideração todo o contexto do programa. São utilizados múltiplos critérios na avaliação, explicitando para cada um deles os atores que os propuseram. Torna-se importante avaliar o campo sócio-administrativo no qual o programa opera, os aparelhos institucionais e organizacionais envolvidos, as normas jurídicas, as regras do jogo em vigor e os atores sociais que dele participam. É necessário ainda identificar os beneficiários diretos, os funcionários públicos encarregados de concretizar o programa, estudando suas motivações, seu julgamento, comportamentos e estratégias de aproveitamento dos produtos e

impactos do programa. Também há que se entender a lógica interna do programa, as tecnologias utilizadas, explicitando suas bases teóricas que ordenam as múltiplas cadeias causais que operam no seu interior e que contribuem para explicar o possível sucesso da intervenção (SULBRANDT, 1994).

Essa metodologia não leva em consideração apenas os atores e suas interações, mas também considera os elementos estruturais da situação. Os atores não operam num campo livre, mas num espaço estruturado, que impõe limites e oportunidades. Estes aspectos institucionais, sociais, portanto devem ser considerados, bem como as pautas de interações entre os atores, suas estratégias, táticas e argumentações, para depois reconstruir os episódios e eventos da execução do programa. Desse modo a avaliação deve ser capaz de incorporar os elementos mais significativos e mostrar uma situação tal como ela se apresenta na prática normal e cotidiana; só assim ela poderá explicar os êxitos e os fracasso das políticas e dos programas, também só assim poderá ser levada em consideração pelos atores sociais significativos, além de permitir que os encarregados da sua execução utilizem esta informação para melhorar os resultados do programa (SULBRANDT, 1994).

Uma outra linha de avaliação, segundo Contandriopoulos et al. (1997), é a pesquisa avaliativa, que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. Na forma de um julgamento *ex-post*, a pesquisa aqui é voltada para um objeto a se conhecer, que é a intervenção social. Tornando, assim, a intervenção sobre realidades o objeto de conhecimento

(SCHRAIBER, 1997). A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análises, a saber: análise estratégica, análise da intervenção, análise da produtividade, análise da implantação, análise dos efeitos e análise do rendimento; podendo-se proceder uma ou mais dessas formas.

Outra metodologia consiste na pesquisa-ação, conforme refere Hartz (1997, p. 23)

"toda pesquisa onde há explicitamente uma situação problemática a ser investigada e na qual as pessoas implicadas (pesquisadores) assumem que têm um papel ativo na realidade observada (atores), o que não é comum na pesquisa convencional. Essa duas dimensões, conhecer/agir, são obrigatórias para não se cair nos extremos isolados do ativismo político ou do diletantismo intelectual".

A pesquisa-ação é convencional nas técnicas utilizadas (quantitativas e qualitativas), sendo os testes estatísticos utilizados no sentido de aumentar a confiança nos argumentos, sem pretender que os mesmos sejam suficientes para demonstrar a verdade dos "achados científicos". A argumentação suplanta a demonstração, pois a primeira implica a participação dos diversos atores elaborando conjuntamente e não somente tendo o papel passivo de conhecer as conclusões. A pesquisa-ação se inspira no método de Paulo Freire, recuperando o ideal democrático e transformador, ligando-se a um determinado projeto político, evidência da não-neutralidade, da identificação ideológica clara do pesquisador (HARTZ, 1997).

A avaliação é um dispositivo de produção de informação e, conseqüentemente, fonte de poder para os atores que a controlam, por isso o avaliador deve fazer o papel de um agente facilitador e de pedagogo na utilização dos resultados, sendo a informação uma ferramenta de negociação entre interesses múltiplos e não verdade absoluta.

Hartz (1997) discute ainda a validade externa de uma pesquisa, ou seja, a capacidade de utilizar os resultados da pesquisa avaliativa para tomar decisões sobre a generalização de uma intervenção em outros meios. A validade externa se apóia em três princípios: a semelhança, ou seja, a capacidade de generalizar os resultados para um universo empírico similar; a robustez, ou o aumento do potencial de generalização de um estudo se houver réplica dos efeitos em contextos diversificados; e o princípio da explicação, ou a explicação sobre os processos causais em avaliação.

3.3 A metodologia de avaliação proposta

Neste trabalho, para a avaliação da implantação do Projeto Vida e do Acolhimento, não utilizaremos um único tipo de desenho, nem numa única técnica de coleta de dados. A avaliação de uma intervenção deve permitir não somente o julgamento de sua eficácia, mas também dos fatores explicativos dos resultados obtidos, tendo em vista modificações posteriores (HARTZ, 1997).

Como pretendemos avaliar uma intervenção social, tornando-a objeto de investigação, iremos nos valer de uma construção metodológica particular que nos possibilite apreender a realidade e as transformações ocorridas no SUS/BH, oriundas de uma determinada forma de intervir em saúde. Para isso utilizaremos métodos de coleta de dados tanto quantitativos quanto qualitativos, possibilitando integrar enfoques metodológicos diversos, captando as pautas de interação dos atores sociais e a forma como eles afetam o programa e suas consecuições, bem como o processo de aprendizagem das organizações encarregadas da execução dos programas. Serão analisados elementos objetivos, quantitativos, ações relacionadas e metas alcançadas e, por outro lado, dados do tipo qualitativo e situacionais destinados a coletar informação sobre as

pautas de interação, as perspectivas e as estratégias dos atores e os fatos contextuais.

O uso combinado de métodos permite a coleta de dados sobre discussões de grupos, análises de documentos e de registros públicos e privados, dentre outros. Esta vantagem é crucial, pois permite ao avaliador usar uma variedade de enfoques para examinar diferenças sutis que de outra maneira escapariam da sua atenção. Além disso, aumenta a legitimidade do estudo e a possível utilização dos resultados da pesquisa (SULBRANDT, 1994).

A possibilidade da utilização dos dados da avaliação tem outro sentido, que é o de possibilitar a aprendizagem a partir dos erros, omissões e dificuldades encontradas na execução das políticas e programas. Para isso torna-se importante devolver a avaliação para o conjunto dos atores diretamente envolvidos e para os grupos beneficiários, ou usuários do programa (SULBRANDT, 1994).

Outra questão importante a ser pontuada diz respeito à nossa participação no processo de construção do SUS/BH enquanto atores engajados e construtores do processo ou da intervenção observada. Conhecer e intervir aqui se encontram entrelaçados. Nesse sentido, não existe neutralidade *a priori*, existe um posicionamento ideológico claro, existem pressupostos definidos e declarados. Essa forma de investigar é muito diversa da tradição de cunho positivista onde o "sujeito epistêmico" é colocado fora do objeto que estuda, por acreditar que assim será mais racional e imparcial. Segundo Almeida & Lucchese (2000), na investigação de gestão e sistemas e serviços de saúde, surgem novas dimensões que caracterizam essa área de investigação, como o estar vinculado à ação concreta, possibilitando a percepção daqueles diretamente envolvidos nessa problemática, inclusive utilizando seus resultados, além de ter uma perspectiva de contribuir na sua formação profissional, reduzindo as distâncias entre pesquisadores,

trabalhadores de serviços de saúde e tomadores de decisão. Nesse sentido, trazemos para a discussão a reflexão de Schraiber (1997, p.13):

"Será possível combinar à produção do conhecimento intervenções e não perdermos a teoria em ideologias? (...) Desconfiarmos de todo e qualquer ensinamento que a vida prática nos dá, ou rejeitarmos a capacidade de que o sujeito que vive determinada situação possa estranhá-la, também será condenar o conhecimento a só se produzir por exterioridade do pesquisador - e então pelo aspecto mais formal do método, já que este fica destituído de interação com o próprio pesquisador -, ou a só se produzir pela neutralização do sujeito do conhecimento, engessando-o no método."

A discussão acerca do afastamento do pesquisador do objeto é algo que se coloca pelo viés positivista que a ciência incorpora, entretanto, nós, atores da Saúde Coletiva, somos atores e pesquisadores ao mesmo tempo que intervimos na realidade dos serviços e devemos estudar o resultado das intervenções, verificando seus alcances, erros e acertos. É importante nutrir-se do processo criativo da práxis, envolver os diversos atores tanto no processo reflexivo quanto na produção de novos fazeres em saúde e também de um novo conhecimento. No processo de produção do conhecimento deve-se então optar pela definição de um percurso metodológico de avaliação que permita a objetividade necessária à forma científica de conhecer, objetividade essa em que o ponto de vista político e ideológico do pesquisador compõe-se com um percurso metodológico estabelecido e não apenas na vivência prática (SCHRAIBER, 1997).

A metodologia empregada visará imprimir um processo de avaliação que possa reduzir a "cegueira", propiciando ao investigador um certo afastamento da situação de ator/investigador. Assim não nos filiaremos rigidamente a uma determinada corrente de avaliação, buscaremos

diversas e, como já afirmamos, as metodologias de avaliação são numerosas e poderíamos até chegar a dizer que cada avaliador constrói a sua. Nessa busca acabamos por construir uma nova proposta avaliativa, onde selecionamos alguns dispositivos institucionais utilizados pelo gestor e definimos uma taxonomia da análise, estabelecendo os marcadores de avaliação que interrogarão estes dispositivos, verificando se a implantação dos mesmos produziu mudanças no modelo de atenção. Responderemos, então, alguns questionamentos: Como medir a coerência desse impacto? Como afirmar que foram positivas as mudanças? Por quais os referenciais que se guia? Qual a extensão e a abrangência desses projetos na rede? Contribui na publicização ou na privatização do espaço organizacional?

O gestor tem a capacidade de intervir no processo organizacional, produzindo novas práticas de saúde. Pode intervir no processo de trabalho e provocar mudanças que podem produzir impacto em diversos campos (política, organização e processo de trabalho).

Em Belo Horizonte, poderíamos citar diversos dispositivos institucionais que possibilitaram a produção de mudanças no modo de atenção. A análise desses processos permitirá mobilizar memórias e reconstituir certas linhas de significações dos fatos e das disputas em torno dos mesmos, além de possibilitar à instituição falar, expondo os seus agentes e suas intenções e dispositivos de ação. Dentre os projetos e intervenções destacam-se pelo menos os seguintes: Gestão Semiplena, Projeto Vida, Acolhimento, a Saúde Mental e o Projeto de Avaliação de Desempenho. Investigá-los significa se reportar às várias fontes de memórias sobre os mesmos, sejam elas os próprios agentes envolvidos, os registros da imprensa ou similares, os registros da organização, ou o fazer cotidiano na instituição (LAPA, 1998).

Para a análise em questão, poderíamos escolher a totalidade dos projetos ou parte deles.

Assim, optou-se por investigar o Projeto Vida e o Acolhimento, pelo fato de os mesmos visarem a mudanças no modelo de atenção e por alterarem o modo como o usuário se relaciona com as portas das unidades de saúde.

Buscou-se investigar o Projeto Vida/Acolhimento interrogando-os segundo os seguintes marcadores de avaliação: financiamento, acesso, eficácia, publicização, novas tecnologias de trabalho e sustentabilidade do projeto. Esses marcadores têm origem na discussão de determinados grupos sociais implicados na Reforma Sanitária Brasileira, que ousaram buscar a mudança no modo de fazer a saúde. A invenção da mudança deu-se pela construção de um movimento, no qual os sujeitos constituíram novas matrizes discursivas que permitiram caracterizar uma certa identidade e, conseqüentemente, organizar novas práticas que expressassem esses novos pressupostos e interesses (CECÍLIO, 1994). Esses marcadores decorrem desse novo desenho do movimento sanitário brasileiro, ou de uma parte do mesmo, e tomam como pressuposto de mudança, no sistema de saúde, as grandes diretrizes constitucionais como: a garantia do acesso universal, a equidade e as bases do financiamento (MERHY, et al. 1992; MERHY, 1992; CAMPOS, 1992; CAMPOS, 1994; MENDES, 1996).

Na análise dos marcadores que expressam a mudança do Sistema Único de Saúde, a proposição dos marcadores de avaliação (acesso, publicização, financiamento, novas tecnologias de trabalho, eficácia) como metodologia de análise seguiu o que foi proposto por Merhy & NESC (2000). Os autores buscaram indagar sobre a evolução do padrão de gastos em saúde, a criação de novos mecanismos de financiamento das intervenções, a produção de novos atos em saúde e novas tecnologias que ampliassem o acesso e possibilitassem maior eficácia e equidade em saúde.

Incorporamos essa metodologia e acrescentamos um novo marcador "a sustentabilidade do projeto". Dadas as contingências da experiência de Belo Horizonte e face à descontinuidade, optamos por incluí-lo enquanto parâmetro na análise.

3.3.1 Conceituando os marcadores

O movimento sanitário brasileiro desde os anos 70 se mobilizou em torno de uma proposta que resultou no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e no texto constitucional de 1988, baseado em três aspectos fundamentais: a) a saúde define-se num contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pelo cidadão em suas lutas cotidianas, sendo o resultante das condições gerais de vida; b) saúde é um direito de cidadania e dever do estado; c) o Sistema Único de Saúde tem como princípios a universalidade, integralidade e equidade e como diretrizes a descentralização, hierarquização e participação da comunidade (BRASIL, 1986; BRASIL, 1988).

A política de saúde no Brasil seguiu, nos anos 80, uma trajetória paradoxal: de um lado, impulsionado pelo projeto da reforma sanitária e pela intensa mobilização social, inscreveu-se, nos textos jurídicos-legais, um modelo baseado na concepção universalizante, construtora de uma cidadania plena; de outro, obedecendo às tendências estruturais organizadas pelo projeto neoliberal, concretizam-se práticas sociais derivadas deste projeto, caracterizadas pela exclusão social, acesso aos serviços seletivo, em função das diferentes inserções sociais, além de ser fixado na atenção médica. Crescem de forma significativa os subsistemas de atenção médica supletiva e o subsistema de alta tecnologia. O próprio sistema público, na prática, é responsável por parcela significativa do financiamento e sustentação deste modelo, já que a grande maioria dos leitos hospitalares e apoio diagnóstico são "comprados" diretamente do setor privado, além do claro

financiamento da expansão do setor, na década de 60, às expensas do estado (CAMPOS, 1992; MENDES, 1994).

O movimento sanitário brasileiro, se inicialmente defendia as mesmas bandeiras, foi progressivamente se diferenciado, tanto na proposição de estratégias diferenciadas para a operacionalização dos princípios constitucionais, quanto em termos de posicionamento frente aos mesmos princípios. Por exemplo, no que diz respeito ao financiamento e abrangência, ou universalização da atenção, existem autores como Mendes (1996 p. 263) que, ao citar a experiência de implantação das Cidades Saudáveis, relaciona algumas condições para o sucesso da experiência:

"colocar o mínimo necessário de recursos para iniciar o projeto; começar por projetos de fácil execução; trabalhar com estruturas administrativas mínimas; comemorar e difundir, sempre, os resultados positivos."

Com certeza esses pressupostos não são partilhados por todos os "atores do movimento sanitário brasileiro". Crescem, porém, propostas racionalizadoras de recursos e, sob o discurso da restrição de recursos, acabam por focalizar a atenção e quebrar as práticas universais. A focalização parte do pressuposto de que a população é heterogênea, por isso torna-se necessário dirigir serviços de saúde para grupos de risco, com características semelhantes. Essa medida visa minimizar a exclusão, através de medidas redistributivas junto aos grupos vulneráveis que venham a produzir ações de impacto (MENDES, 1996).

Dado que existem divergências conceituais, cabe, então, definir ou conceituar os marcadores utilizados no atual trabalho, delimitando seus campos de compreensão e prática.

3.3.1.1 Financiamento

O uso do financiamento como categoria de avaliação de determinado modelo assistencial fundamenta-se no fato de que a aplicação de recursos define a intencionalidade do governo. O gasto em saúde define campos, demarca interesses conflitantes. Historicamente o financiamento em saúde tem servido a interesses econômicos e à expansão do modelo médico hegemônico, centrado na incorporação de tecnologia médica, na indústria de equipamentos e engenharia biomédica. Já no final do século XIX, a difusão de tecnologia médica passou a ser feita de forma agressiva pelo capital, articulando-se às indústrias, ao ensino e à pesquisa médica (AROUCA, 1975; AYRES, 1997; SILVA Jr., 1998).

Nos anos sessenta, nos Estados Unidos, a conjuntura era de intensa mobilização popular e intelectual em torno de questões como direitos humanos, guerra do Vietnã, racismo, pobreza. Reivindicava-se a construção de modelos de atenção mais inclusivos, que fizessem contraponto ao modelo médico hegemônico.

Surgiu, a partir desse contexto, o movimento de saúde comunitária, ou medicina comunitária, que buscava a racionalização para os serviços de saúde, enfatizando a regionalização, a hierarquização dos serviços, a participação comunitária e a introdução de outras categorias profissionais na assistência (PAIM, 1976 e 1997).

Nos Estados Unidos, sua implantação foi baseada nos centros comunitários de saúde, em geral administrados por organizações não lucrativas, subsidiadas pelo governo Federal. Estes centros prestavam assistência em Saúde Pública em regiões delimitadas geograficamente. Os serviços seriam de puericultura, imunização, pré-natal, assistência à tuberculose, lepra, doenças mentais e venéreas. O restante da atenção médica ficaria a cargo dos médicos privados e

hospitais, segundo a proposta flexneriana; focalizava-se, assim, setores minoritários, através da extensão de cobertura a baixo custo, deixando intocada a assistência médica convencional. Este modelo foi implantado em vários estados americanos e, posteriormente, exportado, por intermédio da Fundação Rockefeller, para África, Ásia e América Latina (DONANGELO, 1979; SILVA Jr., 1998; PAIM & ALMEIDA, 1998).

O surgimento da Medicina Comunitária, nos Estados Unidos, significou também a operacionalização do discurso preventivista, situado nas escolas médicas, na tentativa de romper os muros da sua institucionalização para o espaço do real, na medida em que, ao observar a dinâmica da doença no interior da família, justificava a ampliação das responsabilidades sociais da medicina (AROUCA, 1975).

Na América Latina, programas de saúde comunitária foram implantados na década de sessenta, principalmente na Colômbia, Brasil e Chile, sob o patrocínio de fundações norte-americanas e endossadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), na expectativa de que o efeito demonstração pudesse influenciar, positivamente, os sistemas de saúde no continente. Em 1977, a Assembléia Mundial da Saúde lançou o lema "Saúde Para Todos no Ano 2000" (SPT 2000), assumindo a proposta política de extensão de cobertura dos serviços básicos de saúde, com base em sistemas simplificados, racionalizadores e de assistência a baixo custo. No ano seguinte, 1978, em Alma Ata, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), reafirmou a saúde como direito do homem, reconhecendo sua determinação intersetorial e estabelecendo a atenção primária como estratégia para se conseguir a SPT-2000 (PAIM & ALMEIDA, 1998). A OMS passou a ser, então, a maior difusora da filosofia da atenção primária e o Banco Mundial o maior financiador

destas políticas. A grande motivação era, novamente, a extensão de cobertura e os baixos custos da intervenção proposta, deixando intocado o modelo hegemônico.

Essa política continuou nos anos 80 e teve o Banco Mundial como principal financiador de projetos de saúde nos países periféricos, assumindo o papel "atenuador" dos custos sociais provocados pelo receituário neoliberal do Fundo Monetário Internacional (FMI) nas políticas de ajuste. As diretrizes de financiamento do Banco Mundial seguem os seguintes aspectos: a) os governos precisam criar políticas de crescimento que assegurem maior renda aos pobres, inclusive expansão no investimento escolar; b) os gastos em saúde devem dirigir-se para programas mais eficazes e de baixo custo, como controle e tratamento das doenças infecciosas e desnutrição; c) a cobertura dos demais serviços clínicos essenciais deve ficar a cargo da iniciativa privada, mediante seguro, sendo os serviços pagos pelos seus beneficiários (BUENO & MERHY, 1997; SILVA Jr., 1998).

Essas estratégias foram reforçadas por recomendação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que propunha a racionalização das intervenções por meio de uma "cesta básica" de atendimentos aos problemas de resposta mais rápida e com uma relação custo- benefício melhor. Ao Estado cabia desenvolver as ações simplificadas destinadas às populações marginalizadas. As camadas da população de renda média foram estimuladas a buscar assistência na iniciativa privada. Estas políticas têm sido criticadas por diversos autores como Paim (1976), Campos (1992), Bueno & Merhy (1997).

No Brasil, o financiamento público das ações de saúde sempre foi marginal, assim como as demais políticas sociais. Apesar da maior parcela de recursos para o financiamento terem origem aparente no orçamento federal, esses recursos sempre tiveram como fonte as

contribuições de empregados e empregadores. Já era dessa forma nos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e no Instituto Nacional de Previdência Médica da Previdência Social (INAMPS). A Constituição Federal de 1988 assegurou recursos da seguridade social para o financiamento da saúde. Por sua vez a seguridade social é financiada mediante a contribuição da sociedade, através das contribuições sociais dos empregadores, dos trabalhadores, além dos recursos da União, Estados e Municípios, oriundos das taxas e tributos. Ocorre que, historicamente, a própria União frequentemente retirou, ou desviou verbas da seguridade social para outros pagamentos, como encargos e previdência, mingando o financiamento para as áreas sociais. Isso resultou num investimento *per capita* em saúde muito reduzido, se comparado com o de outras nações inclusive com Produto Interno Bruto (PIB) muito menor, como é o caso do Chile, da Colômbia e da Guatemala (OLIVEIRA, 1992; SANTOS, 1992). Como se não bastasse, somente em 2000 é que foi aprovada no Congresso Nacional a lei que definiu recursos vinculados ao setor e fixou percentuais de investimentos em saúde nos âmbitos estadual e municipal. A luta histórica do movimento sanitário, pela vinculação de recursos orçamentários no financiamento à saúde, foi parcialmente vitoriosa na promulgação pelo Congresso da Emenda Constitucional N^o 29, de 13 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000 a), já que não foram fixados os percentuais federais de investimento no setor, além de basicamente não ampliar o orçamento setorial. Portanto, as políticas neoliberais de restrição de gastos têm sido praticadas no país. Diante dos recursos insuficientes acabam sendo implementadas propostas que privilegiam ações focalizadas e de baixo custo, conforme o modelo do Banco Mundial.

Portanto, o gasto em saúde torna-se um indicador potente, pelo fato de historicamente sinalizar importante disputa por ampliação de recursos e pela forma de aplicá-lo, seja investindo

no modelo médico hegemônico, que pressiona pela expansão da indústria capitalista, pelo financiamento de ações simplificadas e focalizadas para grupos excluídos, ou por outro lado o entendimento da saúde enquanto política universal, integral e equânime, comprometida com a vida e com a redistribuição das riquezas.

3.3.1.2 Acesso

A constituição Federal (1988) e a Lei Orgânica da Saúde (1990b) asseguram o acesso universal e igualitário ao cidadão.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990).

O acesso é conceituado por Donabedian (1990) como a "capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente".

O estudo da acessibilidade permite apreender a relação existente entre as necessidades e aspirações da população, em termos de ações de saúde, e a oferta de recursos para satisfazê-las. Não é suficiente a disponibilidade de recursos (sua presença e a capacidade de produzi-los), deve-se equacionar também a sua utilização (consumo real dos serviços), conforme a necessidade do usuário.

Neste contexto, torna-se fundamental o desenvolvimento de mecanismos que tenham como objetivo traduzir os princípios e diretrizes fundamentais para a implantação de um sistema

de saúde universal, integral e equânime a toda a população, transformando em práticas institucionais efetivas o direito à saúde.

Embora seja um princípio constitucional, este é um tema de permanente disputa. Na análise dos modelos de saúde é importante tomar como indicadores os princípios básicos norteadores - universalização versus focalização e segmentação, integralidade versus fragmentação, equidade versus iniquidade, entre outros. Isso em função de que as estratégias de focalização e segmentação, propostas pelo Banco Mundial, ganham cada vez mais adeptos, ao lado do discurso da racionalização das intervenções e conseqüente seleção de população beneficiária, visando dar atendimento aos problemas com resposta mais rápida e relação custo-benefício melhor. As intervenções sanitárias seletivas focalizam a atenção, destinando às políticas públicas as ações simplificadas e as populações marginalizadas (CAMPOS 1992; BUENO & MERHY 1997).

É possível pensar e produzir dispositivos institucionais que favoreçam mudanças no âmbito dos estabelecimentos de saúde e reorganização de processos de trabalho, resultando em intervenções positivas. Práticas essas que produzam universalização na atenção, serviços que incorporem as necessidades dos usuários, que sejam acolhedores, que vinculem, que sejam equânimes, que promovam reforma nas práticas sanitárias e sejam também produtores de indicadores positivos no quadro de morbimortalidade. Esses novos dispositivos de mudança, quando pensados e articulados conjuntamente pelo coletivo dos trabalhadores de um serviço, ganham maior potência.

Da mesma forma é possível também estabelecer outros dispositivos que produzam mudanças racionalizadoras, que aumentem a potência dos projetos e a sua eficácia sem,

entretanto, produzir reforma das práticas sanitárias. É possível ainda estabelecer projetos verticalizados, sem a participação e envolvimento de outros atores (trabalhadores, usuários), gerar mudanças focalizadas, não abrangentes, que produzam impacto apenas na população alvo. É possível estabelecer privatização dos espaços públicos, não-democratização das decisões, e ter, por exemplo, maior agilidade no processo decisório.

Portanto, um parâmetro importante consiste em avaliar se o modelo procurou universalizar a atenção, agregando demandas ou, ao contrário, focalizou, priorizando grupos específicos, selecionando ações de maior impacto.

3.3.1.3 Eficácia

Eficácia é entendida como o poder de produzir um efeito, ou seja, o benefício ou utilidade para o indivíduo, obtido com o serviço, tratamento, medida preventiva ou controle. Diz respeito, portanto, à utilidade dos atos ou ações realizadas pelo serviço de saúde em relação ao conjunto dos atos produzidos. Logo, terá maior eficácia aquele tipo de ato que atingir o objetivo final a que se propôs (CAMPOS, 1988).

Segundo Gonçalves (1994, p. 16), "eficácia é a capacidade de intermediar a produção de resultados melhores ou, em outro sentido, a capacidade de intermediar a produção de resultados ainda não alcançados anteriormente". Ao falar de eficácia populacional consideramos também o grau de cobertura da intervenção, sua aceitabilidade e sua acessibilidade na população alvo (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997).

3.3.1.4 Publicização

Segundo o dicionário Aurélio, publicar diz respeito a tornar público, manifestar, divulgar, espalhar, propalar (FERREIRA, 1995). O termo publicizar ainda não foi incorporado à língua

portuguesa, embora seja de uso frequente na linguagem oral e jornalística. Souza (2001), utiliza o termo "publicização" no sentido de socialização da informação, de tornar público e comum o que não era. Apesar de constituir um neologismo, optamos por incorporá-lo.

Quando tomamos a Publicização enquanto eixo de análise, estamos nos referindo a uma construção ainda mais ampla que "dar conhecimento das decisões". Referimo-nos a uma efetiva forma de participação popular nas definições e no controle das ações de governo a serem empreendidas, à construção coletiva das propostas com o conjunto dos trabalhadores da saúde, à capacidade de situar o interesse público acima do privado, à capacidade de gerir o setor conveniado/contratado de forma a que ele se subordine ao interesse público e à possibilidade de desprivatizar o público. Ou seja, tornar democrática a gestão, partilhar o processo decisório.

A história do movimento da "Reforma Sanitária" no Brasil revela um movimento político em torno da remodelação do sistema de atenção à saúde, compreendendo a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Este movimento aglutinou diversos atores sociais, formando uma ampla coalizão política em torno de princípios que sustentavam a criação do Sistema Único de Saúde. As estratégias traçadas pelo movimento, para sua viabilização, foram eficazes no sentido de: a) garantir um arcabouço jurídico consubstanciado pela Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde - 8080, de 1990, além de leis estaduais, responsáveis pela definição de diretrizes e reafirmação da responsabilidade do Estado na promoção da saúde; b) mobilizar a sociedade civil e suas organizações em torno da questão da saúde, definindo-se inclusive espaços colegiados; a Lei 8.142/90, assegurou o papel dos Conselhos e Conferências; c) utilizar a via Institucional, através da implantação de um novo Sistema de Saúde identificado com as diretrizes da VIII Conferência (universalidade, integralidade, equidade, etc), que foram se materializando através de diversas experiências concretas (BRASIL, 1986; 1988; 1990 a; 1990b).

Portanto, tomamos como referencial para avaliação do modelo implantado a organização da participação popular e a ampliação dos espaços democráticos, procurando identificar marcadores que demonstrem o compromisso da administração pública com a democracia.

3.3.1.5 Novas tecnologias de trabalho

O tema da incorporação de novas tecnologias diz respeito à utilização de novas "ferramentas" que possibilitem intervir no processo de trabalho, permitindo ajudar na busca de respostas e saídas sobre o fazer em saúde. A discussão sobre processo de trabalho em saúde, se pretende operar mudanças no modo de trabalhar na área, passa necessariamente pela abordagem dos aspectos da micropolítica do trabalho em saúde, visando tornar público o espaço e buscar novos sentidos e formatos. As ferramentas devem ser capazes de instrumentalizar o conjunto dos trabalhadores na gestão efetiva do seu processo de trabalho (MERHY & CHAKKOUR, 1997).

A maioria dos autores refere-se ao conceito de tecnologia em saúde como o conjunto "de produtos biotecnológicos, drogas e equipamentos médicos, procedimentos terapêuticos e sistemas de apoio à decisão" (ALMEIDA & INFANTOSI, 1998). Esses conceitos diferem dos adotados neste estudo. Isso ocorre em função do entendimento de que o trabalho em saúde implica uma categoria de "trabalho vivo", expressa pelo trabalho em ato do profissional de saúde.

Quando esse trabalho passa a ser comandado pelo "trabalho morto", contido no universo tecnológico, o "trabalho vivo" estará sendo quase plenamente capturado por forças instituídas (como as "tecnologias duras", representadas pelas máquinas, os equipamentos; e as "tecnologias leve-duras", representadas pelos saberes estruturados - as normatizações e rotinas - e o modo como socialmente produzem as necessidades e os modos de satisfazê-las). O conceito de tecnologia leve refere-se àquela portada pelo profissional e que é utilizada no processo

terapêutico, como o seu saber, a sua capacidade de escuta e de interação com o sofrimento.

Serão analisadas tanto "ferramentas" de análise, quanto outras do Planejamento Estratégico que impulsionassem as mudanças. As "ferramentas" de análise representam instrumentos para a intervenção na realidade do processo de trabalho, permitindo ajudar na busca de respostas e saídas sobre o fazer em saúde. Procurar ferramentas para operar sobre relações institucionais é uma tarefa complexa, mas ao final estas podem agir como dispositivos que captam os ruídos, revelando os interesses em disputa. As ferramentas analisadoras devem ser capazes de instrumentalizar o conjunto dos trabalhadores na gestão efetiva do seu processo de trabalho (MERHY & CHAKKOUR, 1997).

Através destes instrumentos pode-se refletir sobre o cotidiano dos serviços. Essas ferramentas permitem extrair as distintas lógicas institucionais que atuam em um dado serviço, interrogar sobre o processo de trabalho em saúde, sobre a "captura do trabalho vivo em ato", sobre a privatização dos espaços públicos, dentre outros (MERHY & CHAKKOUR, 1997). É um processo de "revelar o mundo", abrindo as "caixas pretas" da instituição. Essas ferramentas agem enquanto dispositivos que captam os ruídos, abrindo linhas de fuga, ou possibilidades de questionamentos e saídas nos processos instituídos, reveladores dos interesses em disputa.

Estes dispositivos estão marcados pelas distintas lógicas instituintes que operam no interior dos processos de trabalho em saúde, permitindo a ocorrência de ruídos sobre como se constituem as práticas de saúde, suas tecnologias, direcionalidade, modelos de gestão (MERHY & CHAKKOUR, 1997).

3.3.1.6 Sustentabilidade

Tomamos como sexto marcador o termo "sustentabilidade", que tem sido usado pelas

agências internacionais, pelos ambientalistas, pelo Banco Mundial, dentre outros. Iremos recuperar o conceito e posteriormente empregá-lo na avaliação do modelo.

O conceito de sustentabilidade começou a ser difundido a partir da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente, em 1972, e tem sido gradualmente incorporado à gestão pública, às estratégias empresariais e às ações da sociedade civil organizada no Brasil (PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 1996).

A idéia de sustentar a terra é uma metáfora forte para despertar a conscientização pública e evidenciar a necessidade de um melhor gerenciamento do meio ambiente. Trabalha-se com a noção de "satisfazer as necessidades da geração atual sem comprometer as necessidades das gerações futuras"; envolve, portanto, equidade intergeracional (BANCO MUNDIAL, 1992).

Qualquer agenda de desenvolvimento sustentável deve interessar-se pela igualdade entre as gerações, ou seja, por assegurar que as futuras gerações disponham de uma capacidade de desenvolvimento idêntica à atual. O que é preciso legar não é tanto uma reserva específica de riqueza produtiva, mas o potencial para atingir um determinado nível de desenvolvimento humano.

O desenvolvimento só será sustentável se assegurar que o estoque de ativos de capital permaneça constante ou aumente com o passar do tempo. Esses ativos incluem o capital manufaturado (máquinas e rodovias), o capital social (relacionamentos e instituições), o capital humano (conhecimento e especializações) e o capital ambiental (matas, recifes e coral) (PNUD, 1996; BANCO MUNDIAL, 2000).

O conceito da sustentabilidade aplica-se para além das fronteiras ambientais. Não iremos empregá-lo aqui segundo a lógica econômica, mas tomando emprestado os elementos do fluxo, da responsabilidade da transmissão entre gerações, da reflexão colocada sobre os determinantes

da auto-sustentação, da continuidade, dos garantidores. Essa é uma reflexão nova, mas necessária dentro das políticas públicas, em decorrência das inúmeras experiências de interrupção e descontinuidade de projetos muitas vezes eficazes e modernizantes, em função da quebra da hegemonia local.

A administração pública convive com mecanismos de auto-sustentação, nos quais determinados atores, que podem ser trabalhadores ou determinados grupos que representam certos interesses, acabam por instituir regras que permitem sua sustentação até certo ponto, criando auto-governos, fazendo enfrentamentos e disputando determinados projetos.

Estamos interrogando se em Belo Horizonte conseguiu-se instituir mecanismos de auto-sustentação, em que atores (sujeitos) conseguiram a manutenção dos projetos. Para isso iremos observar três questões fundamentais:

a) Avaliar se algum ator, em especial o Conselho de Saúde, conseguiu determinar a agenda governamental, definindo pautas e prioridades, garantindo, dessa forma, a continuidade do projeto.

b) Avaliar se o projeto tornou-se instituído, preservando espaços de poder, cristalizando-se na estrutura da instituição, ou tornou-se capturado por outra lógica instituída. O instituído cria espaços de micropoderes na instituição como forma de resistir.

c) Avaliar se o projeto continua sendo operado, preservando formas tecnológicas de intervenção.

Pretendemos refletir sobre esses aspectos, interrogando as formas de incorporar os avanços na instituição, interrogando a possibilidade de institucionalizar projetos, minimizando o efeito das trocas de dirigentes e interrogando o porquê do desmonte, mesmo no caso de avanços

comprovados.

Como o período do estudo situa-se entre 1993 a 1996 e os dados referentes a análise do marcador "sustentabilidade" transcendem esse momento, seria necessário outra metodologia de coleta e análise de dados, que possibilitasse abordar o tema e confrontar, por exemplo, resultados de desempenho entre o período do estudo e o período seguinte. Assim optamos por utilizar o marcador como ferramenta para o sujeito em ação, possibilitando um olhar sobre si mesmo, interrogando sobre as apostas realizadas e a constituição dos sujeitos. A sustentabilidade é a possibilidade de instituir novos sujeitos, interrogando sobre as suas apostas. A questão que se coloca pode ser traduzida nas seguintes perguntas: esses mecanismos de intervenção se instituem? Em que lugar? Nos mecanismos burocráticos administrativos da instituição? Nos espaços físicos e nos prédios?

O marcador sustentabilidade transcende o período do estudo, necessitaria de outra metodologia, optamos por abordá-lo diferentemente do que fizemos com os demais, não exatamente confrontando resultados alcançados ou avaliando a perda de potência no período subsequente, mas interrogando sobre as apostas do sujeito e a capacidade de torna-se instituído. Reconhecendo de antemão o risco dessa abordagem, que só se justifica por abrir um olhar analizador sobre si mesmo, estabelecemos outros temas para análise, que são: as disputas ideológicas que sustentam o modelo, as distintas compreensões do modelo assistencial, os projetos em disputa, a capacidade de se tornar instituído e de efetivar garantidores do projeto. Essas questões constituirão os interrogadores dessa etapa.

3.3.2 Os interrogadores utilizados para cada marcador

Dados os conceitos referenciais utilizados para os marcadores/analísadores, procurar-se-á

interrogá-los construindo indicadores que possam apontar a mudança ocorrida. As perguntas visam ampliar o campo de análise, indagando sobre a realidade, buscando respostas a situações vividas sob a perspectiva de diversos atores. Os marcadores são expressões das interrogações. Cada marcador será indagado quanto às seguintes questões:

1- *Financiamento*: O SUS/BH alterou o financiamento e gasto do sistema? Houve aumento do investimento através de recursos municipais? Produziu maior comprometimento da riqueza social em benefício da vida? Alterou a relação entre o gasto hospitalar e ambulatorial? Qual o investimento realizado nos projetos estudados?

2 - *Acesso*: Houve aumento da capacidade instalada? Recursos Humanos: aumentou o número e a qualificação? Qual a cobertura? Universalizou a atenção? Atende aos usuários? Incorpora outras necessidades ou seleciona aquelas de maior impacto?

3 - *Eficácia*: O projeto de intervenção trouxe resultados positivos? Aumentou a eficácia das diversas ações? Impactou o modelo de atenção? Quais os indicadores que o demonstram? Buscou tornar mais equânime a rede?

4 - *Publicização*: Como se deu o processo de construção da participação popular? Houve ampliação/investimento nessa área? Houve comprometimento com os fóruns de decisão coletiva? No âmbito do Projeto Vida, a gestão possibilitou maior controle do setor conveniado? Possibilitou criar espaços de construção coletiva da proposta? Integrou trabalhadores e usuários no processo decisório? Qual a avaliação que os diversos atores fazem do processo? No processo de trabalho dos centros de saúde, houve publicização da gestão? Produziu novos coletivos de trabalho? Novas formas de governar a organização?

5- *Novas tecnologias de trabalho*: Quais foram as novas ferramentas introduzidas no

processo de trabalho? Essas ferramentas foram incorporadas no cotidiano das equipes? Produziram novas formas de fabricar e produzir a política? Produziram mudanças?

6-Sustentabilidade do Projeto: O que determina a implantação de um determinado projeto? Que forças disputam? O que faz um determinado projeto se tornar hegemônico? Quem o sustenta? Algum ator, em especial o Conselho de Saúde, conseguiu determinar a agenda governamental? O projeto tornou-se instituído? Continua sendo operado? A institucionalização de um projeto é suficiente para garantir a sua continuidade? Como produzir novos atores políticos consolidados? Qual o grau de sustentabilidade nos microprocessos de trabalho? Só a direção do executivo garante os projetos? Será possível a criação de estruturas técnicas permanentes?

Visando responder a essas questões serão utilizados indicadores que serão produzidos a partir das fontes documentais e bancos de dados disponíveis na instituição, o que será detalhado a seguir. A relação dos indicadores será apresentada em cada tópico correspondente.

3.3.3 O processo de obtenção dos dados e construção dos indicadores

Para atender aos objetivos do trabalho, o percurso metodológico seguiu os seguintes passos: inicialmente será feita a descrição e análise da reorganização da atenção à criança (Projeto Vida) no Sistema de Saúde de Belo Horizonte. Serão resgatadas as diretrizes e ações propostas, através da pesquisa em documentos institucionais e registros existentes, em relatórios institucionais das Conferências de Saúde e da consultoria, boletins informativos, estudos publicados, documentos do Conselho Municipal de Saúde e jornais do Conselho Municipal. Esse passo visará estabelecer um diagnóstico da implantação do projeto e das ações desenvolvidas.

Na análise da implantação da mudança do processo de trabalho em saúde (Acolhimento), serão avaliados os dispositivos e ferramentas utilizados, através da revisão dos espaços coletivos

de decisão como: seminários, oficinas, as metodologias empregadas para construção de entendimentos e busca de adesão das equipes, ferramentas empregadas: fluxograma analisador, rede de petição e compromisso, os protocolos assistenciais e a Avaliação de Desempenho.

As fontes pesquisadas consistirão em: documentos institucionais que descrevam a implantação do processo junto às equipes; documentos sindicais, que demonstrem o comportamento dos sindicatos e entidades de classe e sua relação com a instituição, no que se refere ao tema em questão; documentos do Conselho Municipal de Saúde (publicações periódicas, jornais, extratos de atas, relatórios das Conferências), pesquisa realizada pelo Conselho Municipal de Saúde sobre o Acolhimento, avaliando-se a posição dos trabalhadores, gerentes e usuários frente ao Acolhimento; monografias e trabalhos de instituições de pesquisa realizados no período; avaliações institucionais realizadas sobre o tema.

Cabe ressaltar que a autora esteve envolvida na documentação e redação de algumas fontes institucionais utilizadas na pesquisa, dado que no período do estudo participava da coordenação do Serviço de Atividades Assistenciais, responsável pela condução na rede dentre outros, do Projeto Vida e do Acolhimento. Assim as fontes relacionadas entre parênteses, de alguma forma tiveram a participação da autora seja na redação, documentação, participação junto ao Conselho Municipal de Saúde, etc (SMSA, 1996b; SMSA, 1997 a; SMSA, 1998 b; SMSA, 1998 c; SMSA, 1995 c; SMSA, 1997 d; SMSA, 1994 b; SMSA, 1995 d; SMSA, 1994 d; SMSA, 1995 f).

O que se buscará recuperar, através desses documentos, são a inserção de diversas categorias profissionais e a conformação das equipes multiprofissionais, analisando-se a forma como se dá o microprocesso de trabalho no interior dessas organizações. Serão também objetos

de investigação o papel das organizações corporativas e a capacidade de operar mudanças no cotidiano das equipes, e se esses instrumentos permitiram gerar novos espaços democráticos, que ampliassem o controle social e democrático e possibilitassem a participação dos usuários na definição do modelo assistencial e das prioridades institucionais.

E, finalmente, buscar-se-á o acompanhamento e avaliação do processo, relacionando os principais indicadores que demonstrem possíveis mudanças no período.

Os indicadores serão construídos segundo os marcadores/analísadores propostos, buscando responder às questões colocadas em cada marcador. A seguir, passaremos a descrever a forma de obtenção dos indicadores e dados quantitativos.

3.3..3.1 Indicadores

Os indicadores podem ser considerados os instrumentos de medição que têm por finalidade dimensionar a mudança, os resultados ou o impacto de uma atividade, de um projeto ou de um determinado programa. Assim, se pretendemos que os indicadores avaliem as ações, eles devem ser detentores de algumas características fundamentais, ou seja, devem ser: a) mensuráveis - ou seja quantificáveis, expressando a realidade em linguagem matemática; b) claros - sendo facilmente compreendidos e aceitos; c) precisos - indicando somente aquilo que se propõem a indicar; d) comparáveis e confiáveis - ou seja passíveis de comprovação por terceiros; e) pertinentes - guardando relação com os objetivos do projeto; f) sensíveis às mudanças que se pretende verificar na situação analisada (LUSTOSA, 1999).

No sentido clássico os indicadores também podem ser caracterizados em função daquilo que se propõem a medir, assim podem ser agrupados de modo genérico em indicadores de

estrutura, de resultado e de processo (DONABEDIAN, 1990).

Em relação aos indicadores clássicos, serão utilizados os seguintes: a) de estrutura, ou que se referem aos atributos materiais e organizacionais sob os quais o cuidado é oferecido, como recursos financeiros empregados, aumento e expansão da rede física, recursos humanos - o número, a variedade e qualificação dos profissionais; b) os de processo se destinam a analisar os meios e os recursos que foram utilizados para produzir os resultados alcançados. São indicadores que se concentram nas relações internas aos projetos, na forma de organização e disposição dos recursos disponíveis, na análise dos processos e melhorias. No caso da saúde, os indicadores de acesso podem ser aferidos por indicadores de cobertura e ou atendimento; c) os de resultado têm o objetivo de refletir o grau de atingimento dos objetivos propostos. Neste caso se situam os indicadores de impacto, de desempenho, indicadores de satisfação do usuário, de efetividade, de resolutividade, etc.

No presente trabalho utilizaremos tanto os indicadores clássicos como também analisaremos situações indicadoras de determinado processo de mudança. Nem sempre teremos testes estatísticos que sinalizarão as mudanças. Muitas vezes observaremos contextos de mudanças explicitados por deliberações de Conferências, trechos de jornais de atores estratégicos, avaliações de determinados grupos. Esse conjunto de indicadores poderão sinalizar as mudanças.

Na obtenção dos indicadores, além das fontes citadas anteriormente, serão ainda analisados relatórios dos bancos de dados como: o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Sistema de Avaliação e Desempenho (SADE), 1MI (Morbidade Ambulatorial), Sistema dos Informação de Mortalidade (SIM) e

Sistema de Informação Sobre Nascidos (SINASC), além do inquérito epidemiológico sobre desnutrição. Essas fontes permitirão avaliar a evolução da morbidade hospitalar, da morbidade ambulatorial e o acompanhamento de grupos como: desnutridos, crianças sob vigilância e gestantes. Possibilitarão assim avaliar o perfil dos nascidos vivos e a evolução da mortalidade infantil, buscando identificar possíveis mudanças no período e estabelecer o perfil da morbimortalidade da população infantil no município.

Serão analisados dados obtidos no período de 1993 até 1996, sendo que muitos dos dados de 1993 não se encontram disponíveis, por não terem sido coletados ou pela inexistência deles, o que dificultou sua sistematização. Por isso, em alguns casos tomaremos o ano de 1994 como o ano inicial da análise. Em outros momentos o período de análise se estenderá até 1997, tendo em vista que alguns processos importantes como, por exemplo, a Avaliação de Desempenho, só foram implantados em 1996, fazendo-se necessário estender um pouco mais a análise para a comparação dos resultados.

Nesta parte do trabalho descrevemos sucintamente a forma de obtenção dos dados, remetendo para a apresentação dos resultados outros passos mais detalhados da metodologia empregada. Descreveremos a seguir os relatórios dos bancos de dados que foram avaliados:

- SIH/SUS e SIA/SUS

Na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), o sistema de registro ambulatorial e hospitalar passou a ter dados mais confiáveis a partir de 1994, quando da estruturação do Sistema de Informação. Foram implantados os sistemas de registro nacionais SIA/SUS e SIH/SUS.

Os relatórios do SIH/SUS no período serão analisados com vistas a identificar a evolução dos gastos no período, a evolução do consumo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH),

comparando-se a morbidade na população infantil no período de 1993 à 1996, especialmente em menores de 1 ano, relativamente à região metropolitana.

O SIA/SUS permite avaliação de dados quantitativos e da produção, por unidade de serviço, entretanto é falho no que se refere à identificação individual e à morbidade ambulatorial, apresentando-se como sistema de produção de serviços e faturamento, através do qual se acompanha a evolução dos procedimentos no período. Será avaliada a produção de serviços no período, em especial os serviços próprios e referentes à atenção materno-infantil, registrada nos relatórios de gestão do Departamento de Planejamento e Regulação (DEPLAR), Sistema de Informação e outras publicações institucionais.

- Morbidade ambulatorial (1MI)

A SMSA/BH desenvolveu um outro tipo de instrumento que permitiu obter informações sobre o perfil da clientela ambulatorial, a morbidade ambulatorial, diagnósticos e procedimentos realizados, procedência, clínica atendida, distribuídos por sexo, faixa etária e desagregados por unidade. Esta pesquisa de morbidade ambulatorial foi denominada 1MI e realizada bianualmente a partir de 1994, avaliando-se o perfil de atendimento da rede municipal ambulatorial, especialmente das unidades básicas. Serão comparados os relatórios de 1994 e 1996.

- SADE

Em junho de 1996, foi implantado o PRÓ-SUS - Projeto de Avaliação de Desempenho de Saúde - com o objetivo de constituir um instrumento de gestão, a partir do acompanhamento e avaliação dos resultados alcançados. Para aferir indicadores e metas, a Secretaria Municipal de

Saúde de Belo Horizonte implantou, a partir de 1996, o Sistema de Informação da Avaliação de Desempenho (SADE), que consistiu tanto na criação de novos instrumentos de registro (como boletas e prontuários) como de um novo sistema informacional de processamento das novas informações, estruturação de novos bancos de dados, novos fluxos, que também serão descritos (SANTOS et al. 1998).

Dentre esses novos instrumentos, as boletas da criança e da gestante e os prontuários da criança e da gestante possibilitaram o acompanhamento da população atendida. As boletas eram preenchidas a cada atendimento individual e processadas através da utilização de sistema de leitura ótica.

A boleta da criança (Cartão de Atendimento à Criança - CAC) incluía informações sobre idade, procedência, crescimento e desenvolvimento, estado nutricional e vacinal, aleitamento, motivo de atendimento, diagnóstico e conduta. Através dessas variáveis foi possível acompanhar a evolução das crianças e, gradativamente, serviu como base de alimentação do SIA/SUS (ANEXO 1).

A boleta da mulher (Cartão de Atendimento à Mulher - CAM) incluía informações sobre idade, procedência, critério de risco, estado vacinal (tétano), motivo de atendimento, diagnóstico, número de consultas durante o pré-natal, método usado no planejamento familiar, situação no aleitamento, climatério e condutas. Essas variáveis possibilitaram o acompanhamento das gestantes, construindo indicadores de aferição da qualidade do atendimento prestado e, gradativamente, serviram como base de alimentação do SIA/SUS (ANEXO 1).

- SINASC/ SIM

Em 1993, foi implantado na SMSA/BH o Sistema Nacional de Nascidos Vivos

(SINASC). Dessa forma, todos os nascimentos ocorridos nas maternidades do município passaram a ser comunicados à SMSA/BH, através das Declarações de Nascidos (DN), montando-se um banco de dados de nascidos vivos.

Através do geoprocessamento do SINASC, pôde-se identificar nascidos de baixo peso, filhos de mães adolescentes e/ou analfabetas, residentes em áreas de risco, entre outros, desagregados por distritos sanitários e áreas de abrangência das unidades de saúde.

Em 1993 e 1994, a SMSA/BH passou a estruturar o banco de dados do Sistema de Mortalidade (SIM) a partir da digitação das cópias xerográficas das declarações de óbito obtidas na Fundação João Pinheiro (FJP). Após este período, mudou-se o fluxo institucional, sendo que as declarações passaram a ser entregues diretamente à SMSA/BH, ocorrendo, então, um trabalho sistemático de melhoria da qualidade dos endereços e exclusão de óbitos com endereços ignorados; entretanto, a alimentação dos dados ao Ministério da Saúde (MS) continuou sendo realizada pela Fundação João Pinheiro, portanto nem sempre os dados aqui trabalhados apresentam correspondência com aqueles colocados em disponibilidade pelo "site" do MS. Optamos por utilizar os dados da SMSA/BH pelo fato de os mesmos espelharem a realidade de uma forma mais precisa (RODRIGUES et al., 1997).

O cruzamento dos dados do SINASC com o SIM permite calcular os coeficientes de mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal, que serão analisadas no presente estudo no período entre 1993 e 1996. Estudamos ainda a evolução da mortalidade infantil por áreas de abrangência dos centros de saúde, ou seja, calculando os coeficientes de mortalidade de forma mais desagregada entre os anos de 1994 e 1996. Utilizando mapas temáticos, verificaremos se ocorreu alteração no período e se existiram desigualdades entre as áreas.

Dessa forma fica evidente que as fontes são muito variadas, assim como os procedimentos de coleta. Quanto aos bancos de dados, não há como padronizá-los o tempo todo; portanto, corre-se o risco de, em certas situações, não ter indicadores e sim, indícios. A opção, entretanto, será por correr o risco, subordinando as informações quantitativas à análise qualitativa. Na contemplação das múltiplas fontes, tentaremos que a insuficiência de uma fonte seja compensada pela informação de outra fonte. Poderemos perder, às vezes, na especificidade de uma fonte, mas ganharemos na multiplicidade das mesmas. Dessa forma estaremos operando com indicadores sinérgicos, ou seja, indicadores que mesmo não sendo robustos, vão reforçando uma determinada linha de análise, por apontarem sempre no mesmo sentido e por trazerem embutidos indícios semelhantes. Ou seja, estaremos buscando indícios de mudanças através de dados muitas vezes insuficientes.

Outra característica a ser ressaltada é que o mesmo indicador pode responder a interrogações de diferentes tipos de marcadores, demonstrando a forma processual e imbricada da análise. Assim, poderemos ter indicadores que demonstrem não só a melhoria de acesso mas também o aumento da eficácia, criando, assim, uma análise complementar e em cadeia. Os indicadores não são estáticos, não se restringem a uma única categoria. Dialogando entre si, descortinando juntos uma outra possibilidade analítica, imbricada e não estática, demonstram certas especificidades e sensibilidades cruzadas. Cabe destacar ainda que também lançaremos mão de traçadores, tentando perceber indícios de mudanças. Em algumas situações, teremos indicadores robustos quantitativamente, embora não tenhamos o compromisso de obter sempre resultados objetivos, a todo o tempo. Nosso objeto de análise é processual, é analítico do ponto de vista de conformação do processo de trabalho. Assim, lançaremos mão de indicadores diretos e

indiretos. O que comanda é sobretudo a intenção da medida, ela é que condiciona essa discussão e a análise, definindo as variações na utilização dos indicadores, o tipo de medida possível e o grau de medida.

4 - A descrição do processo

Limites

*"Uma noite me dei conta de que possuía uma história,
contínua, desde o meu nascimento indesligável de mim.*

Até os dons, um certo apelo ao religioso

E que tudo pesava. E desejei ser outro.

Tive um mundo grandíssimo a explorar:

(...) Tanta coisa eu julguei inventar,

minha vida e paixão,

minha própria morte.

(...) Aprendi a suspirar.

A poesia é tão triste! O que é bonito enche os olhos de lágrimas.

Tenho tanta saudade dos meus mortos!

Estou tão feliz! A beira do ridículo

Arde meu peito em brasas de paixão.

Vinte anos de menos, só seria mais jovem.

Nunca mais amorável.

Já desejei ser outro.

Não desejo mais".

Adélia Prado (1999, p.264)

4.1 A contextualização do local de estudo

Belo Horizonte (BH), capital do estado de Minas Gerais, apresentava, em 1996, uma população de 2.091.371 habitantes, responsabilizando-se não somente pela assistência à saúde de sua população, como também constituindo referência secundária e terciária para a região

metropolitana, com cerca de 3,8 milhões de habitantes, além de ser referência estadual.

O município é dividido em nove regiões administrativas, correspondendo cada uma, a um Distrito Sanitário (DS): Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Cada região tem suas características particulares e os DS são os responsáveis pela gestão dos serviços de saúde da região, juntamente com o nível central da SMSA/BH. O processo de municipalização dos serviços de saúde de BH foi iniciado em 1991, com a transferência da rede ambulatorial básica, seguida da rede especializada que foi transferida em 1992.

Em 1993, assumiu uma nova gestão na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e na SMSA/BH. Em outubro de 1994, com a implementação da NOB/93, foi um dos 24 municípios que alçaram à categoria de gestor semipleno de seu sistema de saúde, sendo, nesta época, o município de maior porte e complexidade.

Quanto à produção dos atendimentos básicos, consultas médicas, radiodiagnóstico, exames complementares e terapias especializadas, houve uma duplicação de atendimentos passando de 9.412.564 (1992) para 18.962.114 (1996). Esse fato se deu devido a um amplo esforço no sentido de promover a expansão da oferta de serviços, priorizando os serviços ambulatoriais, inclusive com transferência de recursos, antes gastos com hospitais, para o ambulatório (SANTOS, 1998; VASCONCELOS, 1997).

Com relação à aplicação dos recursos financeiros da Prefeitura de Belo Horizonte na área da saúde, em 1992, era, em média, 8,7% dos recursos do tesouro; passando na gestão 93-96 para uma média anual de 12,4%. Estes recursos foram utilizados principalmente no financiamento dos gastos com os serviços próprios, com ênfase na área materno-infantil, expansão na área de urgência e emergência, reforma e ampliação da rede física, contratação de RH, dentre outros

(SANTOS, 1998).

A participação popular no período deu-se não somente pelo aumento dos conselhos distritais e locais, mas, principalmente, pela participação ativa dos conselheiros nas decisões cotidianas e nas conferências municipais. Ocorreu de modo efetivo na definição das prioridades institucionais, levando a um processo de busca do consenso sobre o modelo a ser implementado. Assim, as decisões prioritárias da gestão foram tomadas nas conferências municipais ou em reuniões do Conselho, fossem elas a entrada na gestão semiplena, as prioridades institucionais da implantação da urgência, emergência, o Projeto Vida (SMSA/BH, 1994 c; SMSA/BH, 1996 a).

Em documento institucional, a direção da SMSA/BH, analisando os quatro anos de governo, conclui sobre a herança caracterizando-a como:

"modelos médico-assistencial privatista e neoliberal privatista que conferiu ao município de Belo Horizonte, a conformação de uma rede desordenada, concentrada na Região Centro-Sul; inexistência de mecanismos de controle e avaliação; ênfase na assistência hospitalar; regulação pelo mercado com prevalência de interesses econômico-financeiros; exclusão e dificuldade de acesso aos serviços; cisão entre vigilância à saúde e atenção à demanda e cisão entre ações básicas e assistência hospitalar" (SMSA/BH, 1996 a).

O documento diz que, dando continuidade a um movimento já iniciado de reorganização da assistência, a gestão 93-96 adotou a estratégia da distritalização epidemiologicamente orientada, como forma de reversão do modelo. Assim, destaca as seguintes iniciativas com relação ao modelo assistencial:

" Utilização do planejamento local, com a definição do território e área de

abrangência de cada unidade de saúde e identificação dos principais problemas de saúde da população residente na área; e a reorganização do processo de trabalho, com discussão e implantação do Acolhimento e a implantação de mecanismos de avaliação sistemática do desempenho das unidades (PRÓ-SUS), além dos esforços no sentido de atendimento à atenção à urgência" (SMSA/BH, 1996 a).

Esse documento expressa a tentativa realizada no sentido de incorporar os distintos instrumentos do planejamento, visando obter maior resolubilidade nas ações desenvolvidas.

4.2 História institucional da SMSA/BH no período 1993-1996

Vale lembrar que a constatação de um certo acontecimento institucional é sempre um processo de memorização parcial de certos agentes e que, com certeza, disputam com a memória de outros agentes, com diferentes linhas de significações que explicitam outros acontecimentos.

Neste sentido, este processo, ao ser analisado, traz à tona essa disputa entre os agentes, verdadeiros promotores dos acontecimentos e responsáveis pelas lógicas institucionais.

Dessa forma, o que segue adiante é um esboço preliminar de uma certa história desenhada por alguns agentes que vivenciaram parte dos processos institucionais nesses anos, corroborada pelo que se pode ter de memórias institucionais registradas e vivenciadas nos diferentes níveis da organização.

Consideramos como grande demarcador desse período, que iremos analisar, a eleição em 1992 de um bloco político formado pelo Partido dos Trabalhadores e outros partidos de esquerda, para a Prefeitura da cidade, bem como as disputas internas na implementação do Projeto. Inicialmente o gabinete da secretaria atuava de forma centralizada. A máquina, no entanto,

contava com uma grande quantidade de outras forças mediadoras e significativas de intervenção e ação, pelo menos no campo dos próprios serviços municipais, e que passavam pelos espaços institucionais dos Departamentos e dos Distritos de Saúde.

Um espaço que possibilitou a expressão e manifestação de todos esses setores foi o colegiado de direção, composto de todos os diretores de departamentos do nível central e dos 9 (nove) distritos sanitários, desempenhou papel fundamental para a maior aproximação do nível central com os distritos em momentos cruciais de desenvolvimento da política de saúde, apesar de seu caráter democrático ter sido questionado em outros momentos (LAPA, 1998).

Difíceis foram as negociações com os demais níveis diretivos da Prefeitura sobre a necessária autonomia, financeira e operacional, para a área da saúde, além das dificuldades internas de negociação intrasecretarias, tornando os processos e encaminhamentos muito morosos.

Belo Horizonte conseguiu ser um dos 24 (vinte e quatro) primeiros municípios a participar da gestão semiplena, o que lhe garantiu uma fatia significativa de recursos financeiros mensais (em torno de 18 milhões). Em função desses recursos e buscando melhorar e ampliar a rede de serviços da SMSA/BH, implementou-se uma política de reestruturação da rede física e ampliação da oferta de serviços, através da contratação de novos profissionais e da abertura de novos serviços. Entre eles estão os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o Serviço de Atenção Pré-Hospitalar (RESGATE) e Centros de Saúde.

O núcleo dirigente da SMSA/BH investiu na implantação da gestão semiplena em Belo Horizonte, elegendo como projeto prioritário o aprimoramento do controle e avaliação, dada a

conjuntura de preponderância do setor contratado e conveniado na prestação e oferta de serviços. Uma série de avanços foram conseguidos como: melhor aproveitamento de recursos, maior regulação sobre o setor privado e o início da demarcação de um espaço público de interlocução privilegiada, com a coordenação de todo o sistema, na condição de gestor único.

A princípio operou-se prioritariamente na efetivação da gestão semiplena, não se apostando centralmente na redefinição da mudança do modelo de atenção à saúde. Esta discussão só tomou parte da agenda da direção, quando, a partir do Projeto Vida e da rediscussão do processo de trabalho em saúde nas unidades básicas, iniciou-se a implantação do Acolhimento. Houve um descompasso nesse processo entre a equipe dirigente e as direções intermediárias que, inicialmente, assumiram a condução do projeto. Posteriormente a equipe dirigente passou a investir no processo, culminando na implantação de um projeto de Avaliação de Desempenho (denominado PRÓ-SUS).

Estes momentos foram de grande importância para toda a rede própria de saúde com significativo envolvimento do conjunto dos trabalhadores de saúde que abraçaram as novas propostas a partir de um amplo processo de rediscussão das missões assistenciais das equipes de saúde. Este foi o momento em que mais se avançou na direção de uma real mudança do modelo assistencial.

Em 1996, com a nova eleição, ocorreu a troca de secretários, permanecendo a mesma equipe na direção da Secretaria por mais 17 (dezessete) meses. Nesse período foram inúmeros os problemas ocorridos em parte pela ampla composição política (treze partidos no segundo turno), o que fez com que a composição para a direção dos distritos fosse conduzida no sentido de contemplar essa composição. Esse encaminhamento dificultou o consenso em torno do projeto,

além de gerar divergências com o prefeito na condução da Secretaria. Isso levou à saída da equipe e a uma ruptura setorial do Partido dos Trabalhadores.

Em maio de 1998, assumiu um novo Secretário que desenvolveu uma gestão autoritária, centralizada, desrespeitosa com os trabalhadores e os fóruns democráticos. Isto gerou, no período, um processo de desconstrução do SUS/BH, a desarticulação dos projetos, descontrole no papel de gestor, descontrole administrativo, tensão crescente com o movimento popular e trabalhadores, levando inclusive à insatisfação da população com os resultados alcançados (PARTIDO DOS TRABALHADORES - PT, 1998).

4.3 Projetos prioritários para o ator governo 1993 - 1996

No período 1993-96, para dar consecução a implantação do SUS em Belo Horizonte, sob um novo modelo de gestão e atenção, foram desenvolvidos diversos projetos. A plataforma eleitoral da Frente BH-Popular, já apontava como temática central: garantir o acesso, assumir a gestão do sistema e avançar na distritalização. Os projetos foram desenhados a partir de seminários internos de governo, colegiado de direção e de fóruns democráticos com ampla participação da população. Nestes espaços foram sendo formatados os projetos implementados.

O primeiro seminário de governo, em junho de 1993, definiu como prioridades para 1994 a organização do Pronto Atendimento em todos os Distritos Sanitários, a Atenção à Infância, outras ações programáticas e a organização da Referência Secundária.

A IV Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1994, definiu as prioridades do setor Saúde, elegendo os projetos *Vida - Reorganização da atenção à saúde da criança -*, *Controle e Avaliação e Urgência e Emergência* como suas principais expressões. Essas prioridades reorientaram a prestação de serviços em Belo Horizonte, havendo amplo investimento em

recursos humanos e financeiros para assegurar sua implantação (SMASA/BH, 1994 c).

Ainda em 1994, a decisão de governo de assumir a Gestão Semiplena reforçou a prioridade do Controle e Avaliação e colocou em pauta o "tornar-se gestor".

A V Conferência Municipal de Saúde, realizada em abril de 1996, confirmou estas decisões e elegeu outras, como o Acolhimento e outros projetos assistenciais (SMASA/BH, 1996 d).

A discussão de prioridades no setor saúde é sempre complexa, em virtude das inúmeras carências do setor e da dificuldade em eleger prioridades. Além disso, no cotidiano, as mediações entre os diversos atores são grandes. Os vários interesses em disputa, os diversos núcleos operantes dentro da instituição tentando implementar os diversos projetos, as demandas postas, tudo isto acaba por não deixar assim tão nítido o que é a prioridade inequívoca, se é que essa existiu, no caso específico desta análise.

Assim, após a análise de documentos internos, publicações do Conselho Municipal de Saúde, publicações da SMSA/BH, relatórios de Gestão e outros documentos, apresentamos a seguir uma síntese dos projetos prioritários para o ator governo, avaliados do ponto de vista da pesquisa, bem como as diretrizes propostas e o seu desdobramento em diversas estratégias de intervenção. Nessa síntese foram levados em conta: os projetos de maior impacto na rede, de maior investimento do ponto de vista de recursos financeiros e humanos, de maior alcance do ponto de vista de beneficiários, aqueles projetos-meio que se fizeram necessários a fim de alavancar outros e aqueles que conseguiram mudar o modelo assistencial (LAPA, 1998).

DIRETRIZ 1: *Transformar a SMSA/BH de simples prestadora a Gestora do Sistema*

A) Estratégias:

- municipalização do Controle e Avaliação e seu aprimoramento;
- criação e estruturação de coordenações de controle e avaliação ambulatorial, hospitalar e alta complexidade;
- municipalização e reestruturação das Centrais de Internação e Marcação de Consultas Especializadas;
- participação junto com outras 10 (dez) secretarias municipais do Sistema Cooperado de Saúde para estruturação da Informatização do Sistema de Controle e Avaliação;
- estruturação e formação de supervisores hospitalares dentro da nova lógica;
- melhoria da oferta e regulação sobre o setor contratado/conveniado;
- abertura de licitação para formalização dos contratos com o setor contratado/conveniado;
- ampliação de leitos de risco para recém-nascidos no Hospital Municipal Odilon Berhens, Santa Casa e Hospital Julia Kubistcheck;
- montagem do Sistema Municipal de Auditoria Assistencial.

B) Projeto prioritário:

- *Aprimoramento do controle e avaliação municipal dentro da perspectiva da SMSA/BH como gestora única e plena do sistema.*

DIRETRIZ 2: *Dar maior eficiência à rede própria.*

A) Estratégias:

- descentralização das ações, investindo no Distrito Sanitário enquanto espaço formulador de políticas;
- investimento na melhoria da rede física;
- investimento na contratação de Recursos Humanos (RH), otimização dos existentes, implantação de adicionais para fixação de pessoal em unidades mais distantes e adicional de estímulo aos Recursos Humanos lotados nas unidade de urgência/emergência;
- investimento em equipamentos e criação de novos serviços, bem como a estruturação de mecanismos de referência e contra-referência;
- aumento de recursos financeiros para medicamentos e saúde em geral;
- estruturação de um sistema de informação descentralizado através da informatização da rede (Distritos Sanitários e alguns Centros de Saúde), aquisição de equipamentos, implantação e capacitação das referências de sistema de informação nos distritos sanitários;
- mudanças nas práticas assistenciais desenvolvidas pelos serviços de modo a causar impacto sobre os níveis de saúde.

B) Projetos prioritários:

- *Projeto Vida e seus subprojetos: Projeto de Vigilância à Mortalidade Infantil e*

Acolhimento;

- *PRÓ-SUS, programa de Avaliação de Desempenho;*
- *Mudança do modelo de saúde bucal;*
- *Mudança do modelo de saúde mental;*
- *GERUS – capacitação dos gerentes de unidades básicas de saúde.*

DIRETRIZ 3 – Aumentar a oferta de serviços de pequenas urgências para diminuir a demanda nos hospitais de médio e grande porte e ofertar atenção pré-hospitalar.

A) Estratégias:

- readequação da estrutura física e de RH nas Unidades de Pronto Atendimento existentes, com aumento da produção de atendimentos de urgência;
- construção de 2 novas UPAs;
- implantação da Atenção Pré-Hospitalar através do Serviço Resgate.

B) Projeto Prioritário :

- *Melhoria do sistema de urgência /emergência*

DIRETRIZ 4: Possibilitar o controle social na saúde.

A) Estratégias:

- consolidação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) como arena de disputa dos

diferentes projetos na saúde;

- conformação e fortalecimento dos Conselhos Distritais de Saúde (CDS) em todas as regionais;

- criação de Comissões Locais de Saúde (CLS) em mais de 80% dos centros de saúde;

- realização da IV e V Conferências Municipais de Saúde.

B) Projeto prioritário:

- *Apoio e incentivo à participação popular.*

Para a análise em questão poderíamos escolher a totalidade dos projetos ou parte deles. Assim, optou-se por investigar o Projeto Vida e o Acolhimento, descrevendo e analisando a reorganização da atenção à criança e os mecanismos e ferramentas utilizados na implantação da mudança do processo de trabalho em saúde, avaliando se esses projetos contribuíram na ampliação do acesso, humanização e melhoria da qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, passaremos então a descrever as diretrizes e ações propostas pelo Projeto Vida e pelo Acolhimento.

4.4 O Projeto Vida

4.4.1 Breve Histórico

No período de 1993-96, o governo municipal elegeu como prioridade a criança, instituindo projetos e programas em diversos órgãos e secretarias. No âmbito da saúde, conforme descrito anteriormente, a definição das prioridades do setor ocorreu na IV Conferência Municipal de Saúde, em 1994, elegendo os projetos *Vida - Reorganização da atenção à saúde da criança - e Controle e Avaliação e Urgência e Emergência* como prioridades (SMASA/BH, 1994 c).

O *Projeto Vida* foi implementado na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA/BH) a partir de 1994. No início, foi planejado como um projeto que permitisse o enfrentamento da mortalidade infantil no município. O coeficiente de mortalidade infantil em Belo Horizonte havia sofrido um declínio gradual nos últimos dez anos (54,8/1000 em 1982 e 39,2/1000 em 1992) (SMSA/BH, 1996b). Entretanto, mostrava-se ainda relativamente elevado quando comparado, por exemplo, com o coeficiente do Rio de Janeiro, que era de 21,0/1000 em 1992 (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO - FJP, 1998). Além disso, ao se trabalhar os dados de forma desagregada, evidenciavam-se desigualdades acentuadas entre as diversas regiões da cidade, que mostravam o risco diferenciado das populações residentes em vilas e favelas (áreas de risco), nas quais esses coeficientes chegavam até a dobrar. Esses diferenciais mostravam a necessidade de se aplicar uma nova estratégia para a redução da mortalidade infantil, adotando-se, dentre outras coisas, o enfoque de risco.

Esse enfoque pressupõe que os serviços de saúde analisem os problemas de sua área de atuação, definam prioridades e direcionem parte de suas ações aos grupos sociais mais dramaticamente excluídos do atendimento de suas necessidades. No caso do combate à

mortalidade infantil, os grupos prioritários foram identificados entre os residentes em áreas de risco (SMSA/BH, 1996b). Essas ações aos grupos sob foco institucional, foram desenvolvidas, sem diminuir a assistência aos demais grupos.

A partir desta estratégia foi estruturado o Projeto Vida, cujas ações desenvolvidas envolveram toda a reorganização da assistência à gestante e à criança no município (SMSA/BH, 1996b; (SMSA/BH, 1997d). As ações previam:

- assistência integral à saúde da criança, com acompanhamento nos Centros de Saúde do crescimento e desenvolvimento, programas de imunização, diagnóstico e prevenção de erros inatos do metabolismo, ações de saúde mental e saúde bucal, dentre outras;

- vigilância aos recém-nascidos de risco, priorizando a captação e acompanhamento de recém-nascidos de risco residentes em áreas de risco (vilas e favelas);

- combate à desnutrição de crianças, gestantes e nutrizes;

- reorganização do atendimento pré-natal na rede assistencial, prevendo a captação precoce e acompanhamento das gestantes, encaminhamento das gestantes para assistência ao parto em maternidade de referência distrital, incentivo ao aleitamento materno e planejamento familiar.

4.4.2 Criando o consenso: os espaços de formulação e deliberação do projeto e seus produtos

Conforme já descrito, desde 1993, no primeiro seminário de governo, a Atenção à Infância já havia sido indicada como uma prioridade institucional. Na IV Conferência Municipal de Saúde, em 1994, quando da eleição do Projeto Vida como prioridade, foram aprovadas

definições de investimento na rede básica, no programa de combate à desnutrição. E, fruto das discussões internas em torno da dificuldade de acesso, a SMSA/BH apresentou a proposta de incluir entre as resoluções um projeto de "atendimento ao agudo". A redação aprovada foi: "elaborar e implementar um projeto que organize o atendimento ao agudo em todos os centros de saúde com a alocação de recursos necessários" (SMSA/BH, 1994c).

Previamente à Conferência e após a mesma, em 1994, houve um processo interno de discussão entre os níveis intermediários da gestão, que envolviam gerências do nível central (Serviço de Atividades Assistenciais, Epidemiologia, Sistema de Informação) e distrital (Chefias de Atenção à Saúde e algumas gerências locais), no sentido de formular projetos que materializassem a prioridade institucional, visando ao enfrentamento da mudança do processo de trabalho. O primeiro projeto a ser formatado foi o de Vigilância à Mortalidade Infantil. Neste projeto, em sua versão final, em abril de 1994, constavam os objetivos:

1. *"Intervir nas causas perinatais e pós-natais da mortalidade infantil no município, com vistas à sua redução.*
2. *Reorientar as práticas sanitárias da SMSA/BH, especialmente no que se refere ao atendimento de gestantes e menores de 1 ano, melhorando a qualidade de atenção em todos os níveis de organização dos serviços, próprios e contratados/conveniados.*
3. *Avaliar o impacto das ações desenvolvidas pela SMSA, na mortalidade infantil no município. (...)"*

Dentre os objetivos específicos colocava-se

- *"Discutir o processo de trabalho em saúde, pretendendo atuação multidisciplinar*

e o acolhimento dos pacientes nas unidades básicas e resolubilidade das ações"
(SMSA/BH, 1994a).

Seguiu-se o processo de implantação do subprojeto de Vigilância à Mortalidade Infantil, que refletia a preocupação com as desigualdades sociais e sua consequência direta no aumento da mortalidade infantil. A estratégia institucional em foco resultou, então, em evidenciar aqueles recém-nascidos de mães residentes em áreas de risco e priorizá-los na intervenção. Foram agregados na definição do recém-nascido (RN) sob vigilância alguns critérios obtidos a partir de informações do banco de dados do SINASC: RN abaixo de 2.500 g (baixo peso), analfabetismo da mãe e mãe adolescente, aspectos já identificados na literatura como favorecedores de um maior risco de óbito (VICTORA, 1989; RODRIGUES et al., 1997). Assim, residir em área de risco, somado a um dos critérios acima, resultou em "estar mais evidenciado", portanto essas crianças deveriam ser acompanhadas e monitoradas pelos Centros de Saúde (MALTA, et al. 1998b).

A partir de março de 1994, todos os 123 (cento e vinte e três) Centros de Saúde (CS) iniciaram a localização dessas crianças, através de busca ativa domiciliar, com o agendamento da primeira consulta para acompanhamento no Centro de Saúde. Posteriormente (1995), a captação das mães e recém-nascidos passou a ser feita preferencialmente através de visitas às maternidades públicas e conveniadas ao SUS/BH, quando as mães passaram a receber orientações sobre os cuidados com o recém-nascido e amamentação, sendo encaminhadas ao Centro de Saúde mais próximo de sua residência. Na visita a mãe recebia um cartão com os encaminhamentos, um *folder* com orientações básicas e um diploma que saudava a chegada do bebê (SMSA/BH, 1996b).

O processo interno de formulação foi intenso, atingindo também as gerências das unidades de saúde, na medida em que a intervenção proposta pelo nível diretivo alterava imediatamente o trabalho no centro de saúde. Foram inúmeros os seminários com distritos e centros de saúde, mas ainda com uma perspectiva de levar um projeto já estruturado, com texto pronto, fluxos definidos (captação de recém-nascidos através de visitas domiciliares, agendamentos, formulários de identificação de risco, um Questionário de Visita Domiciliar - QVE). Embora a formulação do projeto tenha inicialmente envolvido a equipe central e distrital, o projeto conseguiu despertar na rede o desafio de atuar de forma mais organizada na redução da mortalidade infantil, ganhando adesão dos trabalhadores e gerentes, tornando-se uma proposta do coletivo da rede (SMSA/BH, 1996b).

4.5 Acolhimento

4.5.1 A evidenciação do não-acesso e a construção do projeto de Atenção ao Agudo

A Vigilância à Mortalidade Infantil inaugurou uma dinâmica nova na rede de serviços. As equipes de saúde passaram a ter de incorporar uma nova clientela, que era alvo de busca ativa por apresentar um risco diferenciado. Essa prática criou um conflito entre as agendas já "lotadas" e o controle da puericultura. Aquela criança declarada publicamente como "prioritária" e buscada no domicílio para acompanhamento de rotina, quando chegava ao centro de saúde demandando assistência, num momento de instalação de uma doença aguda, muitas vezes não era sequer identificada e, como todas as outras, esbarrava na dificuldade do acesso. Assim, também para aquela criança prevaleciam os critérios de ordem de chegada na fila e limite de vagas para consulta médica, independentemente da situação de gravidade ou de risco (SMSA/BH, 1994 a;

SMSA/BH,1997d; MALTA et al., 1998b).

Essa realidade foi sentida pelas diversas equipes e pelo nível diretivo. Assim, foram sendo motivadas reflexões mais abrangentes sobre o "não-acesso". O grupo de condução do projeto, formado pelas gerências intermediárias, iniciou a discussão com a rede, revendo posturas já consolidadas no serviço e tentando identificar as causas ligadas à não-universalização do acesso, que passavam pela forma como os serviços de saúde historicamente vinham se organizando, consolidando práticas desumanizadoras e não acolhedoras, na maioria das vezes ineficazes.

Diante dessas questões, foram surgindo contribuições para repensar o processo de trabalho em saúde, levando-se em consideração experiências vivenciadas em outros municípios, como Ipatinga, Paulínea e Campinas.

Em meados de 1994, foi produzido um primeiro documento de circulação interna, que versava sobre a atenção ao agudo. Nesta proposta, abordava-se as dificuldades de acesso, remetendo à necessidade de se rever o processo de trabalho em saúde. Transcrevemos a seguir um trecho do documento:

"... o processo de trabalho em saúde implementado pelas unidades de saúde é quase sempre padronizado: atende-se de forma agendada, quase sempre para o médico, sem avaliar a gravidade do caso, o risco e a instalação de quadros agudos. Trabalha-se somente utilizando-se o critério de chegada. Restando como opção para aqueles não marcados previamente, deslocar-se para algum outro serviço ou hospital mais próximo, ou para a farmácia. Os que puderem, aguardarão em casa até o próximo dia, quando deverão retornar à fila e tentar uma nova vaga "
(SMSA/BH, 1994b)

As reflexões do grupo de condução se aprofundaram no sentido de identificar as barreiras

ao acesso como: as longas filas de espera que dobravam noites e esquinas; os cartazes das portas das unidades de saúde informando o número de vagas para cada especialidade médica, restringindo o acesso de grande parte dos usuários; a distribuição de senhas que garantiam o atendimento por ordem de chegada dos usuários, sem ofertar outras alternativas (a escuta das necessidades trazidas pelos usuários, a avaliação da gravidade, o risco e a instalação de quadros agudos); as agendas dos profissionais médicos restritivas e administradas de maneira privada, além de tomadas por retornos e agendamentos prévios, mantendo uma clientela "cativa", os vigias dos prédios que cumpriam a tarefa de "proteger a Unidade de Saúde dos usuários", os guichês burocráticos treinados para dizer o doloroso "não tem vaga", "acabou a ficha".

Essas atitudes revelavam a não-responsabilização pelo usuário; refletindo também o entendimento de que o problema do usuário é sempre de ordem biológica, sem perceber as outras dimensões (mental, epidemiológica, cultural e social). Se o problema é de ordem biológica, define-se sempre um fluxo unidirecional de resposta, agendando-se para o médico todas as demandas, o qual torna-se o único profissional com real inserção na assistência. Nega-se, assim, as possíveis intervenções da equipe multiprofissional; desqualificando o trabalho da toda equipe, além de "subaproveitar" o saber médico, já que inúmeras respostas podem advir dos outros profissionais da equipe, os quais, por sua vez, têm suas potencialidades inibidas, pois o acesso é restrito e direcionado para um ato médico, pobre, simplificado e desarticulado do trabalho dos demais profissionais, sem ação de vínculo e responsabilidade (SMSA/BH, 1994 b; MALTA et al, 1998b).

No processo de formulação de alternativas eram colocadas as seguintes questões: como garantir o acesso aos usuários? Como trabalhar com outros critérios, além da ordem de chegada?

Como identificar situações de risco, avaliar gravidade, permitir que todos expressem o seu sofrimento? Como a equipe pode fazer uma abordagem integral, de maneira a contemplar aspectos biológicos, epidemiológicos, psíquicos, culturais e sociais dos problemas dos usuários? Como garantir a atuação em equipe? Como construir uma intervenção multiprofissional na assistência? Como repensar o processo de trabalho atual para permitir que tudo isso ocorra? Como alterar a organização, a gestão e o modo de trabalhar das unidades com ação conjunta dos trabalhadores em torno dos novos lemas? (SMSA/BH, 1994 b; MALTA et al, 1998b).

Neste contexto, foram sendo gestadas, dentro do grupo de condução do Projeto Vida, reflexões e propostas que dariam corpo a um modelo desafiador para a rede pública municipal, visando reorganizar toda a assistência, alterando o cotidiano das unidades, revendo práticas consolidadas e repensando o trabalho em Saúde. Assim, a proposta de mudança de processo de trabalho foi tomando forma (SMSA/BH, 1994b).

No documento interno de junho de 1994, do subprojeto de Atenção ao Agudo, constavam os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- *"Garantir o acesso a toda criança portadora de patologia de instalação aguda, garantindo a resposta mais adequada a cada caso."*

Objetivo Específicos

- *"Intervir precocemente em todos os casos que demandarem o serviço, evitando agravos à saúde."*

- *Ordenar o fluxo, visando ao tratamento mais oportuno no seu nível de resolução,*

evitando procuras desnecessárias aos serviços de urgência e hospitais de patologias facilmente resolvidas no nível primário.

- Resgatar a participação dos trabalhadores no planejamento, na definição de metas, na autogestão do seu processo de trabalho.

- Discutir o processo de trabalho em saúde, pretendendo a atuação multidisciplinar, o acolhimento, a resolutividade das ações.

- Montar indicadores que evidenciem a melhora da assistência e o impacto das ações desenvolvidas pela unidade de saúde." (SMSA/BH, 1994b).

Portanto, o início da discussão sobre mudança do processo de trabalho em saúde, o "Acolhimento", foi formatado a partir do Projeto Vida, dentro de uma atuação de atenção às crianças com patologias agudas.

Nos objetivos específicos, observa-se a preocupação de ordenar fluxos, garantir a resolutividade das ações e o envolvimento dos trabalhadores no processo de planejamento das ações. O restante do documento sobre a proposta de operacionalização refere-se a: estabelecer "amplo processo de discussões junto às equipes locais", formulando com as mesmas uma proposta de trabalho; "desenvolver processo de capacitação das equipes multiprofissionais"; formular conjuntamente "protocolos de assistência"; discutir o projeto junto à equipe dirigente, a fim de que o mesmo fosse "uma opção política" dos dirigentes e não apenas das direções intermediárias; definir a equipe técnica de coordenação do projeto e contratar uma "assessoria externa", para acompanhamento da implantação. O que acabou ocorrendo em dezembro de 1994 e a instituição escolhida foi o Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde (LAPA) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), através do consultor Emerson Elias Merhy

(SMSA/BH, 1994b). Essa definição acabou por se transformar num facilitador do processo na medida em que a consultoria possibilitou processos reflexivos quebrando a cegueira do ator governo, empregando técnicas, metodologias novas ao serviço que muito contribuíram no processo de desnudamento da realidade e de organização no enfrentamento das mudanças necessárias. Além do mais, possibilitou o contato direto e regular com os gerentes, facilitando a maior difusão e adesão ao projeto.

4.6 Metodologias empregadas

4.6.1 Os espaços coletivos de construção

A investigação também pretende avaliar se esses instrumentos permitiram exercitar novos espaços democráticos, ampliando o controle social e democrático. Assim passaremos a descrever alguns dos espaços de construção coletiva da proposta, envolvendo atores como: dirigentes, trabalhadores, usuários, conselhos de classe, sindicatos e os facilitadores e dificultadores desse processo.

Foram criados diversos espaços institucionais de formulação como oficinas, seminários e reuniões técnicas, agregando técnicos da rede, dirigentes, consultores, visando construir e tornar consensual a proposta. Os fóruns democráticos de deliberação como: Conferências Municipais, reuniões do Orçamento Participativo, reuniões do Conselho Municipal de Saúde, dentre outros, também foram envolvidos. A seguir, descreveremos alguns desses espaços que demarcaram agendas importantes.

Em 19 e 20 de dezembro de 1994, foi realizado o I Seminário de Avaliação do Projeto Vida, envolvendo representantes das equipes locais (trabalhadores e gerentes), equipes distritais e

a equipe dirigente central, sob a coordenação do "LAPA/UNICAMP".

O objetivo do seminário foi fazer o triângulo de governo do Projeto. Assim, foram construídos coletivamente os painéis do projeto, da capacidade de governo e da governabilidade. Este seminário representou um momento importante de socialização do projeto, integrando os diversos atores presentes no seu cotidiano, assegurando-lhes a condição de formuladores e apontando avanços e limites.

Dentre as inúmeras dificuldades encontradas, destacam-se: o baixo entendimento da proposta por parte dos trabalhadores da rede, a não-participação na elaboração dos projetos, a desarticulação nos níveis diretivos na condução, levando, inclusive, a não tê-lo como prioridade no cotidiano institucional. Além daquelas operacionais, como: falta de estímulo dos profissionais, de remuneração justa e de capacitação técnica. O nó crítico assistencial foi identificado como sendo a dificuldade de acesso da população aos Centros de Saúde e a impossibilidade de se atender os casos agudos (SMSA/BH, 1994d).

Em janeiro de 1995, o II Seminário do Projeto Vida deu continuidade ao anterior, iniciando a construção do Plano de Ação do Projeto Vida. Utilizando-se o instrumental do Planejamento Estratégico Situacional (PES) foram selecionados os problemas, descritos e processados. O seminário produziu um conteúdo muito rico do ponto de vista das discussões e do elenco de ações propostas.

Em síntese, quanto à falta de estrutura da rede para atenção ao agudo e acolhimento das crianças, decidiu-se pela reorganização do processo de trabalho em saúde, enquanto processo contínuo para implementar o projeto. Para que as mudanças pudessem ocorrer com a adesão dos trabalhadores e para que a defesa da vida fosse adotada como lema das equipes, optou-se pela

construção coletiva da proposta com as equipes locais. Em relação à falta de integração com áreas da SMSA/BH e o pouco envolvimento da direção, foi proposto redefinir o papel do Departamento de Coordenação de Ações de Saúde (DCAS) e do Serviço de Atividades Assistenciais (SAA), pois percebeu-se que a implantação do projeto dependia da participação efetiva dos níveis diretivos na sua condução, intermediando a relação com a rede de serviços.

Assim, propôs-se a criação do Grupo de Condução do Projeto Vida (GCPV), composto por gerências intermediárias dos diferentes níveis, ficando o mesmo responsável pela coordenação e implantação do Projeto Vida na rede. Esse grupo de trabalho possibilitou o aumento da legitimidade do grupo junto às equipes distritais e locais e ainda maior integração, trazendo contribuições importantes das realidades vivenciadas pelas equipes nas unidades de saúde (SMSA/BH, 1995f).

Após a realização do seminário, o colegiado da SMSA/BH decidiu iniciar a discussão com as equipes do Distrito Sanitário Leste (DS Leste), visando provocar mudanças no processo de trabalho em saúde.

De todas as definições, a de maior conseqüência na mudança do processo de trabalho, foi a construção coletiva da proposta, junto às equipes locais, garantindo que, de fato, as mudanças pudessem ocorrer no cotidiano, estabelecendo uma nova relação de responsabilização e vínculo com os usuários.

Em julho de 1995, no Fórum Setorial da Saúde do Orçamento Participativo, foram definidas as prioridades de investimento da Prefeitura no setor. Este fórum reunia grande quantidade de lideranças do setor, assemelhando-se às Conferências Municipais de Saúde. Os projetos aprovados foram o Projeto Vida e a municipalização do Hospital Júlia Kubsticheck

(hospital estadual, localizado no DS Barreiro). O conteúdo do Projeto Vida aprovado implicava ações nos níveis primários (reorganizando a atenção à criança e mulher, atenção ao agudo), apoio diagnóstico e terapêutico, atenção secundária, com garantia de referência nas clínicas especializadas, e atenção terciária, com garantia de referência das gestantes nos casos de maternidade de alto e médio risco. A proposta apresentada defendia o incremento de 807 profissionais na rede. O recurso reivindicado era de R\$ 504.341,00, sendo R\$ 309.158,00 custeados pelo tesouro municipal.

Em consequência do Orçamento Participativo e após muitas discussões internas na prefeitura, foi finalmente definida a contratação de recursos humanos para o Projeto Vida, especialmente pediatras e enfermeiros, o que ocorreu em maior escala a partir de final de 1995 e início de 1996 (SMPL/BH, 1995; SMSA/BH, 1995b).

Em abril de 1996, ocorreu a V Conferência Municipal de Saúde, que representou um marco na compreensão dos usuários acerca da importância do Acolhimento. Travou-se grande polêmica e debates em plenário e, finalmente, a votação sobre a pertinência de se aprovar ou não o Acolhimento. Na época, o Sindicato dos Médicos encaminhou a proposta que não fosse aprovada a sua implantação naquele fórum, remetendo ao Conselho Municipal de Saúde a discussão. Os usuários defendiam a aprovação imediata, sendo então aprovada enquanto diretriz fundamental a implantação do Acolhimento, recomendando-se inclusive a ampliação para todas as unidades de saúde. Os textos que se referiram ao Projeto Vida nas resoluções da V Conferência foram: (SMSA/BH, 1996d)

- *"Garantir a ampliação do Acolhimento reconhecendo que é necessária a mudança do processo de trabalho das Unidades de Saúde, garantindo a melhoria do acesso,*

atendimento humanizado e os recursos humanos necessários para o trabalho multiprofissional com a discussão nos Conselhos.

- Resgate das equipes multiprofissionais para a realização das atividades de vigilância à saúde, propiciando o desenvolvimento das atividades propostas em cada situação específica.

- Ampliar o Acolhimento para todas as unidades de saúde buscando garantir o acesso humanizado e o atendimento e resolutividade das ações prestadas.

- Dar continuidade ao programa de combate à desnutrição, através da complementação alimentar e do programa de alimentação alternativa."

Ainda a respeito do Projeto Vida, a Conferência aprovou um outro elenco de resoluções que se referiam à assistência nos demais níveis (urgência e terciário).

- "Aprimorar o processo de avaliação da qualidade da assistência dos serviços de urgência e hospitalares.

- Organizar a referência das crianças internadas de modo a garantir e priorizar a assistência no centro de saúde responsável."

Na época era intenso o debate sobre a implantação do Projeto de Avaliação de Desempenho, que foi também referendado pela V Conferência.

- Referendar o Projeto de Avaliação de Desempenho da Saúde - PRÓ- SUS e formar comissão para acompanhar a tramitação do Projeto na Câmara (SMSA/BH, 1996d).

Como desdobramento da Conferência, o Conselho Municipal de Saúde realizou, em julho

de 1996, um debate sobre o Acolhimento em sua reunião ordinária, tendo aprofundado a discussão e aprovado o formato, bem como a necessidade do aprimoramento, no que se referia à constituição das equipes multiprofissionais, referenciamento, etc.

Além destes fóruns amplos, no cotidiano das comissões locais de saúde também ocorreram inúmeras discussões com os usuários, com o objetivo de oferecer mais esclarecimento sobre o projeto, mudanças de fluxo, etc.

4.6.2 Breve revisão sobre o uso de ferramentas na mudança do processo de trabalho

Os espaços coletivos discutidos anteriormente foram importantes na construção coletiva de uma nova abordagem na mudança do processo de trabalho em saúde. Possibilitaram a recriação de serviços e práticas que acolhessem os usuários, possibilitando a identificação dos seus "problemas de saúde", criando vínculos e se responsabilizando pela saúde destes. Produziram a mobilização de todo o conjunto de "opções tecnológicas" na direção da resolubilidade, buscando promover a saúde no plano individual e coletivo e contribuindo, efetivamente, para aumentar a autonomia do usuário no seu viver (MERHY, 1997b).

Intervenções como estas sobre o processo de trabalho em saúde, se pretendem operar mudanças no modo de trabalhar na área, passam necessariamente pela abordagem dos aspectos da micropolítica do trabalho em saúde, com vistas a tornar público o espaço e buscar novos sentidos e formatos.

Procurar ferramentas para operar sobre relações institucionais é uma tarefa árdua, implica "revelar o mundo", abrindo as "caixas pretas" da instituição. Trata-se de uma dinâmica processual, na qual os homens são ao mesmo tempo operadores, sujeitos e objetos dos trabalhos - intervenções. Estas ferramentas agem enquanto dispositivos que captam os ruídos, abrindo linhas

de fuga, ou possibilidades de questionamentos e saídas nos processos instituídos, reveladores dos interesses em disputa. Estes dispositivos estão marcados pelas distintas lógicas instituintes que operam no interior dos processos de trabalho em saúde, permitindo os ruídos sobre como se constituem as práticas de saúde, suas tecnologias, direcionalidade, modelos de gestão (MERHY & CHAKKOUR, 1997).

Uma intervenção institucional que vise promover mudanças no processo de trabalho em saúde é sempre complexa. Quando analisamos um centro de saúde, o conjunto de autogovernos em operação e o jogo de interesses organizados como forças sociais tornam a situação altamente complexa.

Assim, num processo de mudança, não basta possuir uma receita para a ação, deve-se dispor, além de várias e novas ações instrumentais, de capacidade de problematizar cabeças e interesses, sempre questionando situações que possam gerar processo de liberação do trabalho vivo, enfim das forças instituintes e criadoras.

O processo de trabalho em sua micropolítica encontra-se num cenário de disputa entre forças instituídas, fixadas pelo trabalho morto, e outras que operam no trabalho vivo em ato, que se encontram nos processos imaginários e desejantes. Esta criatividade permanente do trabalhador em ação, deve ser explorada, na dimensão pública e coletiva, para que sejam reinventados novos processos de trabalho ou mesmo para abri-los em novas dimensões não pensadas (MERHY, 1997b; BAREMBLIT, 1996).

Atuar nestes processos significa buscar novas possibilidades, isto torna-se possível na medida em que a escuta para os ruídos do cotidiano ocorre. O que possibilita abrir linhas de fuga do instituído. Caberia ao gestor desenvolver a capacidade de "escutar" estes ruídos, construindo

um processo de busca de entendimento e possibilitando a invenção de novas missões institucionais e novos sentidos para o processo de trabalho (MERHY, 1997b; BAREMBLIT, 1996).

As "ferramentas" de análise representam instrumentos para a intervenção na realidade do processo de trabalho, permitindo ajudar na busca de respostas e saídas sobre o fazer em saúde. Através destes instrumentos pode-se refletir sobre como é o dia-a-dia dos serviços. Representam novas possibilidades de ir além da informação rotineiramente produzida nos serviços: os dados, os indicadores epidemiológicos, as informações gerenciais e outras. Assim, estas ferramentas permitem extrair as distintas lógicas institucionais que atuam em um dado serviço, interrogar sobre o processo de trabalho em saúde, sobre a "captura do trabalho vivo em ato", sobre a privatização dos espaços públicos, dentre outros. Merhy & Chakkour (1997), exemplificam dois tipos de instrumentos, Fluxograma analisador e Rede de Petição e Compromisso, como tendo potência para analisar, interrogar o processo de trabalho, intervindo na sua micropolítica.

As ferramentas analisadoras devem ser capazes de fornecer os instrumentos ao conjunto dos trabalhadores para a gestão efetiva do seu processo de trabalho, permitindo revelar qualitativamente o modo de operar no seu cotidiano, os produtos e resultados alcançados, a finalidade daquele trabalho, bem como os princípios ético-políticos que comandam aquela ação (MERHY & CHAKKOUR, 1997).

Na construção desta proposta foram empregadas as ferramentas analisadoras discutidas por Merhy & Chakkour (1997), além de adaptar outras ferramentas do planejamento para o cotidiano da equipe de saúde, como: a definição do Plano de Ação, a introdução da Avaliação de Desempenho e os protocolos assistenciais, visando a construção de um novo desenho

organizacional para as unidades de saúde e para a gestão. Para tanto foi necessário operar mudanças no modo de trabalhar na área, abordando os aspectos micropolíticos deste processo, sem pretender negar a importância da macropolítica (MERHY, 1997b; CECÍLIO, 1994).

Partindo desses pressupostos, procurou-se empregar as ferramentas do Planejamento que pudessem impulsionar as mudanças no processo de implantação do Projeto Vida e, em especial, na mudança do processo de trabalho em saúde. A seguir abordaremos os processos vivenciados na rede pública municipal de Belo Horizonte, descrevendo inicialmente as metodologias adotadas e as ferramentas utilizadas.

4.6.3 Construção do texto do Projeto Vida

Diversos instrumentos foram recuperados, para facilitar as mudanças em curso, dentre eles o instrumental da Análise Institucional, que pressupõe que a sociedade esteja organizada por um conjunto aberto de instituições que operam segundo regras, normas explicitadas ou com pautas não explicitadas.

No caso das organizações de trabalho, devido à divisão técnica e social do trabalho, o coletivo da organização encontra-se alienado do trabalho. Propõe-se então, a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta, exaustivamente, em torno desses fenômenos e tome consciência de que só através de um amplo processo de reformulação da estrutura e do processo produtivo é que poderão ser encontradas as soluções. O objetivo último é proporcionar a auto-análise e a autogestão, eliminando situações de burocracia (BAREMBLIT, 1996).

Nesse momento específico tornou-se importante consolidar o grupo de dirigentes

intermediários e criar um processo de formulação, de produção de consenso, de quebra de alienação, despertando-o no seu potencial criativo, para que esse coletivo coeso pudesse formular proposta, estimular a rede, desatar a máquina pública, impulsionando-a.

No processo de construção coletiva cabia ainda unificar a proposta do Projeto Vida, que ainda se processava de forma diferenciada, cada qual apresentando "seu subtexto" contendo compreensões até mesmo distintas do que seria o "tal projeto". Assim, em oficina de trabalho, a primeira tarefa assumida pelo grupo foi tornar consensual os objetivos e alcances do projeto. O texto a seguir sintetiza o consenso construído (SMSA/BH, 1995d; 1994d):

"O Projeto Vida busca estabelecer um vínculo entre a equipe de saúde e a população, favorecendo o acesso aos serviços de saúde, através de um Acolhimento de qualidade em todos os níveis de assistência, com objetivo de melhorar a qualidade de vida.

Para isto, torna-se necessário estabelecer uma nova forma de trabalhar, de modo que a equipe, utilizando todo o seu potencial, se responsabilize pela saúde e seja referência para a população de sua área de abrangência.

A reorganização da assistência pressupõe uma articulação de todos os níveis, seja público ou privado, regulada pelo setor público, bem como articulação intersetorial, assegurando a qualidade da assistência prestada, para produzir impacto no perfil de morbi-mortalidade. Inicialmente esta reorganização priorizará a saúde da criança desde a opção pela concepção, acompanhamento do pré-natal, nascimento e vida.

Este processo deve garantir a participação de todos os níveis no processo de formulação, decisão e execução, e ainda desenvolver estratégias diferenciadas de acordo com cada realidade"

Esse movimento também procurou restituir outros significados ao trabalho ou à prática grupal, buscando o consenso mas também novas práticas. Após a explicitação deste consenso, foi possível trabalhar as expectativas do grupo e redefinir estratégias para formulação e implantação de novas ações. Para que essa construção coletiva pudesse ter consequência na vida real, deveriam ser criados mecanismos de alteração da micropolítica do processo de trabalho.

4.6.4 Construção da agenda política do grupo de condução do Projeto Vida: o Plano de Ação

Diante da compreensão de que o *Projeto Vida* poderia representar um poderoso dispositivo institucional com capacidade para influenciar o processo de trabalho das Unidades de Saúde e a reorganização do modelo assistencial, seria necessário aproximar os níveis de formulação, decisão e execução, rompendo as "velhas" estratégias normativas. Esse foi um ponto que a assessoria do LAPA enfatizou junto à equipe dirigente. Um passo importante nessa direção foi a constituição do Grupo de Condução do *Projeto Vida*, como ator dirigente, com capacidade de explicitar este projeto, buscando recursos para implementá-lo, definindo formas de ação, transformando-se num centro produtor de estratégias, compondo sua agenda de ações, de forma a aumentar sua governabilidade, permitindo a viabilização de grandes mudanças (MALTA, et al 1998b).

Com o objetivo de produzir elementos que pudessem capacitar o Grupo de Condução do

Projeto Vida, lançou-se mão de ferramentas do PES que pudessem ser facilitadoras do processo de "apreensão da realidade", desenvolvendo metodologias que dessem maiores oportunidades a um ator social ao fazer uma determinada aposta. Assim, trabalhou-se o desenho de um plano de ação, em torno de determinados projetos, que pudessem desenhar o futuro desejado e apontar o caminho a ser seguido.

A implementação de um plano de ação requer avaliação dos recursos necessários, o controle dos mesmos, a discussão da viabilidade do projeto e a análise dos fatores favoráveis e desfavoráveis, ou seja, a análise da governabilidade do gestor. É necessário entender a realidade como um processo dinâmico, sujeito a surpresas que podem alterar a "rota" pensada, ou que exija preparar-se para criar opções (CECÍLIO, 1997b).

A construção do Plano de Ação iniciou-se em dezembro de 1994, no I Seminário do Projeto Vida, quando da realização do Triângulo de Governo do projeto. Na época, de uma forma bem sucinta, foram identificados os problemas.

No II Seminário do Projeto Vida, procurou-se selecionar aqueles problemas finais, ao invés dos intermediários; e os quase-estruturados, ao invés dos estruturados, buscando caracterizá-los da forma mais precisa possível, empregando-se descritores para tentar quantificá-los ou qualificá-los. Para a explicação do problema, utilizou-se a metodologia do Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos (ZOPP), a "árvore de problemas" ou "espinha de peixe", descrevendo as causas ou explicações mais próximas do problema, que na verdade constituem outros problemas que, por sua vez, estão causando outros problemas (CECÍLIO, 1997b).

O plano foi então desenhado para provocar impacto sobre as causas mais importantes do problema ou os "nós críticos". As operações são conjunto de ações consumidoras de recursos,

sejam eles econômicos, de organização, de conhecimento ou poder. Para viabilizar o plano, foram definidos gerente ou responsável pela ação e os prazos (SMSA/BH, 1995d; CECÍLIO, 1997b).

Outro importante plano ou "agenda de ações" foi construído pelo Grupo de Condução do Projeto Vida. Essa agenda permitiu traçar detalhamentos e desdobramentos do primeiro plano.

Foram traçados os seguintes caminhos estratégicos para as intervenções necessárias: a) formular proposta para normatizar ações de assistência; b) viabilizar a mudança do processo de trabalho da equipe que atende à criança e à gestante; c) demandar ao Sistema de Informação e Epidemiologia, a sistematização da avaliação da atenção à criança e à gestante; d) integrar diversos setores e projetos; e) viabilizar referências e contra-referências como: maternidades, urgência/emergência, apoio diagnóstico e terapêutico, referência secundária, leito de risco e ambulância; f) sensibilizar a rede para a divulgação do projeto externa e internamente e g) viabilizar os indicadores do projeto como um dos itens básicos da avaliação de desempenho (SMSA/BH 1995c).

Foi construída uma *Planilha de Ações do Projeto Vida*, através da qual todas essas operações foram acompanhadas e monitoradas, visualizando passo a passo todos os progressos e dificuldades encontrados. Esse planejamento permitiu a gestão do plano, ou seja, permitiu definir responsáveis, prazos, estabelecendo um processo de monitoramento, avaliação de forma sistemática, prestação de contas e conversas frequentes entre os seus condutores (SMSA/BH, 1995c).

O processo de construção da agenda política do Grupo de Condução não só consolidou este ator político como possibilitou maior clareza dos passos a serem percorridos, subsidiando o lançamento de várias ações nos níveis distrital e local. Esse processo também permitiu aos

membros deste grupo visualizar a dimensão do projeto, mostrando a necessidade de sua articulação interna e externa com vários outros atores, extrapolando o espaço da gestão local para espaços de macropolíticas (SMSA/BH, 1995d ; MALTA, et al, 1998b).

A planilha serviu para divulgar e declarar as ações e tarefas colocadas, publicizando todos os passos num processo ampliado de monitoramento, além de declarar a agenda prioritária.

As questões interrogadoras da *Planilha de Ações do Projeto Vida* são apresentadas a seguir (SMSA/BH, 1995c).

QUADRO 1 - Modelo utilizado na Planilha de Ações do Projeto Vida

TAREFA Nº _____			
AVALIAÇÃO	AÇÃO 1	AÇÃO 2:	AÇÃO 3:
Correta/Incorreta			
Integralmente feita/ Parcialmente feita			
O que falta fazer ?			
Problemas que têm atrapalhado a ação			
Novas ações que devem ser realizadas			

Fonte (SMSA/BH, 1995c). *Planilha de Ações do Projeto Vida*

Conforme afirma Cecílio (1997b, p.167), o plano cumpre o papel de "colonizar a vida da

instituição", sendo importante a discussão em todos os níveis, de forma a envolver toda a organização. O autor discute ainda que essa prática pode superpor as velhas estruturas verticalizadas e fragmentadas, levando à sua reformatação estrutural.

Assim, os organogramas seriam sempre secundários ou caudatários à introdução de uma nova estrutura de funcionamento, centrada no alcance dos objetivos do plano estratégico. Dessa forma planejamento e gestão se fundem na "*Gestão Estratégica*" (CECÍLIO1997b).

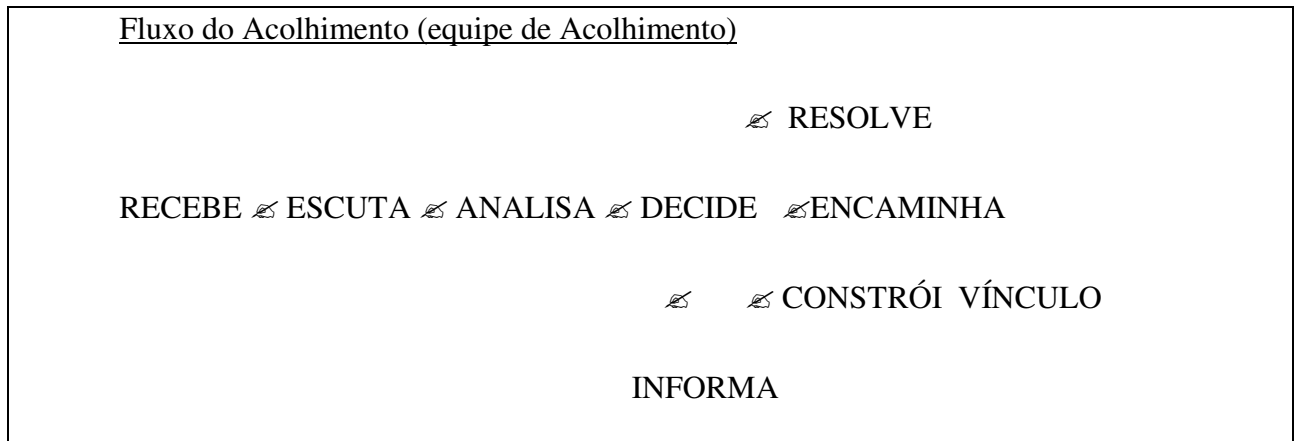
4.6.5 Construção do projeto para o distrito piloto

Os passos detalhados a seguir objetivaram a construção do entendimento e a busca de adesão para a implantação do Acolhimento no distrito piloto. O entendimento do grupo de condução de iniciar por um distrito piloto assentava-se no argumento de o aumento de mortalidade infantil ser preponderante no Distrito Leste, dadas as desigualdades em importantes áreas de risco da região. Aliava-se a esta questão a negociação ocorrida junto à Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) que previa a entrada inicial de recursos humanos de forma escalonada. Não havendo recurso suficiente para cobrir toda a cidade, optou-se, então, por repor pediatras no DS Leste inicialmente e, em seguida, negociar novas contratações de RH para os demais DS. Essa decisão acabou por dificultar a implantação e expansão para outros distritos, num primeiro momento, reforçando o argumento da direção dos distritos de que só iniciaria o processo mediante a reposição de pessoal. O que acabou por não se fazer em grande escala, em nenhum outro local.

O primeiro passo foi promover a discussão com a equipe do DS Leste, os gerentes da 15 (quinze) Unidades de Saúde, visando garantir a participação e buscando a adesão de todos os níveis no processo de formulação, decisão e execução. Foram realizadas várias oficinas, nas quais

se construiu a percepção sobre a proposta do *Acolhimento*. Em uma dessas, em junho de 1995, trabalhou-se sobre como seria o fluxo do *Acolhimento*. O painel construído foi:

QUADRO 2 - Painel do Fluxo do Acolhimento



Fonte: MALTA, et al.,1998b; SMSA/BH, 1995d

O fluxo construído pelo grupo expressava o *Acolhimento* como uma etapa do processo de trabalho, existindo uma entrada, percorrendo-se opções e uma saída. Construiu-se também o entendimento de que seria insuficiente o *Acolhimento* constituir somente uma etapa do processo de trabalho, o que tornaria necessário "mudar toda a postura da equipe", perpassando por todos os locais e momentos da Unidade. As oficinas avançaram no entendimento de que o *Acolhimento* deveria ser entendido e praticado como conteúdo, como um momento tecnológico importante que poderia imprimir qualidade nos serviços de saúde. O ato de escuta não seria um "ato de bondade" e sim um momento de "construção de transferência", requerendo a utilização do saber do trabalhador na construção de respostas às necessidades dos usuários (MALTA, et al.,1998b; SMSA/BH, 1995d)

O *Acolhimento*, ao colocar como estratégia para reconfigurar o processo de trabalho nas

unidades de saúde pretende: melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando a forma tradicional de entrada que se dá através das filas e pela ordem de chegada; humanizar as relações entre profissionais de saúde e usuários, em especial no que tange à forma de receber estes usuários e de escutar seus problemas e/ou demandas, numa abordagem que contemple não apenas a dimensão biológica, mas também a psicológica, a social e a cultural.

Partindo destes pressupostos, vislumbram-se alguns desafios: superar a prática arraigada na compreensão das respostas aos sofrimentos, na exclusividade da dimensão biológica, recolocando o direito das falas, ampliando a sensibilidade para a escuta e o leque das interpretações, numa perspectiva de interação cada vez mais humana, entre profissionais de saúde e usuários; superar a parcialização, a fragmentação dos saberes e práticas, construindo uma efetiva integração do trabalho em equipe, onde cada profissional se percebe enquanto co-autor das respostas dadas aos indivíduos e não mais um somatório de atividades desarticuladas das diversas categorias, sobre um "objeto" também parcial; reconfigurar o trabalho médico, de maneira a superar seu centralismo, de integrá-lo de fato no trabalho da equipe, tornando disponível o saber que lhe é inerente para um ganho na potência dos atos das demais categorias e um aumento da resolubilidade das ações e ao mesmo tempo, recuperar sua capacidade de interação e de estabelecimento de confiança; transformar o processo de trabalho da unidade, de forma a aumentar a capacidade de discriminar problemas, de identificar riscos/agravs e adequar respostas à complexidade dos problemas trazidos pelos usuários, potencializando as competências comuns e específicas, sem extrapolar aquelas inerentes ao exercício profissional de cada categoria; tornar a unidade um local de referência para atendimento à demanda espontânea, ao mesmo tempo que responsável pela ações de vigilância à saúde de uma população de um

determinado território. Ressalta-se aqui a necessidade de criação de estratégias mais definidoras da adscrição de clientela às equipes de saúde; conseguir explicitar e debater a proposta com a população, com o conjunto dos profissionais, com determinados atores políticos; ter a capacidade de enxergar os erros, processar continuamente os problemas, construindo cotidianamente esse novo "fazer em saúde".

Para facilitar a compreensão deste novo modelo, foram organizadas oficinas com o grupo de gerentes do DS Leste, nas quais foram abordadas as questões: Qual "a missão do Centro de Saúde" diante do *Projeto Vida*? E quais deveriam ser as ações realizadas na Unidade de Saúde para a implantação do *Acolhimento*? (SMSA/BH, 1995d; MALTA, et al.,1998b). O resultado da discussão de um dos grupos é apresentado a seguir:

a) Missão do CS

Responsabilizar-se pela saúde da população da área de abrangência.
--

b) Cardápio de atividades

A equipe decidiu-se pela reorganização das ações desenvolvidas, com vistas a facilitar o acesso, imprimir qualidade, garantir resolubilidade e vínculo, bem como destacar uma equipe de *Acolhimento* para ordenar o fluxo dentro e fora da Unidade com as funções de resolver, informar, encaminhar e articular.

Imaginou-se um Centro de Saúde em que haveria uma nova placa com os dizeres:

"Sob nova direção". Senhor usuário, reorganizamos nossa equipe para melhor atendê-lo. Temos uma equipe capacitada para recebê-lo, de 7 às 19 horas, e proporcionar a resposta mais adequada para o seu caso".

Na seqüência, eram listadas toda as atividades desenvolvidas pelo CS :

Consulta de pediatria, puericultura, recém-nascido de risco, intercorrências 0 a 12 anos, desnutrido, consulta de enfermagem, grupos operativos, dentre outras.

4.6.5.1 Plano de ação para as unidades do DS Leste

Posteriormente, teve início entre os gerentes do DS Leste, a elaboração de um plano de ação, para desencadear a discussão entre os trabalhadores de nível local. Pretendia-se ganhar a adesão da equipe e repensar a organização do processo de trabalho e sua gestão no nível das Unidades de Saúde.

Para conquistar a adesão dos trabalhadores, foram promovidas discussões sobre a missão da Unidade, sobre o papel desempenhado pelo trabalhador e sobre a explicitação dos objetivos e das ações do *Projeto Vida*, refletindo-se sobre a necessidade de mudança no processo de trabalho. Essa reflexão era feita a partir da análise de situações reais do cotidiano. Por exemplo, o fluxo da porta de entrada, dificuldades de acesso dos usuários, estudos de caso, vigilância ao óbito.

Os gerentes de nível local apropriaram-se da metodologia e desencadearam os seus projetos locais, muitas vezes contando com o apoio da equipe do DS Leste e do Grupo de Condução do *Projeto Vida*. O exemplo a seguir mostra como um dos gerentes planejou a sua ação (SMSA/BH, 1995d ; MALTA, et al.,1998b).

QUADRO 3 - Plano de ação para as unidades do DS Leste

<p>1° Momento : Explicitação do <i>Projeto Vida</i> e situação do projeto no Centro de Saúde</p> <p>_ Como você percebe sua participação no projeto?</p>
<p>2° Momento: Dinâmica de grupo que sensibilize a equipe para necessidade de mudar (perceber os problemas da atuação atual)</p> <p>_ Eventos sentinelas: (Óbito infantil e materno)</p>
<p>3° Momento: Refletir sobre a missão da equipe</p> <p>_ Analisar o processo de trabalho</p> <p>_ Propor mudanças necessárias</p> <p>_ Construir ações possíveis para a unidade</p> <p>_ Vídeo "Portas Abertas" é possível mudar</p>
<p>4° Momento: Estabelecer estratégias</p> <p>_ Acordo interno com a equipe e com a comunidade</p> <p>_ Articulações necessárias com a rede para aumentar a resolubilidade: ex: nível secundário, terciário, urgência, ambulância em todos os horários estabelecidos , etc.</p> <p>_ Estabelecer rotinas de avaliação do trabalho e indicadores.</p> <p>_ O que funcionou? O que não funcionou? Por quê?</p>

Fonte: SMSA/BH, 1995d; MALTA, et al.,1998b.

Todas essas etapas fizeram parte da estratégia para expandir a discussão em todos os níveis da organização, ou "colonizar a vida da instituição", ganhando adesão ao projeto e

formulando propostas coletivas (CECÍLIO, 1997b).

4.6.6 Outros instrumentos de intervenção

4.6.6.1 Rede de petição e compromisso

A rede de petição e compromisso caracteriza-se por ser uma rede de expectativas entre os atores, ou grupos que atuam no interior de um equipamento institucional e que controlam recursos e fins. Esses atores estabelecem "um contrato" entre si, definindo expectativas, metas, acordos mútuos. Esse processo expõe a dinâmica interna de prestador-consumidor dentro do equipamento, mas também pode ser discutido sob a ótica das expectativas na relação entre o serviço e o usuário final das práticas de saúde, interrogando assim sobre o serviço prestado.

Este instrumento tem a capacidade de publicizar as discussões, definir metas e melhorar a qualidade do serviço prestado. Pode ser montado um sistema de avaliação e controle, compartilhado pelo conjunto da equipe, com indicadores que considerem o "contrato", entre os diversos atores (governo, trabalhadores das diversas unidades etc). Desse modo, num processo coletivo, é possível realizar um "contrato" no interior das equipes e construir um "*pool*" de ações. Nesse contrato os atores vão declarar sua intenção. Assim, o ator governo, que possui um projeto político, deve definir os parâmetros utilizados para a avaliação desse projeto. A equipe da unidade define os produtos e os resultados que esta unidade vai criar dentro do projeto.

A rede de petição e compromisso é utilizada, enquanto um instrumento gerencial, para auxiliar os diversos atores no estabelecimento de "contratos", na definição de intencionalidades e no monitoramento de resultados, definindo claramente as atribuições entre os diversos níveis (MERHY, 1997b; MERHY & CHAKKOUR, 1997; MALTA et al., 1998b).

A rede de petição e compromisso foi utilizada como mais um instrumento gerencial, auxiliando os diversos atores no estabelecimento de "contratos", na definição de intencionalidade e no monitoramento de resultados. Foi colocada em prática nos Distritos Sanitários Leste, Centro Sul, Barreiro e outros, sempre no sentido de selar compromissos e definir claramente as atribuições entre os diversos níveis. Caracterizou-se como um importante instrumento, principalmente no estabelecimento de pactos entre a direção distrital e a gerência local (SMSA/BH, 1995d).

4.6.6.2 Fluxograma analisador

Através desta ferramenta, torna-se possível refletir sobre como é o trabalho no dia-a-dia dos serviços: quem trabalha, o que faz, para que, por que, como, a quem e como serve.

O fluxograma consiste num diagrama, em que se desenha um certo modo de organizar os processos de trabalho que se vinculam entre si e em torno de uma certa cadeia de produção.

Alguns dos símbolos utilizados são padronizados universalmente. Por exemplo, o desenho de uma elipse mostra tanto o começo quanto o fim de uma cadeia produtiva, é a representação da entrada e da saída do processo global de produção. Um retângulo mostra os momentos nos quais se realizam as etapas de trabalho importantes na cadeia produtiva, como o consumo de recursos e a produção de produtos bem definidos. Um losango representa momentos de enfrentamento e de tomada de decisão (MERHY, 1997b).

O diagrama permite representar o que ocorre em qualquer serviço de saúde, esquematizando, de uma forma básica, todos os processos chaves que ocorrem e caracterizam

determinado serviço. Isso ocorre particularmente nos serviços de saúde ligados a um trabalho diretamente assistencial, tanto nas intervenções individuais como nas coletivas. Ele permite ainda a abertura de novas questões, conforme as interrogações que lhe sejam feitas, revelando um processo reflexivo e acumulativo. Constitui, pois, um instrumento que implica reconstruir os fluxogramas reais que os usuários percorrem, fotografando as entradas no processo, as etapas percorridas, as saídas e resultados alcançados, permitindo, dessa forma, a análise de caso. O que significa atravessá-lo pelo olhar analisador e perguntar a este processo fotográfico as questões que interessam, tanto do ponto de vista do usuário quanto do ponto de vista do projeto. É suficiente o estudo de um dia de trabalho para se visualizar a sua composição (MERHY, 1997b; MALTA et al., 1998b).

O fluxograma significa, então, uma ferramenta para reflexão da equipe, permitindo o acordo entre as pessoas para rever o processo de trabalho e gerando a possibilidade do olhar analisador.

Ao discutir o fluxograma, a equipe se coloca em situação de análise, de modo crítico e público, operando um movimento de busca de alternativas.

O fluxograma pode também mostrar, em determinados momentos, interesses distintos a respeito do modo de governar a instituição, ou ainda, identificar uma "situação problema", permitindo-se, através da discussão dessas situações, conhecer o seu cotidiano, interrogando-o. Ou seja, coloca-se o coletivo da unidade "em situação", permitindo nas equipes um "olhar analisador", um olhar armado para analisar a realidade. Os trabalhadores, então, se tornam sujeitos para criar a "carta de opções" que os serviços podem oferecer, a partir da análise permanente do cotidiano (MERHY & CHAKKOUR, 1997).

A fim de facilitar a compreensão dos diversos atores sobre o cotidiano das Unidades de Saúde no "seu fazer diário", a assessoria propôs aplicar o Fluxograma Analisador nas unidades.

O fluxograma tornou-se uma ferramenta para reflexão da equipe, permitindo rever o processo de trabalho, mostrando, em determinados momentos, interesses distintos quanto ao modo de governar a instituição. Esse instrumento foi utilizado no DS Leste e nos demais, enquanto um instrumento gerencial que visava desvendar o cotidiano das unidades, servindo também para a reflexão das equipes acerca do seu cotidiano. Foi extremamente útil, servindo para descortinar diversas situações, bem como auxiliar no planejamento das equipes. A **FIG. 1** demonstra um fluxograma desenhado pelo Centro Saúde Taquaril (DS leste), em maio de 1996 (SMSA/BH, 1995d).

Neste caso específico a equipe pôde discutir diversas questões, como, por exemplo, o índice da demanda de usuários da própria área de abrangência (87,5%). Constatou-se ser pequeno o número de residentes de outros municípios (0,4%) que buscavam atendimento naquela unidade, o que se justifica pela própria localização geográfica da região, distante de outras localidades. Nas outras unidades, a média de atendimento de outros municípios era de cerca de 11%, segundo dados da SMSA/BH (SMSA/BH, 1994 e 1996).

Do total de 277 demandantes no dia, o motivo da procura da unidade era, na grande maioria, para consulta médica, principalmente em pediatria - 65 (23%), seguido de clínica médica - 21 (7,6%). Chama atenção ainda a procura pela farmácia - 50 (18%), mesmo antes da prescrição ter sido feita pelos médicos da unidade. A demanda por consultas de especialidade também era grande - 16 (5,7%), já que o agendamento era feito no próprio centro de saúde. Um dado negativo que merece destaque consiste na pequena procura pela psicologia - 1 (0,36%). Do total de

demandantes, 18 (6,75%) não foram atendidos. Dos produtos ofertados, a farmácia atendeu totalmente 28,7%, parcialmente 27,7% e não atendeu 44,6%. Outro foco de não-atendimento foi a consulta especializada, 81,25% não foram atendidos. A sala de vacina atendeu 100% dos que demandaram, 22 por procura direta e outros 11 gerados durante o processo assistencial da unidade. A pediatria acabou por atender 100% da demanda (62 atendimentos), gerando 48,4% de retornos. A clínica só atendeu 57% do demandado (12/21), além de gerar 50% de retornos.

A discussão apontou o grande estrangulamento na clínica médica. Só existia 1 profissional, além do grande número de retornos de hipertensos. Este fato levou o grupo a optar pela criação de um grupo de hipertensos, possibilitando a inserção de outros profissionais na assistência e a ampliação da oferta ao usuário. Isso decorreu da discussão sobre o limite da clínica, e da não-existência do acolhimento do adulto (SMSA/BH, 1995d).

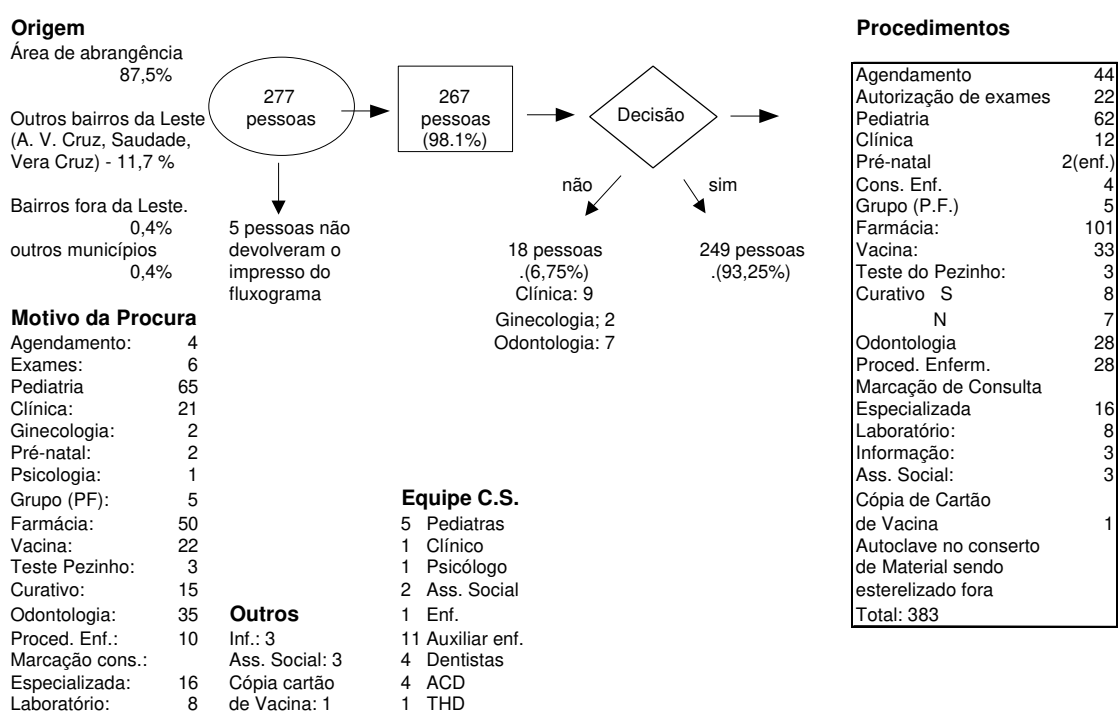
Esse é apenas um exemplo de como este instrumento pode funcionar, facilitando discussões sobre o cotidiano e gerando mudanças. Este instrumento foi utilizado em quase todos os centros de saúde da rede, como "motivador" e desencadeador da discussão.

Os instrumentos metodológicos foram sendo utilizados com as equipes distritais e locais. Os resultados desse processo foram interferindo no cotidiano das unidades, produzindo modificações nas realidades, permitindo repensar seu processo de trabalho. Esse foi um movimento em cadeia, permitindo a apropriação da proposta de mudança pelos trabalhadores da rede. Ocorreram experiências diversas, algumas inovadoras, outras mais tímidas. Um fator que foi importante neste processo, determinando a potência dessas experiências, foi a intervenção do gestor distrital e local. Onde a gerência estava de fato convencida do projeto, a sua implantação foi facilitada, quando não, constituiu um complicador. Outros fatores foram também decisivos,

dentre eles, o processo de capacitação e, principalmente, a Avaliação de Desempenho (MALTA et al., 1998b).

FIGURA 1

FLUXOGRAMA CENTRO DE SAÚDE TAQUARIL -



4.6.6.3 Elaboração de protocolos e capacitação das equipes

A capacitação em serviço é sempre algo complexo, cercado de discussões e controvérsias. O Projeto Vida não fugiu à regra. Logo em 1994, foi realizado um curso sobre ações básicas em saúde, com carga horária de 80 horas, envolvendo todos os pediatras e enfermeiros da rede. O curso foi ministrado na Faculdade de Medicina, pelos professores do Departamento de Pediatria. Se por um lado significou uma reciclagem de grande valor técnico, por outro estava descolado dos princípios do projeto em implantação, bem como da realidade dos centros de saúde. Evidenciaram-se os contrastes entre a atualização em novas tecnologias e terapêuticas adotadas pela Academia e os limites do cotidiano no setor público. Serviu, entretanto, como marco afirmativo, demarcando a prioridade institucional (MAGALHÃES, 1998).

O curso gerou também a reflexão sobre a necessidade de repensar as estratégias de capacitação, envolvendo conteúdos do cotidiano, reciclando os auxiliares de enfermagem, rediscutindo condutas clínicas, revendo a atuação de toda a equipe diretamente ligada à assistência. Surgiu, então, a demanda pela capacitação das equipes, pela definição de atribuições entre as categorias, bem como pela padronização de condutas assistenciais.

Em 1995, iniciou-se uma discussão conduzida por um grupo multidisciplinar, formado por técnicos da rede e do nível central. Esse trabalho contou também com a participação de professores da Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), envolvendo também o Comitê de Padronização de Medicamentos da rede. Foram padronizados temas como Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento da Criança e Prematuro, Diarréias, Parasitoses, Doenças Respiratórias, Acompanhamento do Pré-Natal, dentre outros.

Embora o conteúdo técnico dos protocolos esteja nos textos dos livros didáticos, o avanço deve-se ao processo de formulação sob a ótica da intervenção multiprofissional, legitimando a inserção de toda a equipe na assistência, a definição de competências profissionais, a humanização do atendimento, a identificação de risco por todos os profissionais, a definição de prioridades, a padronização de medicamentos, enfim a qualificação da assistência. Esses protocolos resultaram em avanços, possibilitando a capacitação técnica dos vários profissionais em serviço (SMSA/BH, 1995d).

O processo de capacitação das equipes deu-se de forma diferenciada, entre os diversos distritos, a partir de 1995. Alguns optaram por seminários envolvendo as equipes de atenção à mulher e à criança das diversas unidades, outros trabalharam com discussões na própria Unidade de Serviço. Não se tem um registro centralizado de todo este processo, dificultando análises comparativas e da sua extensão. Em alguns locais o processo foi mais estruturado, em outros, menos, mas de uma forma geral permitiu uma melhor qualificação das equipes, embora ainda tenha sido insuficiente. Possibilitou também a iniciativa das unidades.

Ocorreram algumas produções de protocolos e rotinas, discutidas e produzidas nas próprias unidades, como no CS Santa Lúcia, onde a equipe processou as orientações recebidas no protocolo da SMSA/BH e discutiu outra versão, dentro da realidade local, definindo atribuições por profissionais, fluxos, etc (SMSA/BH, 1995d, SMSA/BH, 1995e).

O protocolo técnico de assistência à criança e à gestante introduziu mudanças não só nas práticas assistenciais, mas também no processo de trabalho de algumas categorias, especialmente a das enfermeiras. Historicamente, nas unidades, elas estavam ligadas aos atos administrativos e de supervisão e o protocolo passou a lidar com outra lógica, inserindo-as

diretamente na assistência, inclusive com prescrição medicamentosa. O papel da auxiliar também foi revisto, incluindo-a enquanto agente que avalia risco, encaminha, tendo parte ativa na atenção. A atuação do médico também foi revista, pois o protocolo orientava escolhas terapêuticas, dosagens, papéis de outros profissionais, intercalava consultas rotineiras de pré-natal e puericultura, entre médicos e enfermeiras, etc. Estes temas "fervilharam" nas unidades, com posições apaixonadas de ambos os lados (SMSA/BH, 1995d).

O grupo de condução do Projeto Vida avaliou como estratégico encaminhar ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN) cópia do protocolo técnico e também travou amplo debate sobre o tema. Em março de 1996, o COREN convocou reunião de diretoria e o aprovou. Em ofício de maio de 1997 a presidente do COREN se refere da seguinte forma ao documento (COREN 1996; COREN, 1997):

"(..) os conteúdos pertinentes à padronização de condutas e demais procedimentos estabelecidos no Projeto Vida, eis que à época da sua elaboração, consoantes documentos que nos foram submetidos para análise, desta Autarquia mereceu ele total acolhida, aplausos até, eis que à comunidade desta cidade estaria sendo ofertado um aprimorado trabalho de imensurável qualidade e do qual a população não pode prescindir".

Uma das limitações deste processo refere-se ao fato de ter centrado sua ênfase na criança e na mulher, não tendo conseguido responder à demanda crescente da clínica, tanto de capacitação quanto de abordagem do adulto na recepção da unidade e protocolos assistenciais, o que só foi desencadeado de forma mais sistemática e coordenado pela direção da Secretaria

em 1997.

Merece destaque, nas ocorrências de 1996, a capacitação no tema doenças respiratórias. Esse fato motivou a realização de uma proposta de intervenção no Distrito Sanitário Oeste, tendo como eixo o acompanhamento dos egressos hospitalares pelas equipes locais. Estas se responsabilizavam tanto pelos cuidados com as crianças e sua vinculação aos Centros de Saúde, quanto pela utilização de novas tecnologias (medicamentos inalatórios, espaçadores) e definição de protocolos para encaminhamentos para os demais níveis de assistência. O treinamento foi dado pela Faculdade de Medicina da UFMG (Departamento de Pediatria), visando à capacitação dos profissionais - pediatras e equipes de enfermagem. Vale lembrar que, naquele momento, a ênfase estava em uma determinada subespecialidade (pneumologia pediátrica) e não, em cuidados gerais. O objetivo era abordar um problema de difícil intervenção com os conhecimentos disponíveis na rede. Posteriormente detalharemos esse processo (SMSA/BH, 1996b; SMSA/BH 1997e).

4.6.6.4 A Avaliação de Desempenho

Outro processo de grande importância foi a implantação do Projeto de Avaliação de Desempenho (O PRÓ-SUS). O mesmo foi implantado em julho de 1996, tendo percorrido antes um longo caminho na discussão interna sobre indicadores e metas. Foram realizados inúmeros seminários internos, com representação de todos os trabalhadores dos níveis local, distrital e central. Uma dificuldade a ser vencida foi a sua aprovação no interior da Prefeitura (convencimento do prefeito e área econômica) e na Câmara, mas veio a se tornar um importante instrumento de gestão, permitindo, ao gestor, estabelecer prioridades como o Projeto Vida e Acolhimento.

A avaliação teve como referência o desempenho da equipe e o pagamento do prêmio pelo desempenho foi condicionado ao alcance das metas definidas coletivamente. Esse processo levou a uma intensa formulação de indicadores e metas que permitiram medir os resultados das ações. A construção dos indicadores e das planilhas de avaliação propiciou um grande avanço na implementação do *Projeto Vida* e do Acolhimento, catalisando a rede assistencial. Por outro lado, levou a uma compreensão excessivamente normativa, engessando alguns processos e levando a dificuldades operacionais (SANTOS et al, 1998).

A sua descontinuidade, em janeiro de 1997, trouxe sérios problemas à rede, tanto do ponto de vista do preenchimento dos instrumentos quanto do ponto de vista assistencial.

A Avaliação de Desempenho constitui uma estratégia de gestão que, aplicada à uma remuneração básica, visa estimular a equipe de trabalho, possibilitando o alcance de objetivos organizacionais. O incentivo é realizado através dos resultados alcançados pela equipe e não pelo desempenho individual do trabalhador individualmente, guardando coerência com a natureza do trabalho coletivo.

Sendo a remuneração monetária o fator motivador mais preciso do trabalhador, cria-se um mecanismo de remuneração que se estabelece a partir de um patamar de remuneração, não se incorporando ao vencimento ou salário do servidor (FEKETE, 1999).

A Avaliação de Desempenho pode facilitar a consolidação de um determinado modelo assistencial, sendo um instrumento de gestão a partir do estabelecimento de metas, do acompanhamento e avaliação dos resultados. Isso contribui para motivar os trabalhadores e tornar consensual determinado modelo.

Os avanços do incentivo relacionam-se à pactuação coletiva em torno de determinado

projeto, à construção coletiva de indicadores, ao estabelecimento de metas, à avaliação dos processos, à motivação dos trabalhadores, ao aprofundamento de reflexões sobre o cotidiano dos serviços e suas contradições. Possibilita aos vários atores a explicitação dos seus projetos individuais e coletivos para o setor Saúde, permitindo o debate público dos espaços privados de trabalho, enfim, constitui potente dispositivo de mudança do processo de trabalho (MALTA et al., 1998b).

A forma de remuneração idêntica a todos trabalhadores no mesmo cargo, independentemente do seu desempenho, praticada pelo serviço público, acaba por premiar aqueles que não se esforçam. Por outro lado, pagar por produtividade individual estimula a produção de atos desnecessários ou sem conexão com o objetivo final do serviço (CAMPOS, 1997b).

Entretanto, até por ser uma prática nova, as discussões e opiniões sobre o tema são distintas. Kohn (1991), citado por Fekete (1999), levanta alguns pontos negativos em relação aos incentivos, como: a) têm efeito temporário, promovendo mudanças comportamentais apenas quando presentes; b) pagar não implica melhores resultados; c) os prêmios estimulariam a competição entre os trabalhadores; d) limitam as soluções criativas, pois direcionariam as ações apenas ao cumprimento das metas; e) podem ter caráter punitivo para aqueles que não alcançam os resultados esperados; f) a sua implementação requer a instituição de mecanismos de controle que acabam por limitar a criatividade.

4.6.6.4.1 A implantação em Belo Horizonte

Após longa discussão com a rede, a SMSA/BH implantou, em junho de 1996, o seu Projeto de Avaliação de Desempenho - PRÓ-SUS - com o objetivo de que se retomasse um

instrumento de gestão a partir do acompanhamento e da avaliação dos resultados alcançados. A avaliação teve como referência o desempenho da equipe e o pagamento do prêmio foi condicionado ao alcance das metas definidas coletivamente. O prêmio de incentivo de desempenho não se incorporou ao vencimento ou salário do servidor (MALTA et al., 1998b).

O Projeto de Avaliação de Desempenho foi implantado em 156 unidades ambulatoriais da SMSA/BH (incluindo unidades básicas, de referência e de apoio diagnóstico), envolvendo 7.800 trabalhadores de diferentes vínculos, sob a gestão da SMSA/BH, durante o ano de 1996. Foram desenvolvidas várias etapas até a sua implantação. A primeira consistiu na análise de projetos de lei dos municípios que executavam pagamentos diferenciados para seus trabalhadores com vínculos diferentes, o que se deu através de discussões internas até a elaboração do projeto de lei que instituiu a Avaliação de Desempenho da SMSA/BH.

Outro momento foi a constituição de um grupo diretivo de condução do processo, abrangendo coordenações do Sistema de Informação, Recursos Humanos, Departamentos de Coordenação de Ações de Saúde e Epidemiologia. A partir dos projetos assistenciais definidos como prioritários pela SMSA e realizados em seu âmbito, foram elaborados indicadores que permitissem avaliar as atividades executadas a partir dos problemas existentes. O Projeto Vida e o Acolhimento foram definidos pelo grupo dirigente como prioritários, cabendo à Avaliação de Desempenho valorizar a prioridade institucional.

Outro momento do percurso foi a elaboração dos indicadores, iniciada com a discussão sobre como viabilizá-los, contemplando instrumentos de coleta de dados, fluxos e processamentos de informações. Essa etapa foi realizada pelas áreas técnicas da SMSA/BH,

através de inúmeros seminários com as equipes locais e dos distritos sanitários. Nesses seminários, deliberou-se sobre todos os indicadores incluídos na planilha. Inicialmente os distritos e centros de saúde construíram sua própria planilha a partir da planilha geral de indicadores. Após o 2º prêmio, houve uniformização sobre quais os indicadores que deveriam estar em todas as planilhas, ou seja, definiu-se um mínimo de indicadores, tendo a unidade a possibilidade de optar pelo acréscimo de outros indicadores da planilha geral (SANTOS et al., 1998).

Quanto às metas, partiu-se inicialmente da série histórica da própria unidade, abrangendo uma avaliação de capacidade operacional. Diversos indicadores não possuíam série histórica, foram feitas, então, estimativas a partir de levantamentos e registros executados nos próprios prontuários e instrumentos existentes nas Unidades de Saúde. Tanto os indicadores a serem utilizados quanto as metas foram acordados em seminários distritais, envolvendo trabalhadores, população (conselhos distritais) e nível diretivo (SANTOS et al., 1998).

A elaboração de metas norteou-se por uma perspectiva produzida em um momento de pactuação envolvendo todos os atores. Os diversos níveis diretivos tiveram que se relacionar com uma situação que exigiu grande habilidade de negociação para que o processo pudesse se viabilizar. Este momento exigiu o encontro de experiências distintas: os conselheiros de saúde se aproximaram, pela primeira vez, de discussões mais aprofundadas sobre processos de avaliação; os níveis gerenciais das unidades tiveram de estreitar suas relações com suas respectivas equipes exigindo da equipe distrital uma ação bem mais integrada com os diversos serviços. Outras situações também envolveram intensa negociação, como a discussão interna com as áreas econômicas da Prefeitura e a tramitação na Câmara Municipal (SANTOS et al.,

1998).

Para a implantação da avaliação de desempenho nos projetos considerados prioritários pela SMSA/BH, foi necessário construir instrumentos específicos de coleta de dados para as áreas da mulher, da criança e do Acolhimento (**ANEXO 1**). Esses instrumentos permitiram uma avaliação bastante minuciosa das ações desenvolvidas pela rede, inclusive o detalhamento de cada atendimento realizado pelo profissional. Os dados passaram a ser coletados através de um cartão de leitura ótica (boleta), criado especificamente para atender a esta necessidade. A leitura do instrumento passou a ser realizada nos Distritos Sanitários. Foi desenvolvido o Sistema de Informação de Avaliação de Desempenho (SADE), de forma a permitir um processamento mais rápido e um acompanhamento periódico de todo o processo. O SADE passou a articular diversos sistemas informatizados existentes na Secretaria: SIA/SUS, Sistema Informatizado de Gerenciamento de Recursos Humanos - SIGRHS, boletas, calculando o valor dos indicadores e enviando dados para o pagamento. Além de possibilitar a emissão de relatórios de acompanhamento para as unidades básicas e relatórios gerenciais para os níveis distrital e central (SANTOS et al., 1998).

Outro processo construído coletivamente foi a instalação de comitês, compostos por trabalhadores do nível diretivo distrital e pela população (representantes dos usuários dos conselhos de saúde). Estes comitês participaram do processo de definição de metas e se tornaram instâncias de recursos das equipes, quando do não-cumprimento de metas previamente pactuadas (danificação de equipamentos, licença por doença de funcionários, outros) que interferiam na execução das atividades propostas (SANTOS et al., 1998).

Esse movimento exigiu ampla discussão, apropriação e questionamentos das diretrizes

do projeto com a rede. Também possibilitou que os vários atores explicitassem seus projetos individuais e coletivos para o setor Saúde, permitindo o debate público dos espaços privados de trabalho. Por exemplo: agendas lotadas com retornos desnecessários, socialização dos conhecimentos e discussões em torno das decisões tomadas. Além disso, permitiu que níveis gerenciais das diversas unidades se apropriassem do que efetivamente ocorria com a rede no processo assistencial, permitindo espaços para questionamentos e redirecionamentos de ações. Diante da distância existente entre os níveis diretivos e as equipes locais na discussão dos projetos, este processo também facilitou a socialização de projetos de forma mais efetiva com a integração das equipes. Ao mesmo tempo, facilitou a compreensão da gravidade dos problemas gerenciais que perpassavam toda a Secretaria como baixa produtividade, não-utilização de indicadores prioritários, absenteísmos, altas taxas de retornos e desconhecimento dos resultados pelas gerências. Todo esse movimento contribuiu na publicização das ações cotidianas e, muitas vezes, estimulou e precipitou decisões gerenciais (MALTA et al, 1998b.; SANTOS et al., 1998).

No processo de definição de metas e de seu acompanhamento, observou-se que as equipes passaram a se apropriar da sua realidade, conhecendo-a e montando estratégias específicas para conseguir atingir suas metas. Para isso, tornou-se necessário organizar melhor o serviço, homogeneizar as atividades desenvolvidas pelas diversas Unidades de Saúde, resultando em responsabilização dos trabalhadores em relação às suas atividades e em maior aproximação / vínculo da população com as unidades. Com o processo, tornou-se possível obter e utilizar a informação produzida pelos serviços de maneira sistemática e coletiva.

A implantação da Avaliação de Desempenho possibilitou o acompanhamento periódico e sistemático das ações desenvolvidas. A existência de relatórios gerenciais

permitiu correções e redirecionamentos mais ágeis. Tudo isso resultou na apropriação e utilização da informação pela instituição e numa preocupação com a qualidade da informação produzida, que passou a ser mais utilizada não somente nos níveis diretivos para o processo de decisão e intervenção, mas também nos centros de saúde (SANTOS et al., 1998).

Por outro lado, também surgiram problemas de natureza diversa. Um deles foi o esforço para alcançar metas, quando essas eram muito altas, fazendo com que as equipes tivessem que trabalhar em ritmo acelerado; outro foi a excessiva preocupação por parte dos trabalhadores, com a questão do prêmio. Em alguns distritos, houve muita dificuldade na formulação de acordos entre níveis diretivos e trabalhadores.

O processo foi vivenciado de forma complexa e, às vezes, contraditória pelas diversas equipes. No que se refere ao Projeto Vida, se por um lado representou grande avanço na sua implementação por outro lado levou a uma compreensão excessivamente normativa, engessando alguns processos e levando a dificuldades operacionais, principalmente na implementação dos protocolos de assistência. Alguns indicadores que consideravam populações de área de abrangência passaram a significar uma restrição ao acesso de usuários residentes fora da área, reforçando o equívoco de "cerca" entre as unidades.

Outro problema foi a dificuldade de contemplar, nas planilhas de metas, a diversidade das Unidades de Saúde envolvendo, por exemplo, composição quantitativa e qualitativa das equipes e perfis epidemiológicos das áreas de abrangência. Este processo de reflexão levantou a necessidade de se rever e flexibilizar alguns pontos dos protocolos, bem como alguns indicadores e metas (MALTA et al., 1998b; SANTOS et al., 1998).

A experiência de implantação da proposta de avaliação de desempenho em Belo

Horizonte demonstra, na prática, as dificuldades na operacionalização da proposta descrita por Campos (1997b p.240), quando refere as dificuldades na definição dos indicadores: "a começar pela definição das planilhas de indicadores, que quase sempre são construídas nos estratos superiores de direção", e acabam por levar a "ruídos ensurdecedores", quando na sua implementação. A grande questão não seria provocar ruídos, mas não canalizar estes ruídos para ampliar a capacidade de auto-análise e autogestão.

A experiência de Belo Horizonte procurou construir e definir os indicadores de forma coletiva, ampliando os espaços de definição dos indicadores e metas, mas mesmo assim foram produzidos "ruídos ensurdecedores", em virtude de a avaliação de desempenho ser extremamente mobilizadora, dinamizando a rede e forçando um novo ritmo.

Campos (1997b) ainda se refere a outra dificuldade relacionada ao conjunto de indicadores selecionados, que nunca consegue refletir integralmente os objetivos de um certo modelo.

"Assim particularmente quando há retribuição financeira conforme se comportam os indicadores, haveria o risco de substituir-se um padrão de alienação por outro. Se não há adesão prévia dos trabalhadores, se não tem um modo adequado de "responsabilizar-se", pode acontecer de eles deslocarem, no processo de trabalho, a centralidade usualmente focada em procedimentos parciais, para dirigi-la à soma de pontos estipulada pelos indicadores. E o tão sonhado envolvimento autônomo das equipes com a integralidade com que os problemas de saúde se apresentam, pode não acontecer" (CAMPOS, 1997b p.240).

Campos (1997b) continua sua reflexão, afirmando que, sem dúvida, este expediente

aumenta em muito a governabilidade na gestão de recursos humanos, facilitando a implementação de projetos. Entretanto, a aposta na produção de "sujeitos", na redefinição dos padrões de alienação e de responsabilização das equipes pode ficar comprometida. Ele questiona ainda se esta decisão passaria pela constatação de que:

"os interesses e a força corporativa de algumas categorias (médicos, por exemplo) os tornariam mais resistentes a qualquer projeto em defesa da vida mais conseqüente?. (...) O quanto haveria de preconceito em todas estas considerações? Preconceito em relação à utilização deliberada da circulação de dinheiro como máquina produtora de subjetividade?" (CAMPOS, 1997b p.241).

Já Cecílio (1997a), em relação à experiência de três anos de implantação da avaliação e desempenho no Hospital Público Municipal de Volta Redonda, afirma que a planilha de indicadores é indutora de novas práticas, ou seja, acaba por introduzir novos problemas nas agendas das equipes, alterando o processo de trabalho. Assim, novos indicadores vão sendo criados na medida em que ocorre um processo de avaliação contínuo na instituição. A planilha acaba por se tornar um disparador de conversações e um reforço na criação na cultura de responsabilidades e de uma postura mais ética diante dos usuários e dos outros membros da equipe. Cecílio (1997a) conclui que: *"A planilha, neste sentido, cria transparência onde havia opacidade. A planilha revela."*

Sem dúvida, o processo de implantação do Projeto de Avaliação de Desempenho representou uma experiência por vezes paradoxal. Possibilitou inúmeros avanços como o aprofundamento de reflexões sobre o cotidiano dos serviços, a construção coletiva dos indicadores e metas, a apropriação de dados e resultados do desempenho por local de

trabalho, a publicização dos mesmos, a explicitação pelo ator governo das diretrizes institucionais pactuando com os trabalhadores os indicadores e a garantia da inclusão de indicadores relativos ao Projeto Vida e ao Acolhimento na planilha de avaliação.

O processo, por ter sido muito dinâmico, envolveu a rede, introduziu processos de avaliação e debates constantes sobre resultados e desempenho. Por outro lado, propiciou contradições, como priorização de ações pontuadas pela planilha, desativação de outras, práticas sobre exclusão de usuários por "área de abrangência" e, quando da interrupção do prêmio em 1997, tomou-se por prática, na grande maioria das unidades, o não preenchimento dos formulários e das boletas, identificadas como do SADE. Com isso perdeu-se a confiabilidade do sistema de registro. Assim os registros de busca ativa, visita domiciliar aos desnutridos faltosos, vigilância à mortalidade infantil caíram significativamente. Ocorreu paralelamente queda no monitoramento e desmotivação da rede, que também contribuíram na redução das ações e no desempenho dos indicadores. Tornou-se muito difícil acompanhar o desempenho da rede pelos instrumentos do SADE, que foram após 1998, substituídos por outro sistema de registro.

Evidentemente cabem críticas à condução do processo pela direção SMSA, dentre elas o peso financeiro que representou ao gestor, sobretudo pela falta de um planejamento de mais longo prazo, o que levou a dificuldades na sua manutenção, o processo implantado de maneira rápida, sem maturação suficiente do processo, a inclusão de grande número de servidores simultaneamente, dentre outros. Entretanto, o maior problema foi a sua descontinuidade (MALTA, et al., 1998b; SANTOS et al., 1998).

5 - Análise dos marcadores propostos

"Minha mãe achava estudo

A coisa mais fina do mundo.

Não é.

A coisa mais fina do mundo é sentimento".

Adélia Prado (1999, p.118)

Conforme descrito na metodologia, iremos analisar o Projeto Vida e o Acolhimento conforme os seguintes marcadores-analisadores: financiamento, acesso, eficácia, publicização, novas tecnologias de trabalho e sustentabilidade do projeto. Cada um dos próximos tópicos deverá conter uma breve revisão dos principais aspectos a serem investigados e a descrição da metodologia utilizada, identificando fontes pesquisadas, documentos, interrogadores e indicadores adotados, e a descrição dos resultados com uma breve conclusão sobre cada marcador utilizado.

5.1 O financiamento

O tema do financiamento demarca a intencionalidade do gestor, a aplicação dos recursos em saúde, como e onde aplicar, definindo uma luta por interesses conflitantes; daí a importância de incluí-lo como referencial de avaliação dos modelos de atenção. Torna-se importante avaliar o gasto em saúde conjuntamente com outros referenciais como

universalização, integralidade e equidade. Essas características irão identificar a intencionalidade na produção de políticas públicas de saúde universais, que consigam redistribuir as riquezas em função do seu compromisso com a vida.

5.1.1 Interrogadores e indicadores empregados

No presente estudo cabe investigar os seguintes aspectos: O SUS/BH alterou o financiamento e o gasto do sistema? Houve aumento do investimento através de recursos municipais? Produziu maior comprometimento da riqueza social em benefício da vida? Alterou a relação entre gasto hospitalar e ambulatorial? Qual o investimento realizado nos projetos estudados?

Para responder aos interrogadores colocados, iremos trabalhar com os seguintes indicadores:

- Evolução dos Recursos do Orçamento do Tesouro (ROT) no financiamento do SUS em BH
- Evolução do gasto ambulatorial e hospitalar
- Evolução do gasto com pessoal
- Evolução dos recursos aplicados na compra de medicamentos
- Gastos efetivados especificamente com o Projeto Vida e com o Acolhimento

Os documentos pesquisados foram os relatórios produzidos pela SMSA/BH - Relatório de Atividades, Relatório Financeiro, informes técnicos e estudos publicados.

5.1.2 O Financiamento do SUS em Belo Horizonte

Historicamente a participação dos recursos federais no gasto público em saúde tem

vido superior a 70%. A partir de 1993, com a descentralização, os gastos estaduais apresentaram tendência à diminuição e os municipais reforçaram a tendência de crescimento (FJP, 1998).

Em Belo Horizonte, observou-se comportamento similar, com evolução crescente dos recursos municipais no custeio da Saúde. Este crescimento se deu em percentual e em valores absolutos, saindo de uma participação de 8,7% dos Recursos Orçamentários do Tesouro em 1992 e passando, na gestão 93-96, para uma média anual de 12,4% (SANTOS, 1998).

É importante destacar que, em 1996, após negociação com o Conselho Municipal de Saúde, o Fundo Municipal de Saúde assumiu parcela da folha de pagamentos, o que diminuiu o investimento próprio municipal (8,84%). Essa situação foi revertida no ano seguinte, retornando ao Tesouro Municipal a folha de pagamentos da Saúde, o que significou um aumento percentual na participação dos gastos municipais de 19,8% em 1997.

Os Recursos do Orçamento do Tesouro (ROT), oriundos da Prefeitura, são empregados em Belo Horizonte na rede própria, especialmente com custeio de pessoal, manutenção e expansão da rede física própria. A maior parte dos recursos, especialmente o repasse federal, é gasta com a chamada rede contratada, ambulatorial e hospitalar, que complementa as ações de saúde da rede pública própria do município. Vale lembrar que os gastos do repasse ocorrem mediante serviços prestados, pagamento por procedimentos.

A **TAB. 1** mostra a evolução dos gastos em Saúde, em Belo Horizonte, entre 1993 e 1997, segundo as transferências Federais e ROT. O governo estadual pagava apenas parte da folha de pagamentos dos servidores estaduais, por isso não foi relacionado na **TAB. 1**, bem como o montante de recursos advindos do governo Federal através dos convênios como

AID'S, imunização, zoonoses, etc.

O aumento da arrecadação própria, como prestador, ou seja, os recursos repassados ao Fundo Municipal de Saúde pelo governo Federal, em função dos serviços prestados pela própria secretaria, evoluíram de U\$ 432 mil/mês, em 1992, para U\$ 2,2 milhões em 1996. Esse aumento deveu-se à grande expansão de serviços ocorrida no período (CAMPOS, 1998).

TABELA 1 - Evolução dos gastos em Saúde em Belo Horizonte entre 1993 e 1997, segundo as transferências Federais e Recursos do Orçamento do Tesouro (ROT)

Ano	Recursos do Orçamento do Tesouro (ROT)		Transferências Federais
	Total anual*	% do ROT para a Saúde**	
1993	28.252.100,00***	13,09	11.462.32,00 ****
1994	39.111.260,15****	14,05	49.521.031,00 *****
1995	65.442.715,07	13,87	208.600.425,10
1996	45.056.704,00	8,84	247.674.468,09
1997	107.825.965,26	19,81	284.692.692,02

Fonte: SMSA/BH (1996e) Ações Desenvolvidas 1993-1995; SMSA/BH (1994, 1995) Relatório de Atividades de 1994 e 1995; SMSA/BH, Relatório de Gestão, 1996.

* Inclui Transferências, pagamento da folha de pagamento SMSA/BH, HMOB, reforma e construção de unidades de saúde

** Percentual calculado a partir da arrecadação de receita de impostos e transferências

*** Valores corrigidos para Real

**** Inclui apenas fatura própria (SMSA/BH)

***** Dado produzido, somando-se a fatura própria até outubro de 1994 com a transferência da Semiplena (nov. e dez. de 1994)

OBS: As transferências estaduais não foram relacionadas por serem residuais no período. Não foram relacionadas também as despesas do Estado e da União com funcionários estaduais e federais nem os repasses de convênios.

5.1.2.1 Evolução do gasto ambulatorial e hospitalar

Em 1994, a SMSA/BH assumiu a Gestão Semiplena e os recursos oriundos da União, na sua totalidade, passaram a ser geridos pelo Município. Antes dessa data o Município geria apenas o que recebia da sua produção ambulatorial. Saiu, portanto, da condição de mero prestador de serviços ao governo federal para a condição de gestor do Sistema Municipal de Saúde. Para responder a esta tarefa foram instituídos mecanismos de controle e avaliação da rede de serviços públicos contratados e conveniados ao SUS/BH. Para a otimização do trabalho, optou-se por um processo de informatização que resultou na implantação da Central de Marcação de Consultas, da Central de Internação, e na informatização da Alta Complexidade.

Outro passo importante foi a participação da SMSA/BH na construção do Sistema Cooperado de Saúde, em parceria com outras dez secretarias municipais, visando a uma solução integrada para a informatização da rede nos níveis central, distrital e local. Essas estratégias visaram facilitar o acesso aos serviços ofertados; priorizar o atendimento segundo a gravidade de cada caso; fiscalizar e acompanhar o desempenho dos prestadores; responder às demandas de estudos epidemiológicos; construir banco de dados para avaliar a qualidade dos serviços e a morbidade hospitalar, bem como acompanhar os custos e oferecer *feedback* à rede ambulatorial (SANTOS, 1998).

Um dos resultados desta ação, segundo Santos (1998), foi a inversão dos gastos ambulatoriais em relação aos hospitalares que, antes da municipalização do controle e avaliação em 1994, eram da ordem de 50%. Em 1995, o crescimento do gasto ambulatorial elevou-se a 59,4%, ficando os gastos hospitalares em 40,6% do total dos recursos. Em 1996,

esta relação inverteu-se, ficando 53,3% para os gastos ambulatoriais e 46,7% para os gastos hospitalares (TAB. 2).

TABELA 2 - Evolução dos gastos ambulatoriais e hospitalares em Belo Horizonte – novembro/1994, novembro/1995 e novembro/1996.

Gastos	Novembro/1994 (*)		Novembro/1995		Novembro/1996	
	Total	%	Total	%	Total	%
Hospitalares	9. 209. 916,00	50, 4	6. 916. 959,00	40, 6	8.183.514,00	46,7
Ambulatoriais	9. 056. 000,00	49, 6	10. 119. 885,00	59, 4	9.344.753,00	53,3
Totais	18. 265. 916,00	100	17. 036. 844,00	100	17.528.267,00	100

Fonte: SANTOS, 1998

(*) Valor do teto financeiro de Belo Horizonte para a entrada na Gestão Semiplena.

Valores correntes em R\$ 1,00

5.1.2.2 Evolução do gasto com pessoal

Ocorreu, no período, um aumento dos postos de trabalho do quadro próprio de 47,8%, bem como no quadro de contratações terceirizadas de mais de 1800%, ambos financiados com recursos próprios, o que será detalhado no próximo capítulo (TAB. 6). Esse aumento real resultou em um maior comprometimento de recursos financeiros, conforme descrito na TAB. 3. O gasto, em 1993, foi em torno de 15 milhões de reais, aumentando em 1995 após a entrada dos servidores concursados de 1994. Em 1996 foi concedido reajuste salarial escalonado de até 70% aos médicos, além da incorporação de novos concursados em 1996, o que foi refletir na folha de pagamentos de 1997. Com o maior ingresso de recursos humanos ocorreu o

aumento da prestação de serviços. A despesa com a folha de pagamento de pessoal era paga pelo Tesouro Municipal.

TABELA 3 - Evolução dos recursos aplicados no pagamento de servidores do quadro próprio e no pagamento de terceirizados, 1993 a 1997

Ano	Gastos folha pagamento do quadro próprio*	Gastos pagamento Terceirizados***	Contrato Administrativo
1993	15.913.213,96		-
1994	20.100.085,08		-
1995	54.055.000,00 ****	6.237.111,64	-
1996	54.502.000,00 ****	9.482.128,30	-
1997	106.841.000,00 ****	12.808.710,16	2.002.552,32

Fonte: - 1993 e 1994: Relatório de gestão (SMSA/BH, 1994);

1995 - 1997 Relatórios do Sistema de Informação Sobre Orçamento Público - SIOPS (SMSA/BH, 1995, 1996, 1997);

Gastos com terceirizados e contrato administrativo 1995 - 1997: Relatório de Atividades (SMSA/BH, 1995, 1996, 1997) e dados estimados pelo Departamento Administrativo e Financeiro/SMSA/PBH.

* Não inclui pagamento de complementação aos servidores do Estado, nem HMOB.

** Valores correntes em R\$ 1,00.

*** Inclui serviços de limpeza, vigilância, administrativos, consultoria e zoonoses.

**** Inclui valores com encargos.

5.1.2.3 Evolução dos recursos aplicados na compra de medicamentos

Um outro indicador da evolução do financiamento foram os recursos aplicados em medicamentos para assegurar a expansão dos serviços no período.

A evolução dos recursos aplicados, no período, na compra de medicamentos mostrou ampliação importante. Isso se explica tanto pelo maior investimento do município na área

quanto por um recuo do gasto do governo Federal na política de medicamentos.

Houve uma reorganização da Assistência Farmacêutica, que começou pela definição dos fármacos componentes da lista básica, reformulação do processo de compras, implantação do sistema de licitação por registro de preços e chegou à criação das farmácias distritais, que permitiram estabelecer os processos de armazenamento, de controle de estoque, de qualidade e de dispensação de medicamentos. O gasto realizado na área é um bom indicador de investimento municipal, já que esse investimento não tem cobertura na tabela do SUS (COSTA VAL, 1998). Na **TAB. 4** pode-se acompanhar essa evolução, mostrando o aumento do investimento nessa área que saiu de U\$270.000, em 1982, e chegou a aumentar acima de 1000% nos anos seguintes.

TABELA 4 - Evolução dos gastos na compra de medicamentos pela SMSA/BH, 1992 a 1997

Anos	Valores em U\$S	%
1992	270.000	100%
1993	2.700.000	1000%
1994	4.575.727	16947%
1995	4.229.197	1566%
1996	3.939.416	1459%
1997	5.064.735	1494%

Fonte: (SMSA/BH, 1996e) Ações Desenvolvidas, 1993-1995; (SMSA/BH, 1997c) - Relatório de Assistência Terapêutica/DCAS

Valores correntes em U\$ 1,00

Em maio de 1997, o Governo Federal extinguiu a CEME (Central de Medicamentos), órgão regulador da produção e distribuição de medicamentos essenciais no Brasil. Até aquele momento a CEME repassava a Belo Horizonte cerca de R\$ 3 milhões/ano em fármacos. Após esse período, o município passou a arcar quase integralmente com os custos. Ficou sob a responsabilidade do Ministério da Saúde apenas a manutenção dos medicamentos destinados aos programas de Tuberculose, Hanseníase, AIDS (só os anti-retrovirais), Hemoderivados, Diabetes e Endemias. O fornecimento de todos os outros medicamentos essenciais passou a ser responsabilidade dos municípios, tornando-se necessário, então, o crescimento do investimento próprio na área.

Apesar do investimento, o setor teve crescente demanda de recursos devido à elevação constante do preço dos medicamentos. Especialmente porque essa situação levou aos centros de saúde não somente os usuários da rede própria, mas também outros oriundos do setor privado (hospitais, planos de saúde, clínicas), sugerindo que outro tipo de clientela (classe média), passou a procurar os serviços em busca de medicamentos.

Uma pesquisa de demanda de medicamentos realizada em 1997, entre 14.424 usuários atendidos, mostrou que 2.101 (15%) eram procedentes de outros municípios e o restante, ou seja, 12.323 (85%) eram residentes em Belo Horizonte. Esses dados revelam a migração de clientela de outros municípios vizinhos para a cidade, em função da disponibilidade de medicamentos (SMSA/BH, 1997c).

Outro fator que levou ao aumento do gasto com medicamentos foi a incorporação de novas demandas em consequência da melhoria da qualidade da lista padronizada. Os novos

itens foram incluídos visando à implementação de novos programas (“Doenças Respiratórias”- asma, “Saúde da Mulher” - terapia de reposição hormonal, novos antibióticos, Saúde Mental, outros), cujo objetivo era aumentar a resolutividade dos serviços.

5.1.2.4 Gastos efetivados especificamente com o Projeto Vida e com o Acolhimento

Quanto ao gasto específico com o Projeto Vida e o Acolhimento, é difícil fazer a distinção, já que não havia, na época, programação orçamentária específica por projeto, portanto não há como apurar o custo individualizado por atividade. Tomamos como base estudo feito em julho de 1997, levantando-se o custo aproximado da atenção à criança na rede própria e internações pagas à rede conveniada. O estudo é único, não havendo como comparar com estudos anteriores, e contém valores aproximados. Os gastos aproximados foram informados por técnicos das diversas atividades, o que pode ter gerado problemas metodológicos na apuração do custo que levem a informações parciais.

A composição dos gastos no ano foi a seguinte: recursos humanos (gasto em folha com pediatras e auxiliares de enfermagem); medicamentos específicos à população infantil, e ao programa de doenças respiratórias, apurados através das dosagens pediátricas (suspensão, gotas, xaropes); compra de leite e óleo para o programa de combate à desnutrição; convênios, como a Pastoral da Criança; Programa de Doenças Respiratórias, incluindo a capacitação da rede, consultoria, compra de espaçadores; convênios para construção de leitos de risco; pagamento do teste do pezinho; imunização, dentre outros (**TAB. 5**).

TABELA 5 - Gastos aproximados efetivados especificamente com o Projeto Vida e o Acolhimento, julho de 1997.

Itens de Gasto *	Número de procedimentos	Gasto anual
Recursos Humanos		
Pediatras	414	8.040.000,00
Auxiliares de enfermagem	1.654	9.936.000,00
Medicamentos	—	414.911,96
Internações pediátricas (março/97)	4.697/mês	16.784.400,00
Ampliação de leitos de risco	23 leitos (1996)**	100.000,00
Imunização***	—	1.062.000,00
Teste do Pezinho	564.000 exames/ano ****	3.000.000,00
Programa de Desnutrição	—	880.000,00
Convênios Pastoral da criança	—	66.000,00
Programa Doença Respiratória	—	132.000,00
Total	—	40.415.311,00

Fonte: (SMSA/BH, 1997d) - Projeto Vida, uma prioridade de governo.

* Refere-se à compra do 1º semestre de 1997.

** Repasse referente à convênio com Santa Casa de Misericórdia.

*** Refere-se à manutenção da rotina, divulgação, campanhas, imunoglobulina anti-RH.

**** Incluindo exames para detecção de erros inatos do metabolismo, para o interior e para Belo Horizonte, no teto do município.

Observa-se que, mesmo diante da dificuldade operacional na obtenção do dado, conseguiu-se apurar um comprometimento em torno de 40,4 milhões de reais ou 10% do total investido anualmente na saúde. Os cálculos são aproximados e não incluem, por exemplo, o gasto na urgência, no apoio laboratorial, no alto custo, na compra de insumos (material de

enfermagem, limpeza, material médico, odontológico), gasto com outros profissionais, etc. Portanto não podemos nos referir ao custo global do projeto e sim ao que foi possível apurar. Mesmo assim foi um comprometimento importante e que, sem dúvida, se ampliou nos quatro anos em função do aumento de investimentos em itens como recursos humanos, medicamentos imunização e pela inclusão de itens de gasto anteriormente inexistentes como: leitos de risco, teste do pezinho, convênio com Pastoral da criança e programas dirigidos às doenças respiratórias e à desnutrição. Essas evidências nos permitem concluir que houve maior comprometimento orçamentário com os projetos em análise no período.

5.1.3 Considerações sobre o financiamento do SUS/BH

A evolução do financiamento do SUS/BH demonstra que houve uma importante alteração nos recursos investidos. Ampliou-se, de fato, o gasto do sistema através de: investimentos municipais, devido ao aumento do investimento do Recurso do Orçamento do Tesouro (ROT), aumento do recurso federal aplicado pela entrada do município na gestão Semiplena, aumento da fatura própria em consequência do aumento da produção de serviços, melhora do registro e do faturamento.

Cabe ressaltar ainda o aumento do gasto ambulatorial, retirando-se de recursos hospitalares, o que foi impulsionado pelo desenvolvimento do Controle e Avaliação no sentido de fiscalizar e acompanhar o desempenho dos prestadores, reduzindo fraudes, além de incrementar a rede ambulatorial pública. Foram ampliados serviços e entre eles tomamos como indicadores: a incorporação de recursos humanos, o aumento na folha de pagamentos e o aumento na compra de medicamentos.

Já nos referimos à inexistência de uma programação orçamentária específica por

projeto, no período em análise, e à conseqüente dificuldade de avaliação dos gastos com o Projeto Vida e Acolhimento. Mas, mesmo diante dessa limitação, observou-se expansão de gastos, conforme descrito anteriormente, o que produziu um maior comprometimento da riqueza social com a vida e com as políticas públicas em saúde.

5.2 Acesso

Segundo a visão de autores considerados clássicos, como Donabedian (1990), a acessibilidade, ou acesso a ações e serviços, é considerada como um dos componentes principais da qualidade da atenção. É conceituada como a "*capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente*".

Existem dois aspectos da acessibilidade a serem distinguidos: o sócio-organizacional e o geográfico. Estão incluídos nos aspectos sócio-organizacionais os atributos referentes aos recursos e à organização que podem dificultar os esforços do cliente em obter cuidado. Entretanto a disponibilidade dos serviços e recursos em si não implica o acesso, mas sim, o fato da utilização dos mesmos (ACÚRCIO, 1995).

5.2.1 Interrogadores e indicadores empregados

No presente estudo, torna-se importante investigar os seguintes aspectos da ação analisada: Houve aumento da capacidade instalada? Recursos Humanos: aumentou o número, a qualificação? Qual a cobertura? Universalizou a atenção? Atende aos usuários? Incorporou outras necessidades ou selecionou aquelas de maior impacto?

Para responder a essas questões lançou-se mão de indicadores de estrutura que se referem aos atributos materiais e organizacionais sob os quais o cuidado é oferecido, como: recursos humanos, rede física, além de indicadores de processo como a cobertura de consulta ambulatorial. Os indicadores usados são:

- Evolução da rede de serviços própria e contratada.
- Incorporação de Recursos Humanos.

- Capacitação da força de trabalho.
- Evolução da oferta de serviços ambulatoriais próprios.
- Cobertura de consultas médicas aos residentes.
- Incorporação de outras necessidades em saúde.

5.2.1.1 Evolução da rede de serviços própria e contratada

Em 1992, a rede física da SMSA/BH contava com 118 (cento e dezoito) Centros de Saúde (90 próprios e 28 municipalizados), 6 (seis) Postos de Atendimento Médico (PAM), 30 (trinta) pequenos laboratórios (a maioria localizada nos Centros de Saúde), Saúde Bucal instalada em 194 (cento e noventa e quatro escolas) e em 43 (quarenta e três) Centros de Saúde, um Hospital Municipal com cerca de cem leitos, um Laboratório Central e dois Laboratórios Distritais. Quase 50% dos Centros de Saúde eram sediados em casas alugadas ou cedidas, com área física inadequada (SMSA/BH, 1996f; VASCONCELOS, 1997).

Quanto à rede hospitalar, de acordo com os relatórios, Belo Horizonte possuía uma rede hospitalar pública, contratada e conveniada ao SUS que dispunha de 10.925 leitos, distribuídos em 68 hospitais (54 privados e 14 públicos). Deste total de leitos, cerca de 77% eram privados e dos públicos apenas 1,7% eram municipais (referentes ao Hospital Municipal Odilon Behrens - HMOB - com 116 leitos). Além disso, dos 2.512 leitos públicos, apenas 50% estavam ativados. Em 1992, o município não tinha nenhum controle sobre as AIH que estavam sob a responsabilidade da SES, o mesmo ocorrendo com relação às urgências e emergências (SMSA/BH, 1996f; VASCONCELOS, 1997).

Ao final de 1996, a rede própria municipal passou a ser constituída de: 126 (cento e

vinte e seis) Centros de Saúde, (**FIG. 2**), 6 (seis) Unidades de Referência Especializada, 4 (quatro) Unidades de Urgência, 1 (um) Hospital Municipal (HMOB) com 200 leitos, 6 (seis) grandes laboratórios, 4 (quatro) Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), um serviço de Referência para AIDS e um Centro de Apoio Sorológico para AIDS. A assistência odontológica era prestada por serviços montados em 86 (oitenta e seis) Centros de Saúde, 3 (três) policlínicas, 158 (cento e cinquenta e oito) escolas, 15 (quinze) sindicatos e 2 (duas) unidades instaladas em faculdades Pontifícia Universidade Católica (PUC) e UFMG (SANTOS, 1998).

A rede conveniada era constituída por cerca de 405 (quatrocentos e cinco) prestadores ambulatoriais, incluindo serviços de apoio diagnóstico oferecido por 16 (dezesseis) laboratórios de Patologia Clínica, 22 (vinte e dois) serviços de Radiologia, 20 (vinte) de Fisioterapia, 16 (dezesseis) de Endoscopia e 11 (onze) de Citopatologia, além de outros serviços ambulatoriais de alta e média complexidade. A rede de referência terciária era composta de 55 (cinquenta e cinco) hospitais que ofertavam 7.832 (sete mil, oitocentos e trinta e dois) leitos. Para o atendimento aos serviços de diagnose de alta complexidade, o SUS/BH contava com 13 hospitais, 05 unidades ambulatoriais e 05 bancos de sangue. A **FIG. 3** mostra a divisão do município em Distritos Sanitários e a distribuição dos hospitais em Belo Horizonte (SANTOS, 1998).

Nesses 4 (quatro) anos houve uma expansão da rede de serviços, crescendo o número de CS, unidades especializadas, centros de referências e serviços de urgência. A rede conveniada passou a ser gerida pelo serviço público e ocorreu uma redução importante de hospitais conveniados e leitos disponíveis, em parte resultante do maior controle público.

5.2.1.2 Incorporação de Recursos Humanos

A evolução do quadro de Recursos Humanos no SUS em Belo Horizonte, no período em estudo, mostra o importante aumento da força de trabalho no período. O número de postos de trabalho em dezembro de 1992 era de 6.432, ampliando para 9.685 em fevereiro de 1997, representando um acréscimo de 50,2% (**TAB. 6**).

Cabe esclarecer que os dados referem-se ao total de postos de trabalho, ou seja o número de vagas existentes, ou o número de contratos, não correspondendo ao número de servidores, já que um servidor pode acumular até dois postos de trabalho, quando sua jornada é estendida e o mesmo passa a receber um adicional pela extensão de jornada, modalidade essa implantada no período.

Esse aumento justifica-se tanto pelo ingresso de RH através dos concursos realizados no período (1994 e 1996), o que resultou no acréscimo de 47,8% de postos de trabalho do quadro próprio, quanto pelas contratações realizadas através de terceirizados. Esta última modalidade aumentou no período em mais de 1800%, em função dos contratos da Zoonoses (combates a endemias e epidemia de dengue) e quadros administrativos para as Centrais de Consultas e Internação (**TAB. 6**).

Ocorreu uma redução significativa da participação do Estado e da União na contratação de RH, motivada pelas aposentadorias, exonerações e Programas de Demissão Voluntária (PDV), sem a correspondente reposição. Assim, no período, a força de trabalho do Estado caiu em 20,5% e da União, em 18,5%. Esses fatores acarretaram uma participação crescente do município no custeio de pessoal, tanto através de recursos da folha de pagamentos quanto através de contratos terceirizados (**TAB. 6**).

TABELA 6 - Evolução do quadro de Recursos Humanos no SUS Belo Horizonte, dezembro de 1992 e fevereiro de 1997.

Vínculo Administrativo	Postos de Trabalho em dezembro de 1992 *		Postos de Trabalho em fevereiro de 1997 **		Mudança no período
	Número	%	Número	%	%
Municipal ***	3.756	58,3	5.553	57,3	+ 47,8
Estadual Municipalizado	1.368	21,3	1.087	11,2	- 20,5
Federal Municipalizado	1.188	18,5	969	10,0	- 18,5
Terceirizados ****	95	1,5	1.784	18,4	+ 1877,8
Outros Vínculos *****	25	0,4	292	3,0	+ 1168,00
Total	6.432	100,0	9.685	100,0	+ 50,2

Fonte: (SMSA/BH, 1999d). Relatório de RH. Coordenadoria de RH/SMSA.

* Dezembro de 1992 (planilha manual). Coordenadoria de RH/SMSA

** Fevereiro de 1997 (Sistema de Informação de RH). Coordenadoria de RH/SMSA, correspondendo a postos de trabalho da SMSA em dezembro de 1996.

*** Inclui regime CLT, Estatutário, servidores do HMOB municipalizados. Os servidores do HMOB lotados no próprio Hospital não foram totalizados

**** Inclui agentes sanitários, vigilantes, telefonistas, faxineiros, administrativos

***** Inclui Fundações, Universidades e outras secretarias

Dados comparativos entre as categorias profissionais dos servidores municipais, obtidos junto à Secretaria Municipal de Administração (SMAD), mostram que houve pequena redução do número de dentistas 342 (1992) para 335 (1996); aumento do número de médicos, 807 (1992) para 909 (1996); pequeno aumento dos técnicos de nível superior (enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos etc.) 521 (1992), para 592 (1992); aumento do número de auxiliares de nível elementar, 1.612 (1992) para 2.207 (1992); discreto crescimento de auxiliares de nível médio 262 (1992), para 281 (1992). Esses dados referem-se aos números de servidores municipais do quadro próprio, na ativa, não sendo computados aqueles servidores com

vínculos com o estado, a união e terceirizados, além de não se referir a postos de trabalho (SMAD, 2000). Portanto, os dados diferem daqueles apresentados na **TAB. 7**, que trazem dados da Coordenadoria de Recursos Humanos da SMSA/BH, correspondentes a postos de trabalho e não a número de servidores existentes, em fevereiro de 1997. Não existem dados de 1992, na Coordenadoria de Recursos Humanos, referentes ao número de postos de trabalho distribuídos por categoria, portanto apresentaremos apenas os dados referentes a fevereiro de 1997.

A **TAB. 7** mostra a distribuição percentual dos postos de trabalho em saúde da SMSA/BH em algumas categorias profissionais. Observa-se um predomínio da categoria médica (18,2%) entre as demais categorias de nível superior e um desequilíbrio do número de médicos em relação aos auxiliares de saúde (1440/1702). Esta relação em parte se explica pela incorporação dos PAM'S (ex-INAMPS), onde havia grande concentração de médicos (clínicas básicas e especialistas).

TABELA 7 - Distribuição dos postos de trabalho em saúde da SMSA/BH, segundo algumas categorias profissionais, fevereiro de 1997.

Categoria	Número absoluto *	Percentual
Nível superior		
Médico	1.440	18,2
Dentista	532	6,7
Farmacêutico/bioquímico	217	2,7
Enfermeiro	556	7,0
Assistente Social	171	2,2
Psicólogo	154	1,9
Outros	115	1,5
Nível médio		
Técnicos de saúde	509	6,4
Nível elementar		
Auxiliar de enfermagem	1.702	21,5
Atendente consultório dentário	342	4,3
Outros	920	11,6
Total	7.901	100,0

Fonte: (SMSA/BH, 1999d). Relatório de RH. Coordenadoria de RH/SMSA/BH.

* Exclui terceirizados (1784) e servidores do HMOB, (cerca de 2000).

Entre os médicos havia uma grande concentração de pediatras (25,8%), fato que explica inclusive a maior cobertura de consultas para as crianças na rede própria e a crescente pressão por consultas na clínica médica. Apesar de a oferta de vagas nos concursos públicos ser grande na clínica, ao longo dos anos a entrada e manutenção de pediatras na rede foi maior, gerando esse desequilíbrio, o que em parte se explica por questões de mercado (menor disponibilidade de clínicos) e pela maior contratação de pediatras para o Projeto Vida, em 1994 e 1996, agravando a distorção. Das 1526 nomeações do concurso de 1994, 445 foram

de médicos, sendo que desses, 176 eram pediatras, 101 clínicos e 63 ginecologistas (SMSA, 1999d). Os especialistas, na sua grande maioria oriundos dos PAM'S (ex-INAMPS), sofreram redução progressiva, com as aposentadorias, exonerações e não-reposição do total de postos perdidos (TAB. 8).

TABELA 8 - Distribuição dos postos de trabalho médico na SMSA/BH, segundo algumas especialidades médicas, fevereiro de 1997.

Especialidade	Número absoluto *	Percentual
Pediatria	371	25,8
Clínica Médica	264	18,3
Obstetrícia/ginecologia	170	11,8
Psiquiatria	63	4,4
Setor administrativo/gerenciamento	240	16,7
Outras especialidades	332	23,0
Total	1.440	100,0

Fonte: (SMSA/BH, 1999d). Relatório de RH. Coordenadoria de RH/SMSA/BH.

A força de trabalho na rede municipal, em fevereiro de 1997, era preponderantemente feminina (74,8%). Neste cálculo foram contabilizados 7.901 postos de trabalho da SMSA/BH, excluindo-se os terceirizados.

Com essas características o quadro de RH da SMSA/BH vem seguindo tendência nacional tanto no que se refere ao aumento da participação dos postos de trabalho no âmbito

municipal, já que os demais níveis não procederam à contratação e reposição da força de trabalho perdida, quanto à feminilização do trabalho em saúde (NOGUEIRA, 1986; FEKETE, 1999).

5.2.1.3 Capacitação da força de trabalho

Para a capacitação em serviço foram realizadas iniciativas importantes como: Curso de Especialização em Gerência de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário - GERUS - formando 131 trabalhadores em pós-graduação; Curso de Profissionalização de Auxiliares de enfermagem, formando 103 auxiliares e Profissionalização do Técnico de Higiene Bucal, possibilitando a formação em serviço de profissional inexistente na rede. Foram oferecidos também treinamentos introdutórios destinados aos profissionais admitidos na rede, seminários para programas específicos, especialmente referentes ao Projeto Vida - treinamento em atenção básica da mulher e criança, aleitamento materno, doenças respiratórias; além de outros programas da rede, como saúde mental, saúde bucal, doenças crônico-degenerativas e outras. Ainda foram realizados treinamentos específicos para os pediatras e enfermeiros da rede, pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), referentes aos conteúdos do Projeto Vida (80 horas) e Doenças Respiratórias (40 horas) (MAGALHÃES, 1998).

5.2.1.4 Cobertura ambulatorial

5.2.1.4.1 Evolução da oferta de serviços ambulatoriais próprios

O aumento dos procedimentos ambulatoriais ocorreu de forma linear no período de 1992 a 1997. Os atendimentos básicos passaram de cerca de 6,7 milhões para 14,8 milhões; as consultas médicas da rede própria, de cerca de 1,4 milhão para 1,9 milhões; os procedimentos radiodiagnósticos cresceram de cerca de 66 mil para 123 mil; os exames complementares de

cerca de 1,1 milhão para 2,1 milhão e as terapias especializadas saíram do patamar de cerca de 4 mil para 26 mil. Este crescimento da produção explica-se pela expansão dos serviços, pelo crescimento da rede física e do quadro de RH, pelo melhor gerenciamento, pelo maior rigor na anotação e faturamento dos procedimentos, o que resultou na maior oferta e melhoria do acesso da população.

TABELA 9 - Evolução da produção da rede própria ambulatorial, SMSA/BH, 1992 a 1997

Atividade	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Atendimento Básico	6.758.042	9.221.846	10.612.519	10.910.820	14.817.115	14.888.229
Consultas Médicas	1.465.980	2.278.915	2.073.788	1.808.904	1.901.555	2.299.946
Radiodiagnóstico	66.174	142.410	137.600	121.134	123.265	144.550
Exames Complementares	1.118.242	2.032.091	2.307.730	2.337.449	2.093.656	2.320.192
Terapias Especializadas	4.126	4.865	17.208	27.515	26.523	36.747
Total	9.412.564	13.680.127	15.148.845	15.205.822	18.962.114	19.689.664

Fonte: (SMSA/BH, 1993-1997). Relatório de Atividades. Dados extraídos do SIA/SUS

5.2.1.4.2 Estudo de procedência sobre oferta de consultas médicas aos residentes em BH

A **TAB. 10** mostra a distribuição de consultas médicas ofertadas pelo SUS/BH em 1996, segundo as especialidades médicas de: pediatria, clínica e ginecologia, cirurgia,

urgência e demais especialidades. Foram ao todo 5.022.334 consultas, 42,5% realizadas pelas unidades da SMSA/BH e 57,5% realizadas pelo setor contratado, inclusive o setor público e o Hospital Municipal Odilon Behrens. Quanto às especialidades ofertadas, 22,3% das consultas foram de clínica, 31,3% de especialidades, 18,3% de urgência, 14,8% de pediatria, 11,8% de ginecologia/obstetrícia e 1,6% de cirurgia geral.

Observa-se, nessa tabela, a grande oferta de consultas do setor contratado, o que dificultou a gestão da SMSA/BH, já que não havia o controle efetivo da oferta real e da porta de entrada dessas consultas. Até então o controle era realizado por cada hospital do setor contratado, informando-se à SMSA/BH o total realizado, segundo teto de consultas contratado previamente.

TABELA 10 - Distribuição de todas as consultas realizadas pelo SUS/BH segundo especialidade e setor, em 1996

Especialidade	Setor próprio		Setor contratado		Total	
	Qtde	Percent	Qtde	Percent	Total	%
Pediatria	529.206	71,3	213.270	28,7	742.476	14,8
Clínica	498.545	44,5	620.396	55,5	1.118.941	22,3
Gineco/obst.	215.495	36,5	375.389	63,5	590.884	11,8
Cirurgia Geral	29.364	35,7	52.897	64,3	82.261	1,6
Urgência	234.197	25,5	683.949	74,5	918.146	18,3
Especialidades	628.945	40,1	940.681	59,9	1.569.626	31,3
Total Geral	2.135.752	42,5	2.886.582	57,5	5.022.334	100

Fonte: (SMSA/BH, 1997 a). Consultas médicas realizadas no SUS/BH. Coordenação Atenção ao adulto/ Serviço de Atividades Assistenciais (SAA)/ Departamento de Coordenação das Ações de Saúde (DCAS). Dados revistos.

(SMSA/BH, 1996). Relatório de Atividades. Dados extraídos do SIA/SUS.

(SMSA/BH 1998 a). "Pesquisa de Procedência do SUS, 1995.

(SMSA/BH 1994 e 1996). Relatório de Morbidade Ambulatorial atendida na rede gerenciada pela SMSA,(1M1). Sistema de Informação/Departamento de Planejamento e Regulação.

Visando proceder ao cálculo da oferta de consultas médicas destinadas apenas aos residentes em Belo Horizonte, foram considerados dois estudos de procedência dos usuários do SUS/BH. O primeiro foi a "Pesquisa Amostral Sobre Procedência do SUS", realizada no mês de dezembro de 1995, que investigou a procedência, por município de moradia, das pessoas atendidas pela rede de Saúde (setor conveniado). Outro instrumento foi a "Pesquisa sobre Morbidade Ambulatorial de 1996 - 1M1" (SMSA/BH, 1994 e 1996), que registrou a procedência dos usuários atendidos na rede ambulatorial própria, através da coleta amostral de dados ambulatoriais em todas as unidades próprias da SMSA/BH. Neste último trabalho foi pesquisada também a morbidade ambulatorial.

Esse estudo não pôde ser realizado de forma comparativa com os anos anteriores pela inexistência do dado sobre procedência em anos anteriores. Os dois estudos estimaram em 24,6% o percentual de consultas destinadas aos não-residentes (1.304.527). Deste total 421.493 consultas (8,4%) referem-se à consultas básicas (pediatria, clínica e ginecologia). Áreas nas quais se esperava que houvesse oferta nos municípios de origem. Os munícipes de Belo Horizonte receberam, em 1996, 3.717.807 consultas (**TAB. 11**).

TABELA 11 - Distribuição das consultas realizadas pelo SUS BH, segundo especialidade e procedência por município, no ano de 1996.

Especialidade	Belo Horizonte		Outros Municípios		Total	
	Qtde	Percent	Qtde	Percent	Total	%
Pediatria	642.242	86,5	100.234	13,5	742.476	14,8
Clínica	905.223	80,9	213.718	19,1	1.118.941	22,3
Gineco/obst	483.343	81,8	107.541	18,2	590.884	11,8
Cirurgia Geral	59.146	71,9	23.115	28,1	82.261	1,6
Urgência	482.027	52,5	436.119	47,5	918.146	18,3
Especialidades	1.145.827	73,0	423.799	27,0	1.569.626	31,3
Total Geral	3.717.807	75,4	1.304.527	24,6	5.022.334	100

Fonte: (SMSA/BH, 1997 a). Consultas médicas realizadas no SUS/BH. Coordenação Atenção ao adulto/SAA/DCAS. Dados revistos.

(SMSA/BH, 1996). Relatório de Atividades. Dados extraídos do SIA/SUS.

(SMSA/BH 1998 a). "Pesquisa de Procedência do SUS, 1995.

(SMSA/BH 1994 e 1996). Relatório de Morbidade Ambulatorial atendida na rede gerenciada pela SMSA,(1M1). Sistema de Informação/Departamento de Planejamento e Regulação.

5.2.1.4.3 Cobertura de consultas médicas aos residentes

Para o cálculo da cobertura utilizamos os parâmetros do Ministério da Saúde, Portaria 3046, de 20/07/82 (BRASIL, 1982) e da recente proposta de Parâmetros Assistenciais do SUS do Ministério da Saúde, disponíveis através da Consulta Pública n.º 01 de 08 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000b). Nesta última estima-se o parâmetro de consultas médicas como sendo entre 2 e 3 por habitante /ano, assim distribuídas: a) *clínicas básicas* - 62,7% do total

de consultas, sendo: clínica médica - 34,5% (0,69 a 1,035 consultas/hab./ano), pediatria - 15,5% (0,31 a 0,465 consultas/hab./ano), ginecologia - 6,7% e Obstetrícia - 6,0% (0,254 a 0,381 consultas/hab./ano); se somarmos 2,3% de cirurgia geral (0,046 a 0,07 consultas/hab./ano), teremos o percentual das básicas ampliado para 65% (1,3 a 1,95 consultas/hab./ano); b) *especializadas* - 20,0% do total de consultas (0,4 a 0,600 consultas/hab./ano); c) *urgência*: consultas básicas de urgência, - 0,12% do total de consultas e consultas de urgência pré hospitalar e trauma - 0,03%, totalizando 0,15% (0,3 a 0,450 de consultas/hab./ano) (TAB. 12).

Como toda definição paramétrica esta também pode ser questionada, entretanto são alguns dos poucos parâmetros existentes. Optamos por utilizar para comparação os Parâmetros Assistenciais do SUS, propostos recentemente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b).

Para o cálculo de cobertura dividiu-se as consultas ofertadas por clínica, pela população estimada. Tomou-se como base a população de Belo Horizonte em 1996, que mostrou 2.091.371 habitantes (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 1996). Belo Horizonte apresentou em 1996 uma oferta de consultas aos residentes abaixo do parâmetro preconizado, o que é agravado ainda pelo fato de parcela dessas consultas serem ofertadas pelo setor conveniado, não se tendo controle sobre a real oferta dos serviços prestados. Por outro lado, o déficit pode ser atenuado, se considerarmos somente a população que realmente demanda e utiliza o SUS em Belo Horizonte, em torno de 60%, já que, cerca de 40% dos municípios dispõem de planos de saúde, podendo recorrer a uma rede de atenção à saúde alternativa à rede pública e conveniada ao SUS (SMSA/BH, 1998 a).

Dentro das consultas básicas, a pediatria encontra-se próxima à necessidade estimada, produzindo 0,307 consultas/hab./ano, considerando-se como parâmetro o intervalo entre 0,31 a 0,46 consultas/hab./ano. O maior déficit ocorre na clínica médica. Nas consultas especializadas, embora estejam próximas dos parâmetros preconizados, existe grande déficit em determinadas especialidades (neurologia, oftalmologia, otorrino, ortopedia, dermatologia), segundo pesquisa de demanda reprimida em especialidades (SMSA/BH, 1998d). O problema das consultas especializadas agravou-se no período do estudo e tende a aumentar no futuro próximo, dada a pequena reposição de quadros de RH que estão se aposentando, perda de 18,5% de profissionais do ex-INAMPS no período (**TAB. 6**). Agrava ainda o quadro a utilização inadequada das consultas disponíveis (onde se incluem as ausências de pacientes - cerca de 26%), a desorganização da referência e contra-referência com encaminhamentos inadequados, além da não-gestão das consultas ofertadas pelo setor conveniado naquele momento. A oferta de consultas de urgência também estava abaixo do preconizado (**TAB. 12**).

TABELA 12 - Cobertura populacional de consultas habitante/ano, por clínica, ofertadas à população residente em Belo Horizonte e comparativo com parâmetros assistenciais do Ministério da Saúde, Belo Horizonte, 1996

Especialidade	Nº de consultas	Oferta de consultas hab/ano	Parâmetro de cobertura do MS(portaria 3046, de 20/07/82)	Parâmetros Assistenciais do SUS, MS - Consulta Pública (2000)
Pediatria	642.242	0,307		0,31 a 0,46
Clínica	905.223	0,432		0,69 a 1,04
Gineco/obst	483.343	0,231		0,254 a 0,38
Cirurgia Geral	59.146	0,028		0,046 a 0,07*
Total Básica	2.089.954	0,999	2,26	1,3 a 1,95
Especialidades	1.145.827	0,547	0,47	0,4 a 0,60**
Urgência	482.027	0,230	0,47	0,30 a 0,45
Total Geral	3.717.807	1,777		2,0 a 3,0

Fonte: (SMSA/BH/BH, 1997 a). Consultas médicas realizadas no SUS/BH. Coordenação Atenção ao adulto/SAA/DCAS. Dados revistos.

(SMSA/BH/BH, 1996). Relatório de Atividades. Dados extraídos do SIA/SUS.

(SMSA/BH 1998 a). "Pesquisa de Procedência do SUS, 1995.

(SMSA/BH 1994 e 1996). Relatório de Morbidade Ambulatorial atendida na rede gerenciada pela SMSA/BH,(1M1). Sistema de Informação/Departamento de Planejamento e Regulação

(BRASI, , 1982). Parâmetros de consultas médicas e (BRASIL, 2000b) Parâmetros Assistenciais do SUS do Ministério da Saúde.

OBS: procedeu-se à soma das consultas dos setores próprio e contratado, descontando-se as consultas ofertadas a outros municípios.

* Na portaria do MS consta a cirurgia geral como consulta especializada, sendo o parâmetro de 2,3%. Para fins de comparação somamos no estudo as consultas de cirurgia geral com as consultas básicas, passando as básicas para 65%.

** Na portaria do MS consta o parâmetro de 22,3% de consulta especializada , incluindo as consultas de cirurgia. Para efeito de comparação, subtraímos as consultas de cirurgia, calculando 20% das consultas especializadas como parâmetro.

5.2.1.5 Incorporação de outras necessidades em saúde

Como já salientado, as ações do Projeto Vida procuraram aliar ações universalizantes, garantindo a assistência integral à saúde da criança, acompanhamento nos Centros de Saúde do crescimento e desenvolvimento, programas de imunização, ampliação da oferta de consultas em Pediatria e do diagnóstico, além de inúmeros programas de promoção. Na atenção à mulher ocorreu reorganização do atendimento pré-natal na rede assistencial, articulando rede ambulatorial e hospitalar, definindo fluxos, ampliando leitos de risco para RN.

Para os recém-nascidos foi implantado um programa que priorizou a captação e o acompanhamento de recém-nascidos de risco residentes em áreas de risco (vilas e favelas), por esse motivo consideradas com maior risco de óbito. A adoção do enfoque de risco pelos serviços de saúde em Belo Horizonte permitiu a análise das crianças que ficaram "sob foco" com direcionamento de ações a esses grupos, sem que fossem excluídos os demais. Esses projetos serão analisados posteriormente neste trabalho (MALTA et al. 1998b).

Na rede como um todo, merecem destaque alguns projetos pioneiros e inovadores, como a saúde mental, saúde bucal, controle e avaliação, urgência e emergência, assistência farmacêutica, além de inúmeros outros. Com essa breve descrição concluímos que a rede SUS/BH procurou implantar projetos universalizantes, e não apenas focalizar a atenção em determinados grupos, sujeitos a resultados e impactos maiores.

Visando caracterizar como o SUS/BH incorporou novas necessidades em saúde, apresentaremos como exemplo os resultados do Programa de Doenças Respiratórias. O programa justifica-se pela maior prevalência das doenças respiratórias, tanto na internação

quanto na mortalidade infantil. Com esse novo programa abriu-se uma nova agenda que demonstra a incorporação de novas necessidades, novos protocolos de intervenção, novas demandas de competência que a rede começou a produzir. À medida que o acesso foi ampliado, desobstruindo a entrada de novos casos agudos em doenças respiratórias, foram aparecendo novas demandas que não tinham respostas. Foram produzidas, então, novas competências para resolver novos problemas que foram surgindo. Esse caso demonstra bem como eram trabalhadas "as novidades".

À medida que as portas da rede se abriram para as demandas colocadas para os usuários, foram ocorrendo outras possibilidades de responder às demandas, inventando, reinventando e criando novas competências, incorporando novos temas, novas necessidades em saúde. Existem ainda outros exemplos que mostram essa nova dinâmica, como intervenções criadas para responder às novas necessidades (desnutridos, combate à mortalidade infantil, criação de leitos de risco para RN de risco, grupos de hipertensão, hospital dia para AIDS)

5.2.1.5.1 Reorganização da assistência às doenças respiratórias

As doenças respiratórias agudas (pneumonias e asma) representam a principal causa de mortalidade e de internação em crianças menores de 5 anos em Belo Horizonte. Embora na rede básica predominem as infecções respiratórias leves, nos últimos anos ocorreu aumento dos casos de doenças respiratórias moderadas e asma, diagnósticos anteriormente menos prevalente na rede ambulatorial. Essa constatação reflete a mudança do processo de trabalho e aumento do acesso dos casos agudos nos centros de saúde. Visando alterar este quadro, foi implantado em 1996 o projeto para a reorganização da assistência às doenças respiratórias

agudas na infância na rede municipal de saúde. Essa estratégia foi articulada em função de experiência Piloto no Distrito Sanitário Oeste, onde se verificou que crianças portadoras de asma persistente recebiam uma assistência pontual e fragmentada, apresentando um elevado número de internações e atendimentos em serviços de urgência, sem resolutividade e com um alto custo social.

Foram definidas como população alvo as crianças menores de 5 anos, com história prévia de internação por pneumonia ou asma. O projeto consistiu em captar e acompanhar estas crianças através das equipes dos Centros de Saúde e envolveu a introdução de tratamento profilático para asma (terapia inalatória e de dispositivos espaçadores).

Com essa nova abordagem conseguiu-se aumentar o vínculo/responsabilização da equipe com as crianças adscritas, bem como desenvolver na mãe/criança os laços/vínculo com a unidade, aumentando o grau de adesão ao tratamento/terapia instituída, aumentando as informações sobre a doença, reduzindo a ansiedade, conduzindo para uma postura de maior responsabilização com a terapia, maior possibilidade de lidar com a prevenção e reduzindo assim a procura pela internação.

A capacitação da rede teve início em 1996. A operacionalização do projeto para a sensibilização e capacitação da rede deu-se através de convênio entre a SMSA/BH e a Faculdade de Medicina da UFMG (Departamento de Pediatria), para treinamento dos profissionais - pediatras e equipes de enfermagem dos Centros de Saúde e Unidades de Urgência - no manejo destas crianças. Foram treinados cerca de 100 pediatras em 1997 e, em 1998, foram 300 pediatras e 100 enfermeiros.

O treinamento consistiu em aulas teóricas (16/horas) e práticas (16/horas), nas quais

profissionais foram sensibilizados para a necessidade de uma nova abordagem e de se formar vínculos com as crianças e as unidades, além de conteúdos referentes à introdução de novas tecnologias no tratamento profilático para asma, com respeito à terapia inalatória, broncodilatadores e dispositivos espaçadores.

Reorganizou-se um novo fluxo. As crianças internadas por doenças respiratórias passaram a ser localizadas pelas listagens de AIH (laudo). Diante do endereço, o Centro de Saúde passou a enviar carta ao domicílio destas crianças, convidando-as a freqüentar o Centro de Saúde, onde seriam acompanhadas pela equipe local. Estabeleceu-se, então, nova relação entre a família e a equipe, na tentativa de evitar novas internações.

A experiência se iniciou através de um piloto no Distrito Sanitário Oeste, expandindo-se progressivamente para as demais unidades da rede.

O principal resultado desse processo é avaliado pela redução das reinternações, ou sucessivas internações por doenças respiratórias entre as mesmas crianças. Após um ano de implantação do programa, em março de 1997, havia 8.929 crianças cadastradas no programa e destas 2.928 (34%) em uso de terapia inalatória (casos mais graves). Foi feito em 1997 um levantamento pela análise de 601 internações, cujo endereço constante no laudo de AIH referia-se a crianças do Distrito Oeste, internadas por doenças respiratórias. Foram verificadas as primeiras internações e as reinternações, ou seja, foram checadas aquelas crianças cujo nome se repetia na listagem, com diagnóstico de doença respiratória. Observou-se redução na reinternação das crianças de 21%, em junho de 1996, para 8% em março de 1997 (SMSA/BH, 1997 a).

Esse programa permitiu ao nível local sistematizar e avaliar as suas atividades.

Como a extensão do programa na rede efetivou-se após 1997, utilizaremos dados de até o ano de 1998 para avaliar os resultados. Assim, passamos a descrever o trabalho de acompanhamento de 79 crianças cadastradas no programa, realizado pela equipe do Centro de saúde Tirol (DS Barreiro) no período de janeiro de 1997 a janeiro de 1998.

Através da análise dos prontuários, foi investigado o evento doença respiratória, observando-se redução importante na internação das crianças acompanhadas de 35%, em 1997, para 4% em 1998, além de redução importante no atendimento no serviço de urgência - 99%, em 1997, para 15% em 1998 (TAB. 13).

TABELA 13 - Acompanhamento de 79 crianças cadastradas no programa de reorganização da assistência às doenças respiratórias agudas, Centro de Saúde Tirol (DS Barreiro), no período de janeiro de 1997 a janeiro de 1998.

Ocorrência do evento	Período de inserção no programa			
	Anterior ao Programa		Após 1 ano do programa	
	Sim	Não	Sim	Não
Internação	28 (35%)	51 (65%)	03 (4%)	76 (96%)
Atendimento no serviço de urgência	78 (99%)	01 (1%)	12 (15%)	67 (85%)

Fonte : (SMSA/BH, 1997e). Reorganização da Assistência às doenças respiratórias. Coordenação de Atenção à Criança/ DCAS.

Já se fez referência anteriormente ao fato de que a implementação de uma abordagem no trabalho de acompanhamento das crianças com doença respiratória propiciou a redução da reinternação de crianças com doenças respiratórias crônicas. Mas mesmo com os avanços na

diminuição das reinternações por pneumonias e asma, as doenças respiratórias ainda persistem como um problema importante a ser enfrentado.

Daí a importância desse tipo de intervenção que tem conseguido preparar melhor a rede básica para a abordagem vinculatória e novas terapias, enfrentando com maior competência problema tão extenso. Ainda cabem outros desafios, dentre eles a abordagem das urgências públicas e privadas, que são a porta de entrada para as inúmeras internações desnecessárias. A essência dessa intervenção consiste no reestabelecimento do vínculo/responsabilização entre a equipe e a criança, quebrando-se o círculo vicioso das internações por asma/pneumonia.

5.2.2 Considerações sobre Acesso

A medida do acesso é complexa, pois a rigor teríamos que estabelecer a capacidade de o paciente obter, quando necessário, o cuidado com a saúde. Lançamos, então, medidas indiretas, que diziam respeito à oferta de serviços, cobertura de consultas médicas, expansão da rede física, incorporação e capacitação de Recursos Humanos; todas indicando indiretamente o aumento da oferta de serviços e, conseqüentemente, a maior facilitação do acesso, mas não o acesso em si.

O investimento nos Recursos Humanos foi realizado através da contratação por concurso e terceirização, ocorrendo um importante acréscimo de pessoal na rede própria, ampliando-se de 6.432 postos de trabalho (1992) para 9685 em fevereiro de 1997, o que representa um acréscimo de 50,2%. A incorporação de pessoal do quadro próprio aumentou em 47,8% no período. Houve também investimento na qualificação, tornando-se difícil afirmar que foi realizado o processo adequado de capacitação, já que, sempre do ponto de

vista do treinando, há demandas para novos investimentos. Entretanto constata-se que foram realizadas iniciativas importantes.

Dos dados apresentados podemos concluir que, no período, houve, em Belo Horizonte, um aumento da capacidade instalada, demonstrada pela ampliação dos diversos procedimentos ambulatoriais (consultas médica, apoio diagnóstico). Buscou-se universalizar a atenção e eliminar as barreiras ao acesso, embora essa meta ainda constitua algo de difícil execução. As consultas médicas básicas ainda estão abaixo do necessário. Na pediatria a oferta de 0,30 Cons./hab./ano permanece próxima aos parâmetros de 0,31-0,46 Cons./hab./ano.

Quanto à incorporação de outras necessidades, buscou-se não selecionar ações de maior impacto, o investimento foi direcionado para novos programas que tinham o objetivo de universalizar a atenção. Outra medida importante e também indireta foi a incorporação de novas necessidades, o que ocorreu na medida em que as portas da rede se abriram para as novas demandas colocadas pelos usuários e a rede articulou outras possibilidades de resposta, inventando, reinventando e criando novas competências, incorporando novos temas, novas necessidades em saúde. O acompanhamento das crianças com doença respiratória exemplifica esse processo.

Esse indicador é potente, na medida em que ele permite, como evento sentinela, perceber mudanças positivas, possibilita descortinar mudanças processuais na rede, o esforço no sentido de incorporar necessidades novas, demonstrando o efeito mobilizador, a interlocução com os usuários, estabelecendo um processo criativo, dinâmico e instituinte e possibilitando a atenção integral e universal. Demonstrando, assim, tanto a melhoria de acesso

como também aumento da eficácia.

Os indicadores, portanto, não são estáticos, não se restringem a uma única categoria, conversam e dialogam entre si, descortinando juntos uma outra possibilidade analítica imbricada e não estática, dependente apenas dos indicadores quantitativos. Conforme já foi dito na apresentação da metodologia, em algumas situações teremos indicadores muito robustos, em outras teremos apenas situações que indicam a mudança, devendo ser associadas a outras situações para que se chegue a uma análise global.

5.3 Eficácia

5.3.1 Breve revisão

Inicialmente procuraremos definir alguns termos como: eficácia, efetividade, resolutividade, eficiência, satisfação e equidade para posteriormente, explicitar como foi conduzido o trabalho de aferição dos resultados.

Eficácia é entendida como o poder de produzir um efeito, ou seja, o benefício ou utilidade para o indivíduo, através de um serviço, tratamento, medida preventiva ou controle. Pode ser conceituada também como a capacidade de intermediar a produção de resultados melhores ou ainda não alcançados anteriormente (CAMPOS, 1988; WHO, 1972; GONÇALVEZ, 1994). Devemos também incluir a noção de eficácia populacional que considera o grau de cobertura da intervenção, sua aceitabilidade e sua acessibilidade na população alvo (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997).

Eficiência é entendida como os efeitos ou resultados finais obtidos em relação ao esforço realizado em termos de dinheiro, recursos e tempo. No caso da saúde, incluem-se, além dos custos diretos dos serviços de saúde (investimento e custeio), os custos assumidos pelo paciente, por exemplo, a aquisição de medicamentos, realização de exames e outros.

A eficiência deve ser levada em conta porque ela representa o reverso da possibilidade de cobertura, ou seja, pode existir uma ação eficaz, porém ineficiente, dada a sua restrição pelo alto custo. Pode haver também ações que sejam eficientes, na medida em que o custo envolvido em sua produção seja baixo, porém de pouca eficácia. O desafio que se coloca é a

busca de ações mais eficazes ao menor custo possível. Então há que se trabalhar o conceito de efetividade, que significa a obtenção de um resultado (CAMPOS, 1988; WHO, 1972).

Efetividade representa o produto de dois indicadores: eficácia (ações úteis/ações totais) e eficiência (ações totais/custo). Pode ser resumida na relação entre ações úteis e o custo envolvido para a sua produção (CAMPOS, 1988; WHO, 1972).

O conceito de satisfação relaciona-se com a percepção subjetiva do usuário, se o serviço satisfaz as suas expectativas e em que níveis ou graus. Trata-se de um indicador que relativiza uma expectativa face a uma realização (CAMPOS, 1988).

Resolutividade, segundo Campos (1988), equívale à conjugação entre os indicadores de efetividade (entendida como o produto entre eficácia e eficiência) e a satisfação. Resolutividade, portanto, engloba os conceitos de efetividade e satisfação. Existem outros aspectos importantes a serem considerados na resolutividade e que também são componentes da avaliação do uso do serviço. Dessa forma, além do acesso ao serviço ou à iniciação, torna-se importante avaliar também a continuação ou o acompanhamento (CAMPOS, 1988).

A *equidade em saúde* é entendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas (WHITEHEAD,1990). Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas “naturalmente”, senão criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização das sociedades (CHAUÍ, 1980, NISIS, 2000).

A possibilidade de intervenção no processo de adoecimento contribui para a

constituição da idéia de saúde como um direito alcançável pelo progresso humano, portanto para a afirmação do direito à saúde (BERLINGUER, 1996). A idéia de equidade concebe a saúde como um valor positivo, considerando o direito à saúde como direito social, construído ao longo da história humana.

Existem duas abordagens para se aferir a iniquidade em saúde. A primeira, relativa aos padrões de saúde de diferentes grupos populacionais, aproxima-se da idéia de qualidade de vida e é passível de ser medida por técnicas epidemiológicas de elaboração e comparação dos perfis de mortalidade e morbidade. A segunda refere-se ao acesso desigual de segmentos da população aos recursos tecnológicos de cura e prevenção de doenças (NISIS - NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2000).

Diante dessa breve revisão, conclui-se que existem muitas incertezas e imprecisões nos caminhos delineados. O indicador de custo, de todos o mais preciso conceitualmente, é difícil de ser obtido em estudos na área da saúde, particularmente pela dificuldade que se tem em dar um valor monetário para variações nos estados de saúde (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997). Os demais, ainda que conceitualmente bem delineados, dificilmente também poderiam chegar à operacionalidade exigida em um processo de investigação científica (CAMPOS, 1988). Dadas essas considerações e dificuldades de se trabalhar com custos, optou-se por trabalhar com o conceito de eficácia, pois contempla o objetivo do atual trabalho no sentido de buscar "aferir efeito, ou o benefício, obtido com o serviço". Assim, procuraremos obter e propor indicadores que se aproximam desses conceitos teóricos, objetivando avaliar a eficácia das ações.

5.3.2 Interrogadores e indicadores empregados

Nessa etapa investigaremos se o projeto conseguiu trabalhar com o conceito de *Eficácia*, procurando responder às seguintes questões: O projeto de intervenção trouxe resultados positivos? Aumentou a eficácia das diversas ações? Causou impacto no modelo de atenção? Quais os indicadores que o demonstram? Buscou tornar mais equânime a rede?

Neste tópico do trabalho iremos operar com indicadores quantitativos clássicos. Isso decorre do fato de se ter conseguido uma maior precisão no monitoramento e avaliação desses projetos pelo investimento na construção do sistema de informação. Existe maior riqueza de dados, o que possibilitou maior aprofundamento na análise e em detalhes na implantação dos projetos.

Considerando ainda que a maior eficácia das ações aliada à melhoria do acesso podem também indicar uma melhor equidade em saúde, também incluiremos indicadores de equidade no estudo.

Para avaliar eficácia trabalharemos com indicadores de:

- Morbidade ambulatorial
 - Atendimento aos casos agudos na pediatria
 - Comparação do atendimento dos casos agudos na pediatria nas unidades com e sem acolhimento
 - Distribuição de atendimentos realizados pela equipe do Acolhimento
 - Morbidade ambulatorial na ginecologia e obstetrícia

- Cobertura Vacinal
- Evolução das doenças imunopreveníveis
- Morbidade Hospitalar
 - Evolução das internações em Belo Horizonte
 - Internação de menores de 28 dias por local de residência
 - Internação de crianças com idade entre 28 dias e 1 ano por local de residência
- Acompanhamento de grupos de risco ou prioritários
- Visitas aos RN do programa de Vigilância à Mortalidade Infantil
- Acompanhamento dos menores de 1 ano do programa de Vigilância à Mortalidade

Infantil na rede

- Desnutridos
 - Prevalência da desnutrição
 - Captação dos desnutridos
 - Acompanhamento dos desnutridos do programa
 - Mudança do grau nutricional entre desnutridos acompanhados
 - Morbidade ambulatorial, hospitalar e mortalidade por desnutrição no município
- Evolução do percentual de aleitamento na rede básica

- Acompanhamento das Gestantes
- Evolução da Mortalidade Infantil em Belo Horizonte
 - Mortalidade Neonatal
 - Mortalidade Pós-Neonatal
- *Para avaliar equidade:*
 - Evolução da Mortalidade Infantil por Distritos e o estudo das *Brechas Redutíveis*
 - A Mortalidade Infantil em Belo Horizonte por área de abrangência dos centro de saúde, 1994/1996

5.3.3 Os indicadores de mortalidade e morbidade

Os indicadores procuram apreender a realidade coletiva, através de medidas que estabeleçam comparações, utilizando-se de frequências numéricas. As medidas mais clássicas são as de morbidade e mortalidade. A morbidade refere-se à ocorrência de doenças, enquanto a mortalidade descreve a ocorrência de óbitos em uma determinada população. As medidas de morbidade e mortalidade de uma população podem ser consideradas indicadores indiretos e parciais na construção de um diagnóstico de saúde, uma vez que mensuram as etapas finais do processo saúde/doença. Os indicadores de morbimortalidade são construídos com base em dados obtidos por estruturas organizadas de atividade contínua, os denominados sistemas (ou subsistemas) de informação em saúde. Para mensuração e registros da tendência de alguns problemas específicos têm sido utilizados os inquéritos periódicos de saúde (BARRETO & CARMO, 1995; ALMEIDA & ROUQUAYROL, 1992).

5.3.3.1 Mortalidade

Os indicadores de mortalidade embora sejam os mais usados em Saúde Pública, na prática sofrem de distorções relacionadas à qualidade dos serviços de registros de dados vitais e ao sub-registro principalmente em municípios do interior do nordeste e norte do Brasil. Dentre os indicadores, a mortalidade infantil é considerado um razoável indicador de desigualdades regionais, revelando os desníveis de saúde que se acentuam com o grau de riqueza ou pobreza das regiões estudadas (ALMEIDA & ROUQUAYROL, 1992). Barreto e Carmo (1995) apontam as tendências declinantes da mortalidade infantil em várias sociedades, dissociadas de mudanças de indicadores sociais e econômicos.

Outra dificuldade com este indicador refere-se à dificuldade na contagem dos óbitos de menores de 1 (um) ano e do número de nascidos vivos. Em vários locais do Brasil, as estatísticas têm sido falhas pela não-notificação do óbito e pelo sub-registro dos nascimentos. Neste sentido a implantação do Sistema Nacional de Nascidos (SINASC), em 1992, veio melhorar muito a qualidade dos registros. Nas grandes cidades, como Belo Horizonte, o sub-registro de óbitos tem sido muito menor, permitindo a melhora dos dados e a obtenção de indicadores mais confiáveis.

5.3.3.2 Morbidade

Do ponto de vista do que é ideal os inquéritos epidemiológicos seriam a forma mais adequada de se realizar o estudo de morbidade em uma dada população, por serem efetuados em uma amostra representativa ou no todo de uma determinada população, definida no tempo e no espaço. Há vários inquéritos de representação nacional, como os inquéritos sobre prevalência do diabetes em 1992 e os dois inquéritos nacionais do IBGE sobre nutrição,

realizados respectivamente em 1974/1975 e 1989 (INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - INAN, 1990). Entretanto, as dificuldades operacionais são inúmeras, tornando-os instrumentos não rotineiros na avaliação do processo de saúde/doença da população. Na prática utilizam-se registros hospitalares e ambulatoriais enquanto medidas indiretas desta realidade a pesquisar (ALMEIDA & ROUQUAYROL, 1992).

5.3.3.2.1 Morbidade ambulatorial

A morbidade ambulatorial refere-se à população atendida nos serviços ambulatoriais, isto é, aquela população que conseguiu chegar aos serviços e ser atendida. Antes, porém, da "entrada no serviço" já ocorrem restrições em função da percepção ou não do evento "doença" pelo indivíduo. Quando percebido enquanto necessidade, pode-se procurar o serviço de saúde ou outra modalidade de atendimento. Ao procurar o serviço as barreiras da "acessibilidade" podem limitar ou não a sua entrada. O perfil da morbidade atendida será condicionado também pela oferta de serviços nas unidades estudadas.

Existem inúmeras dificuldades no que se refere ao sistema de registro, com respeito à existência dos dados - coleta e organização, processamento, consolidação e transmissão. Assim, este tipo de medida tem limitações no conhecimento do perfil de morbidade da população como um todo, mas torna-se muito útil enquanto medida indireta, principalmente quando monitorada enquanto série histórica, avaliando possíveis mudanças de perfil, além de ser indicadora da realidade daquele(s) serviço(s) (CARVALHO, 1997).

5.3.3.2 Morbidade Hospitalar

A morbidade hospitalar refere-se à frequência dos eventos mórbidos que necessitam de maiores cuidados e que dependem, portanto, de assistência em regime de internação. As informações referem-se ao evento internação e não a indivíduos, o que impede a construção de taxas e, em consequência, a análise de risco.

No Brasil, o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) constitui um grande sistema nacional que reúne as informações de toda a rede SUS, sendo os dados coletados a partir da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). O fato de a AIH ser um instrumento de pagamento, sujeito, portanto, a distorções, como mecanismos de fraudes e superfaturamento, falta de treinamento padronizado para classificação de doenças, pode acarretar erros de validação; além das variações do perfil tecnológico da rede assistencial que tende a minimizar a frequência de determinadas patologias (MENDES, 1996; VASCONCELOS, 1998).

Em que pese a possibilidade de distorções pela racionalidade contábil do SIH/SUS e a necessidade de melhorar a qualidade dos dados, reconhece-se o SIH/SUS como fonte importante de informações sobre morbidade hospitalar no país e sua utilização sistemática pode servir de estímulo à melhoria qualitativa e quantitativa dos seus dados (POSSAS, 1989; BARRETO & CARMO, 1995; MENDES, 1996; VASCONCELOS, 1998).

As estatísticas de que dispomos estão ainda longe de ser as ideais, cabendo aos profissionais do campo da saúde trabalhar com elas, conhecer suas limitações e saber interpretá-las. Somente assim, sabendo onde estão os seus erros e qual sua medida, será possível corrigi-los, melhorando-as em nível quantitativo e qualitativo (LAURENTI, et al. 1987; VASCONCELOS, 1998).

5.3.4 O perfil da morbidade ambulatorial na pediatria

5.3.4.1 A metodologia empregada

Visando obter informações sobre o perfil da clientela, a procedência, procedimentos realizados, distribuídos por sexo e faixa etária e desagregados por unidade, a SMSA/BH aplicou bianualmente a pesquisa de Morbidade Ambulatorial (1M1). Utilizaremos os anos de 1994 e 1996, possibilitando estabelecer uma série histórica do perfil de atendimento ambulatorial no período (SMSA/BH, 1994 e 1996).

Os dados foram coletados durante uma semana de cada trimestre (março, junho, setembro e dezembro), perfazendo um total de quatro semanas em cada ano. Após inúmeros estudos, concluiu-se que esta amostragem seria suficiente para representar o perfil da rede, pois além de ampla, contemplaria a sazonalidade dos atendimentos, bem como possíveis perdas por férias, licenças, greves, etc. Os registros referem-se aos atendimentos médicos no período, anotando-se dados de identificação do usuário, além do diagnóstico e procedimentos realizados. Foram 106.377 registros em 1994 e 156.559 registros em 1996. Foram consultados o relatório elaborado pelo Sistema de Informação da SMSA/BH sobre a pesquisa em 1994 e os dados disponíveis em tabelas de 1996.

A procura das unidades por faixa etária se manteve estável no período de 1994 a 1996, observando-se maior demanda pelos serviços entre a população produtiva de 20-49 anos, (36 - 38%), seguida pelas crianças até 14 anos (cerca de 36%). Entre as crianças, a maior procura foi dos menores de 4 anos (23 a 24%). Os atendimentos à população acima de 50 anos situaram-se entre 17 a 20% (**TAB. 14**).

A maior procura das unidades ocorreu em maior número por pessoas do sexo feminino

- 63 a 64,5% dos atendimentos realizados - índices estes que se mantiveram estáveis.

TABELA 14 - Morbidade ambulatorial por faixa etária, segundo pesquisa de Morbidade Ambulatorial, 1994 e 1996, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Faixa Etária	1994 %	1996 %
< 1ano	11,4	11,4
1 - 4 anos	11,6	13,3
5 - 9 anos	7,2	8,3
10 - 14 anos	5,9	5,3
15 - 19 anos	6,1	5,7
20 - 49 anos	38,5	35,9
50 e mais	16,9	18,7
Ign	2,3	1,3

Fonte: (SMSA/BH 1994 e 1996). Relatório de Morbidade Ambulatorial atendida na rede gerenciada pela SMSA/BH (1M1). Sistema de Informação/DEPLAR

5.3.4.2 Atendimento dos casos agudos na pediatria

A morbidade ambulatorial na pediatria mostrou algumas variações ao longo do período. Observou-se o predomínio da atividade de "*supervisão à saúde da criança*", ou seja, o controle do crescimento e desenvolvimento e atividades de puericultura, das quais 80% foram realizadas em crianças menores de 1 ano. Este perfil se manteve em 1996, quando era esperado que houvesse um declínio, já que com a implantação do protocolo do Projeto Vida, esta atividade passou a ser intercalada com as enfermeiras (SMSA/BH, 1995f). Observou-se o

crescimento de diagnósticos considerados de atendimento de casos mais agudos, principalmente doenças respiratórias leves e moderadas, otites e asma.

Em 1996, foi implantado o projeto de atendimento às doenças respiratórias, com capacitação da rede, maior ênfase no diagnóstico e captação das crianças, o que pode explicar a alteração. Os demais diagnósticos se mantiveram. Observou-se também redução dos diagnósticos ignorados, o que mostrou melhora da qualidade da assistência (TAB. 15).

TABELA 15 - Morbidade ambulatorial na pediatria, segundo pesquisa de Morbidade Ambulatorial, 1994 e 1996, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Diagnóstico	1994 %	1996 %
Supervisão à saúde da criança	17,3	19,5
Infecção respiratória leve	15,3	16,4
Parasitoses intestinais	10,5	9,9
Infecção respiratória moderada	7,9	10,3
Otite média (aguda e crônica)	4,4	6,0
Desnutrição/Deficiência nutricional	3,7	3,3
Infecções da pele	3,4	3,7
Diarréia	2,3	2,4
Asma	0,9	4,1
Outros Diagnósticos	27,6	21,8
Ignorados	6,7	2,6

Fonte: (SMSA/BH 1994 e 1996). Relatório de Morbidade Ambulatorial atendida na rede gerenciada pela SMSA/BH (1M1). Sistema de Informação/DEPLAR

Obs.: refere-se a atendimentos até 14 anos.

O instrumento de Morbidade Ambulatorial (IM1) permitiu comparar também a evolução do ingresso dos pacientes agudos nos Centros de Saúde. Foram selecionados mais de 100 (cem) diagnósticos, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) considerados de patologias agudas na infância, tais como: asma, bronquite aguda, infecção das vias aéreas superiores, otite média, diarreia, estomatite, sinusite, colite, enterite, gastroenterite, amigdalite aguda, nasofaringite, dentre outras. A escolha destes diagnósticos serviu como um marcador, pelo qual seria avaliada a capacidade do centro de saúde de entender a prioridade de atendimento destes casos, ampliando o acesso e a capacidade de resposta. De posse destes diagnósticos, comparou-se a proporção de diagnósticos de patologias agudas em crianças, entre 1994 e 1996. A opção foi por realizar o estudo em crianças, tendo em vista o maior investimento institucional nesta área, já que a grande maioria das experiências de implantação do acolhimento ocorreu nesta clínica. Este estudo permitiu aumentar a capacidade de discriminar e monitorar esta mudança.

A **TAB. 16** mostra uma porcentagem de atendimentos de casos agudos de 49,75% no município, em 1994, passando para 57,45% em 1996. Portanto, houve um aumento real na entrada de crianças com diagnósticos considerados agudos. Esse aumento processou-se de forma global entre os diversos distritos, sendo mais intenso na Noroeste e Oeste, onde de fato o acolhimento foi implantado em diversos centros de saúde, com apoio e investimento da direção do distrito. Em Venda Nova, o percentual já era muito alto em 1994, 61,92% e houve ligeiro decréscimo para 59,38%, em 1996, permanecendo, porém, acima da média do município. O que pode ser explicado pela carência de recursos médicos no referido distrito. Esta situação o colocava, desde o início, num processo de trabalho que já envolvia a equipe, "selecionando" para o atendimento médico os casos mais agudos, com o objetivo de

"racionalizar" o trabalho médico.

TABELA 16 - Distribuição de atendimentos pediátricos segundo CID's agudos por Distrito Sanitário, segundo pesquisa de Morbidade Ambulatorial, 1994 e 1996, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Distrito Sanitário	Total de atendimentos Pediatria		Total de CID Agudos		Agudos %	
	1994	1996	1994	1996	1994	1996
Barreiro	3.732	4.951	1.576	2.693	42,23	54,39
Centro-Sul	3.140	3.853	1.592	2.218	50,7	57,57
Leste	5.482	8.427	2.859	5.037	52,15	59,77
Norte	5.153	6.008	2.496	3.252	48,44	54,13
Nordeste	5.539	5.366	2.821	2.942	50,93	54,83
Noroeste	3.151	5.000	1.403	3.058	44,53	61,16
Oeste	3.420	5.694	1.526	3.442	44,62	60,45
Pampulha	1.635	2.285	660	1.178	48,35	51,55
Venda Nova	3.960	3.683	2.452	2.187	61,92	59,38
TOTAL	34.943	45.267	17.385	26.007	49,75	57,45

Fonte: (SMSA/BH 1994 e 1996). Relatório de Morbidade Ambulatorial atendida na rede gerenciada pela SMSA/BH (1M1). Sistema de Informação/DEPLAR

5.3.4.3 Comparação do atendimento dos casos agudos na pediatria nas unidades com e sem acolhimento

Visando investigar esta mudança com mais detalhes, foi feita outra análise, na qual foram utilizados os dados do IM1, comparando-se cinco Centros de Saúde que implantaram o acolhimento, em 1995, com cinco outros que não o implantaram. Foi avaliado o perfil de entrada antes da implantação do acolhimento, em 1994, para que se pudesse verificar se a introdução deste dispositivo modificou a porta de entrada destes locais em 1996.

Os Centros de Saúde selecionados foram São José Operário, Taquaril e Alto Vera Cruz (DS Leste), Tia Amância (DS Centro Sul), Vale do Jatobá (DS Barreiro). Estes haviam implantado o acolhimento até o primeiro semestre de 1995. Os Centros de Saúde que não mudaram seu processo de trabalho foram Túnel do Ibirité (DS Barreiro), São Cristóvão (DS Nordeste), Vilas Reunidas e Bairro Goiânia (DS Nordeste), Minas Caixa (DS Venda Nova).

O atendimento em pediatria aos pacientes agudos nos Centros de Saúde com acolhimento ampliou-se, em média, 45%, em 1994, para 58% em 1996, seguindo a média do município descrita na **TAB. 16**. No Centro de Saúde Tia Amância, observou-se o mesmo fenômeno do DS Venda Nova, com discreta redução de 1994 para 1996, o que se pode explicar também pela dinâmica interna da equipe, que já atuava de forma mais integrada, direcionando para o atendimento médico casos mais agudos. Nos Centros de Saúde sem acolhimento houve redução de 45%, em 1994, para 42% em 1996, conforme descrito na **TAB. 17**.

A redução ocorreu em todos os Centros de Saúde, mas estes locais ficaram muito abaixo da média de atendimento de agudos da rede municipal. Essa mudança explica-se pelo

fato de os Centros de Saúde com acolhimento terem introduzido uma nova dinâmica no trabalho em saúde. Assim, os casos agudos, os de maior risco, foram priorizados pela unidade. Nos demais Centros de Saúde onde de fato não ocorreu a mudança do processo de trabalho, permanecendo agendas médicas menos flexíveis, a entrada ainda era definida pela ordem de chegada do usuário, priorizando-se os atendimentos programados.

TABELA 17 - Comparação dos atendimentos realizados na pediatria, entre os Centros de Saúde com e sem Acolhimento, segundo CID's de doenças agudas e pesquisa de Morbidade Ambulatorial, 1994 e 1996, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Centro de Saúde com Acolhimento	CID'S Agudos %		Centro de Saúde sem Acolhimento	CID'S Agudos %	
	1994	1996		1994	1996
São José Operário	50,77	52,91	Túnel do Ibitaré	34,13	24,77
Alto Vera Cruz	31,46	58,70	São Cristóvão	73,38	46,55
Tia Amância	67,42	64,23	Vilas Reunidas	58,11	51,46
Vale do Jatobá	35,42	55,38	Minas Caixa	36,27	43,68
Taquaril	41,08	58,05	Bairro Goiânia	32,18	39,16
TOTAL	45,80	58,20	TOTAL	45,47	42,16

Fonte: (SMSA/BH 1994 e 1996). Relatório de Morbidade Ambulatorial atendida na rede gerenciada pela SMSA/BH (1M1). Sistema de Informação/DEPLAR

OBS: Amostra pesquisada: 1994: Total de atendimentos- 1.607, atendimentos em agudos 736; 1996: Total de atendimentos- 2.409, atendimentos em agudos 1.402.

5.3.4.4 Distribuição de atendimentos realizados pela equipe do Acolhimento

Outro indicador utilizado foi da distribuição dos atendimentos realizados pela equipe de acolhimento nos Centros de Saúde. Foram utilizados como fonte de dados o Sistema de Avaliação de Desempenho (SADE), através da boleta do acolhimento, onde diariamente eram

registrados os usuários atendidos e os encaminhamentos realizados. Tomou-se como base o período de janeiro a julho de 1997. Com esse indicador pretende-se avaliar o grau de resolutividade da equipe, se a mesma conseguiu dar respostas aos usuários, ou tudo acabou por ser encaminhado para outro local tecnológico, especialmente em relação à consulta médica. Não existem dados comparativos para se avaliar a evolução, mas esta equipe qualificou a porta de entrada e basicamente substituiu o guichê que, anteriormente, só fazia distribuir as consultas médicas por ordem de chegada. Acabadas as consultas, encerrava-se a possibilidade de entrada.

No período avaliado, 51% dos usuários atendidos foram encaminhados para consulta médica no próprio Centro de Saúde; a 37%, aproximadamente, foram prestados atendimentos de enfermagem e a cerca de 6%, consultas de enfermagem, o que revela a grande importância do atendimento da enfermagem na resposta ao usuário. Para cerca de 8% dos atendimentos solicitou-se exame laboratorial, 4% foram encaminhados para grupos na própria unidade (hipertensão diabetes, verminose, amamentação, planejamento familiar etc.) e para marcação para especialidades, outros 4% (**TAB. 18**).

Esses dados mostram que praticamente dobrou a capacidade de resposta da equipe. Pode-se afirmar que no fluxo anterior, a portaria agendaria apenas as consultas médicas. O restante seria submetido a esse fluxo, sem a possibilidade de, sequer, expressar as suas demandas e assim ter a possibilidade de ser atendido em um nível tecnológico diferente das consultas. Portanto, o novo fluxo abriu novas perspectivas de respostas para os usuários, além de ampliar a intervenção multiprofissional, alargando os campos de competência, possibilitando na prática que outros profissionais (auxiliares de enfermagem e enfermeiros) se responsabilizassem diretamente pela resposta ao usuário, alterando o fluxo antes

exclusivamente direcionado ao médico.

TABELA 18 - Distribuição de atendimentos realizados pelo Acolhimento, por tipo de encaminhamento, janeiro a julho de 1997

Tipo de Encaminhamento	Número de procedimentos	%
Consulta Médica	175.477	51,44
Consulta Enfermeiro	21.755	6,37
Grupo	13.012	3,81
Internação	136	0,03
Exames complementares	28.586	8,38
Especialidades	12.915	3,78
Atendimento Enfermagem	127.670	37,42
Urgência	4.229	1,24
Outros	18.483	5,42
Total Atendimento	341.129	100,00

Fonte: (SMSA/BH 1996-1998). Relatórios do Sistema de Avaliação de Desempenho. Sistema de Informação/Departamento de Planejamento e Regulação.

5.3.5 Perfil da morbidade ambulatorial em ginecologia e obstetrícia

A morbidade ambulatorial na ginecologia e obstetrícia mostrou pequenas variações no período. Observa-se que a maior causa de atendimento foi pré-natal e ocorreu ampliação de atendimento em 7,9% de 1994 para 1996. Ocorreu ainda aumento importante no planejamento familiar (53,4%), passando de 7,3%, em 1994, para 11,2% em 1996. Estas ações representavam ênfases do Projeto Vida. Os demais atendimentos ginecológicos também se ampliaram em 1996. Exemplos importantes são os atendimentos no exame preventivo de câncer de colo (+ 38%) e transtornos pós-menopausa (+28,3%) (**TAB. 19**).

TABELA 19 - Distribuição de atendimentos em ginecologia e obstetrícia por Distrito Sanitário, segundo pesquisa de Morbidade Ambulatorial, 1994 e 1996, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Diagnóstico	1994 %	1996 %	Incremento 94-96
Assistência Pré-natal	26,6	28,7	7,9%
Doença Inflamatória do Colo e Vulva	14,1	10,6	-24,8%
Planejamento Familiar	7,3	11,2	53,4%
Exame ginecológico rotina	6,9	7,2	4,3%
Transtornos menstruais/ hemorragia genital	6,0	7,3	21,7%
Exame preventivo de câncer de colo	5,0	6,9	38,0%
Outras doenças do trato genital	4,6	3,7	-19,6%
Transtornos menopausa/ pós-menopausa	4,6	5,9	28,3%
Outros Diagnósticos	19,3	18,6	-3,6%
Ignorados	5,6	-	

Fonte: (SMSA/BH 1994 e 1996). Relatório de Morbidade Ambulatorial atendida na rede gerenciada pela SMSA/BH (IM1). Sistema de Informação/DEPLAR

5.3.6 Cobertura Vacinal

A avaliação da cobertura de imunização entre a população infantil representa um parâmetro importante na investigação, já que constitui ação de alto impacto e baixo custo e interfere diretamente na morbimortalidade infantil. Essa ação já era desenvolvida na rede anteriormente, inclusive com tradição de capacitação e treinamento de profissionais. Nesse período o avanço foi no sentido de ampliar para públicos como: adolescentes, gestantes e

mulheres em idade fértil, portadores de deficiência imunológica, além de ampliar o calendário de imunização de acordo com a programação do Ministério da Saúde (SMSA/BH, 1996b).

A atividade de imunização desenvolvida em todos os 126 (cento e vinte seis) Centros de Saúde consistiu na aplicação das vacinas do calendário básico do Programa Nacional de Imunização (PNI) - Sabin, BCG, DPT, Anti-Sarampo, DT, além do fornecimento de imunobiológicos para 16 (dezesesseis) unidades conveniadas. A partir de 1995, foi implantada a vacinação BCG em 5 (cinco) maternidades conveniadas de Belo Horizonte, sendo o serviço realizado por funcionários da rede municipal.

Em setembro de 1995, a SMSA/BH tornou disponível a imunoglobulina anti-Rh para gestantes e puérperas Rh (-) com indicação (cerca de 10% das gestantes), visando à profilaxia da isoimunização materna e suas conseqüências para o feto. Esta decisão foi tomada porque os supervisores hospitalares constataram que, apesar de remunerado na tabela do SUS, esse procedimento raramente era realizado pelos hospitais conveniados, acarretando sérios riscos para as mulheres RH (-). Até novembro de 1996 foram aplicadas 3200 doses da imunoglobulina, em 19 hospitais da rede pública e privada conveniada/contratada. O objetivo desta ação foi o combate à doença hemolítica do RN (SMSA/BH, 1996b).

Em 1996, introduziu-se nova vacina no calendário com a implantação nacional da tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba). Com isto ganhou impulso o controle da rubéola congênita. Procedeu-se à vacinação indiscriminada da população de 1 a 11 anos, em todas as escolas públicas e privadas de BH, sendo imunizadas 80% das crianças. Seguiu-se a vacinação de mulheres em idade fértil (14 a 49 anos) (SMSA/BH, 1996b).

No período foi também implantado o Centro de Referência de Imunobiológicos

Especiais (CRIE), visando ao atendimento de pessoas imunodeprimidas (pessoas com AIDS, pacientes em tratamento quimioterápico, pacientes urêmicos em diálise ou não, transplantados sob terapia imunossupressora e outros), cujo risco de complicações infecciosas muitas vezes é maior que o decorrente da doença primária (SMSA/BH, 1996b).

A cobertura vacinal em menores de um ano seguiu a tendência nacional de ampliação de cobertura. A **TAB. 20** mostra que todas atingiram níveis adequados, algumas vezes até extrapolando o esperado (100%), em função de haver atraído crianças de outros municípios vizinhos e principalmente porque na maioria das vezes, foram usados dados de estimativa da população menor de 1 ano, podendo levar a erros. A DPT caiu no último ano (1996), atingindo 85%, em função de desabastecimento nacional. A cobertura em menores de 4 anos também foi adequada, atingindo em torno de 100% (SMSA/BH, 1999a).

TABELA 20 - Cobertura vacinal em menores de 1 ano no município de Belo Horizonte, 1992 a 1997

Vacinas	1992		1993		1994		1995		1996		1997	
	Doses		Doses		Doses		Doses		Doses		Doses	
	Cobertura %		Cobertura %		Cobertura %		Cobertura %		Cobertura %		Cobertura %	
Sabim	38989	106	46858	126	43583	117	38479	102	35875	95	43037	113
Anti-sarampo	43355	118	39269	106	41193	110	34812	92	35482	94	52738	138
DPT?	38284	104	40980	110	43120	115	36955	98	32394	85	37720	99
BCG*	51109	139	55247	149	51125	137	46666	124	47005	124	48243	126
População estimada **	36.883		37.159		37.401		37.662		37.924		38.189	

Fonte: (SMSA/BH, 1999a). Relatório Coordenação técnica de imunização. Serviço de Atividades Assistenciais/Departamento de Ações de Saúde.

Obs: ? DPT (Difteria Tétano e Pertussis); * BCG- (Bacilo de Calmette-Guerin)

** População estimada: 1992 a 1995 (projeção censo de 1991), 1996 e 1997 (censo de 1996)

5.3.6.1 Evolução das doenças imunopreveníveis

Em consequência da boa cobertura vacinal ocorreu redução das doenças imunopreveníveis, como difteria, coqueluche, caxumba e rubéola. As vacinas contra as duas doenças últimas foram introduzidas na rede em 1997. Não é realizada a investigação epidemiológica sistemática dos casos de coqueluche, caxumba e rubéola, assim os casos correspondem àqueles notificados. Em consequência da introdução da tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba), em 1996, ocorreu o declínio dessas doenças, exceto o sarampo que voltou a crescer, resultando em epidemia em 1997, em decorrência do desabastecimento nacional da vacina (TAB. 21).

TABELA 21 - Evolução das doenças imunopreveníveis, segundo dados de notificação à Vigilância Epidemiológica, Belo Horizonte, 1993 a 1997

AGRAVOS	1993	1994	1995	1996	1997
Difteria	9	8	0	4	4
Tétano	9	8	0	8	3
Acidental					
Coqueluche	136	127	217	36	70
Caxumba	1.825	1.628	1.088	1.625	308
Rubéola	3.406	357	474	427	214
S. Rubéola	0	0	0	1	1
Congênita					
Sarampo	68	27	17	4	108**
PFA *	5	2	7	4	1
Hepatite B***	-	-	97	87	107

Fonte: (SMSA/BH, 1999a). Relatório Coordenação técnica de imunização. Departamento de Ações de Saúde/ SINAN/ NEPI.

*Paralisia Flácida Aguda.

** Desabastecimento Nacional da vacina anti-sarampo em 1997. ***Foi implantada em menores de 1 ano em 1998 .

A importância da imunização adequada consiste na redução da morbidade das doenças imunopreveníveis e dos óbitos por causas evitáveis, além da redução da mortalidade decorrente da "fragilização" por outras causas ao agir sobre a prevenção de infecções que provocam a depleção orgânica e desnutrição (HARTZ, et al. 1997).

5.3.7 Evolução das internações em Belo Horizonte

Foram avaliados os relatórios da SMSA/BH, pesquisa da Fundação João Pinheiro e outros estudos realizados sobre a evolução da morbidade hospitalar em Belo Horizonte.

No período de 1993 a 1996, ocorreu uma redução das internações em Belo Horizonte. Embora esta tendência de declínio tenha sido verificada nacionalmente, devido às medidas de controle da assistência hospitalar implantadas pelo Ministério da Saúde em 1995 - portaria do Gabinete do Ministro GM/272 (BRASIL, 1995), que reduziu de 10% para 8% o percentual máximo da população a ser internada, em Belo Horizonte esta redução ocorreu anteriormente à portaria, caindo de 98,4 (1993) para 72,8 (1996) internações por 1000 habitantes/ano. Essa queda foi maior que a média nacional, que reduziu de 97,4 (1993) para 79,7 (1996) internações por 1000 habitantes/ano (VASCONCELOS, 1998; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO - FJP, 1998).

A **TAB. 22**, ao mostrar a evolução do número de hospitais e de internações no período, revela que ocorreu também redução dos hospitais conveniados, o que se deve em parte à atuação do Controle e Avaliação no controle de fraudes e descredenciamento de alguns hospitais que não apresentavam condições de funcionamento.

TABELA 22 - Número de hospitais e total de internações realizadas pelo SUS em Belo Horizonte, 1993 a 1996.

ANO	Nº DE HOSPITAIS	TOTAL DE INTERNAÇÕES
1993	60	309.232
1994	60	284.785
1995	58	248.769
1996	54	251.510

Fonte: Fundação João Pinheiro (1998)

Estudo da Fundação João Pinheiro (1998), comparando a procedência das internações ocorridas em Belo Horizonte no período de julho a dezembro de 1993 com igual período de 1996, demonstrou que a cidade funciona como um pólo na assistência hospitalar. Entre as internações ocorridas no período, 40% eram de pacientes residentes em outros municípios e, em geral, elas estavam associadas à necessidade de serviços especializados e/ou de maior complexidade tecnológica. Belo Horizonte funciona então como referência para o Estado (TAB. 23).

TABELA 23 - Internações por local de residência do paciente SUS - Belo Horizonte, julho a dezembro de 1993 e 1996.

Residência do paciente	1993 (jul/dez)		1996 (jul/dez)	
	Internações	%	Internações	%
Belo Horizonte	101.840	64,4	75.999	60,1
DRS - Metropolitana	30.428	19,2	29.355	23,2
Outras DRS	15.369	9,7	11.591	9,2
Outros Estados	609	0,4	510	0,4
Sem registro do endereço	9.990	6,3	8.969	7,1
Total	158.236	100	126.424	100

Fonte: Fundação João Pinheiro (1998), Vasconcelos (1998)

Comparando as internações por faixa etária, observa-se redução em todas as faixas etárias (-18,7%), inclusive em menores de 14 anos, no período de 1993-1996 (**TAB. 24**).

TABELA 24 - Evolução das internações por faixa etária, em Belo Horizonte, 1993 - 1996.

	1993	1994	1995	1996	93-96 %
Menor 1 ano	28.068	25.130	21.961	21.366	- 23,9
1 a 4 anos	23.084	20.235	18.264	19.505	-15,5
5 a 9 anos	10.293	9.577	8.285	8.370	-18,7
10 a 14 anos	7.924	7.211	6.206	6.362	-19,7
15 a 19 anos	17.415	17.423	17.273	18.133	4,1
20 a 29 anos	60.423	56.903	51.855	50.859	-15,8
30 a 39 anos	47.495	45.156	38.732	37.688	-20,6
40 a 49 anos	31.719	29.270	24.311	24.772	-21,9
50 a 59 anos	28.900	25.344	20.538	20.892	-27,7
60 a 69 anos	26.666	24.347	20.157	21.021	-21,2
70 a 79 anos	18.490	16.582	14.599	14.883	-19,5
80 e mais anos	8.723	7.601	6.550	7.648	-12,3
Idade ignorada	32	6	38	11	-65,6
TOTAL	309.232	284.785	248.769	251.510	-18,7

Fonte: Vasconcelos (1998), cálculos de diferenciais revistos

5.3.7.1 Internação de menores de 28 dias por local de residência

A Fundação João Pinheiro (1998) realizou um estudo comparativo sobre as principais causas de internação entre menores de 28 dias (período neonatal) residentes em Belo Horizonte, na Diretoria Regional de Saúde (DRS) Metropolitana e em outras DRS do Estado

de Minas Gerais. Os dados revelam que, no período analisado - jul./dez. de 1993 e jul./dez. de 1996, houve redução importante (-40,2%) na internação em menores de 28 dias residentes em Belo Horizonte, sendo 2.853 (1993) e 1.706 (1996), permanecendo sem alterações na DRS Metropolitana 706 (1993) e 703 (1996) - **TAB. 25**. Houve também redução importante nas demais DRS do Estado, que pode, no entanto, ter outras causas, tais como fluxo, acesso, ou melhoria da qualidade dos serviços em regiões próximas, invertendo o fluxo para essas regiões. A comparação entre Belo Horizonte e DRS metropolitana estabelece um parâmetro mais adequado na comparação do perfil de internação (FJP, 1998).

A redução tanto ocorreu nas causas perinatais (prematuridade, baixo peso, icterícias, hipóxia, asfixia, infecção período perinatal e outras) quanto nas septicemias, anomalias congênitas e pneumonias.

TABELA 25 - Causas de internações em crianças menores de 28 dias por local de residência, SUS -

Principais diagnósticos	Residentes			DRS-Metropolitana			Outras D	
	1993	1996	% redução	1993	1996	% redução	1993	1996
Afecções Perinatais:								
1-Prematuridade e/ou baixo peso	722	414	42,7	176	150	14,8	39	
2-Icterícias perinatais	504	231	54,2	110	75	31,8	20	
3-Hipóxia, asfixia ao nascer	434	187	56,9	63	101	-60,3	4	
4-Infecções perinatais	125	60	52,0	46	28	39,1	2	
5-D. hemolítica do feto ou RN	89	63	29,2	20	29	-45,0	8	
6-Outras afecções perinatais	215	220	-2,3	56	73	-30,4	9	
Septicemia	171	96	43,9	75	38	49,3	31	
Anomalias congênicas	133	69	48,1	21	26	-23,8	50	
Pneumonias	122	49	59,8	36	33	8,3	13	
Outras do trato respiratório	44	40	9,1	9	16	-77,8	3	
Diarréias e desidratação	65	26	60,0	25	18	28,0	4	
Meningite	7	1	85,7	0	4	-400,0	1	
Obstrução intestinal sem hérnia	8	14	-75,0	4	8	-100,0	9	
Hérnias abdominais	7	10	-42,9	2	3	-50,0	1	
Sífilis congênita	10	9	10,0	4	7	-75,0	0	
Acidentes/violência	11	39	-254,5	3	23	-666,7	1	
Todos os outros	186	178	4,3	56	71	-26,8	30	
Total	2.853	1.706	40,2	706	703	0,4	225	1

Fonte: Fundação João Pinheiro (1998)

5.3.7.2 Internação de crianças com idade entre 28 dias e 1 ano por local de residência

O mesmo estudo analisa as internações ocorridas em crianças com idade entre 28 dias e 1 ano (período pós-neonatal), comparando a evolução entre os residentes em Belo Horizonte e aqueles residentes na Diretoria Regional de Saúde (DRS) Metropolitana e outras Diretorias Regionais de Saúde do Estado. Houve redução de 41% na internação dos residentes em Belo Horizonte, sendo 6.402 internações em 1993 e 3.789 em 1996. Na DRS Metropolitana ocorreram 2.089 internações em 1993 e 1.936 em 1996. A redução foi de menos de 8%, permanecendo muito semelhante. Da mesma forma que em menores de 28 dias, também houve redução importante nas demais DRS do Estado. Podem haver outras causas nessa redução, tais como fluxo, acesso, melhoria da qualidade dos serviços em regiões próximas, provocando a inversão do fluxo (FJP, 1998).

As principais causas de internação de crianças maiores de 28 dias e menores de 1 ano foram: pneumonias e diarreias, seguidas de septicemia, bronquite/asma e desnutrição. Entre os residentes no município, houve uma acentuada diminuição das internações em Belo Horizonte por pneumonias (-34,8%), diarreia (-64,5%), septicemia (-62,2%), bronquite/asma (-29,2%) e desnutrição (-84,6%), quando comparadas às internações de crianças residentes na região metropolitana que, em geral, tiveram reduções menos importantes ou até aumento, exceto na desnutrição, onde também ocorreu queda importante, embora menor que em Belo Horizonte (-76,2%). No entanto, os diagnósticos de internação por diarreia, pneumonias e bronquite/asma ainda foram elevados, correspondendo à 62% das internações em Belo Horizonte, em 1996, e 73% na região metropolitana (TAB. 26).

TABELA 26 - Principais causas de internações em crianças entre 28 dias e um ano por local de residência em dezembro de 1993 e 1996.

Principais diagnósticos	Residentes			DRS-Metropolitana			Outras
	Total de internações			Total de internações			Total
	1993	1996	% redução	1993	1996	% redução	1993
Pneumonias	2.356	1.537	34,8	713	903	-26,6	106
Diarréias e desidratação	1.527	542	64,5	475	372	21,7	32
Septicemia	539	204	62,2	183	115	37,2	57
Bronquite e asma	424	300	29,2	76	146	-92,1	8
Desnutrição	201	31	84,6	84	20	76,2	24
Hérnias cavidade abdominal	201	190	5,5	67	39	41,8	34
Anomalias congênitas	118	130	-10,2	48	38	20,8	81
Outras	1.036	851	17,9	443	303	31,6	305
Total	6.402	3.785	40,9	2.089	1.936	7,3	647

Fonte: Fundação João Pinheiro (1998). Tabela modificada (reagrupada e elaborado cálculo de redução).

5.3.8 Acompanhamento de grupos de risco

5.3.8.1 Visitas aos recém-nascidos (RN) do programa de Vigilância à Mortalidade Infantil

Conforme já descrito, a Vigilância à Mortalidade Infantil foi implantada na rede em 1994, sendo realizada a busca ativa no domicílio de todas as crianças consideradas de risco, segundo critérios também descritos (RN baixo peso, mãe analfabeta e/ou adolescente). Durante a visita era preenchido um questionário, com dados que permitiram traçar o perfil das famílias e do recém-nascido sob vigilância. As visitas eram realizadas por profissionais da unidade, auxiliares e enfermeiros na grande maioria. Na ocasião da visita era também agendada a consulta posterior na unidade. Essa visita servia para captação do RN de risco, inserindo-o no processo de acompanhamento do Centro de Saúde.

A **TAB. 27** mostra a distribuição dos nascidos vivos em Belo Horizonte, 1994 e 1995, por Distrito Sanitário. Os dados referem-se àqueles que preenchiam os critérios de risco por distrito. Considerando todo o município, foram 2.754 (8,5%) crianças de risco em 1994 e 2.728 (6,4%) em 1995. Desse total, 64,8% e 87,6% de RN de risco foram, respectivamente, visitados nos seus domicílios em 1994 e 1995.

TABELA 27 - Distribuição dos nascidos vivos e dos que preenchem critérios de risco por distrito, Belo Horizonte, 1994 e 1995.

Distrito	Nascidos Vivos 1994	Critério de risco 1994	% visitas RN 1994	Nascidos Vivos 1995	Critério de risco 1995	% visitas RN 1995
Barreiro	3.384	275	77,1	5.289	250	81,7
Centro-Sul	2.924	508	68,3	3.901	499	95,5
Leste	3.930	699	58,0	4.793	444	81,6
Nordeste	3.892	358	70,4	5.148	162	94,5
Noroeste	5.054	238	29,0	6.331	246	96,5
Norte	2.863	182	61,0	4.019	248	86,3
Oeste	3.730	270	85,2	5.178	553	96,3
Pampulha	1.681	42	42,9	2.176	62	89,3
Venda Nova	3.684	182	77,0	5.310	264	86,2
Total	32.142	2.754	64,8	42.145	2.728	87,3

Fonte : (SMSA/BH/BH, 1994 e 1995). Análise dos questionários das visitas aos recém-nascidos de risco. Núcleo de Epidemiologia/Sistema de Informação/ Departamento de Planejamento e Regulação

5.3.8.2 Acompanhamento dos menores de 1 ano do programa de Vigilância à Mortalidade

Infantil na rede.

O trabalho de visita domiciliar ao RN de risco, foi importante no sentido de ajudar na sensibilização das equipes quanto às condições de vida dessas famílias e à dificuldade de garantia de acesso dessas crianças, além de aumentar a responsabilização/vinculação dessa criança à

equipe. Entretanto, no final de 1995, essas visitas foram substituídas por abordagens das crianças e mães nas maternidades, referenciando-as aos Centros de Saúde. Um dos motivos dessa mudança de estratégia foi a constatação de que o intervalo entre o nascimento da criança e a visita domiciliar ultrapassava 30 dias em 60% dos casos, o que levava grande parcela das mães (70%) a procurar o serviço de saúde previamente.

A partir de então, o instrumento de aferição do andamento do programa passou a ser fornecido pelo SADE (Sistema de Avaliação de Desempenho). A boleta da criança possibilitou o acompanhamento das crianças de risco, emitindo-se relatórios por quadrimestre. Na boleta havia um campo de identificação de criança de risco, cujas informações eram cruzadas com as do banco de dados do SINASC, sendo em seguida geoprocessados todos os nascidos vivos de risco. Assim, tornou-se possível identificar (SMSA/BH/BH, 1996-1998; SANTOS, et al. 1998) o % de acompanhamento de criança de risco, através da seguinte equação:

n? de crianças de risco do Centro de Saúde (CS)

n? de crianças de risco geoprocessadas do SINASC no CS

O protocolo construído definiu o acompanhamento de crianças menores de 1 (um) ano, considerando sua prioridade na vigilância. Cadastradas as crianças, no primeiro mês do quadrimestre deveriam ser realizadas três consultas; no segundo e no terceiro mês, duas consultas e no quarto mês, uma consulta (**TAB. 28**). Esse indicador era prioritário e constava da planilha mínima de todos os Centros de Saúde, dada sua importância estratégica (SANTOS, et al. 1998).

TABELA 28 - Protocolo assistencial de vigilância à mortalidade infantil.

Meses	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês
Nº de atendimentos	03	02	02	01

Fonte : SMSA/BH/BH, 1996-1998; SANTOS, et al. 1998

Os dados foram apurados por quadrimestre, permitindo avaliar o acompanhamento dos menores de 1 (um) ano de risco. Em julho de 1996, existiam 1.416 crianças de risco acompanhadas (52,8%); aumentando no quadrimestre seguinte para 101,4% (sendo acompanhadas outras crianças além do critério de risco). Seguindo uma tendência de decréscimo nos demais quadrimestres, chegou a 52,1% no final de 1997 (**TAB. 29**). O que coincide com o término do pagamento do prêmio da Avaliação de Desempenho, o que pode ser atribuído principalmente ao desestímulo do registro das atividades, já que os trabalhadores passaram a se negar a preencher as boletas, como forma de protesto à desativação do prêmio, entretanto, não se pode desconhecer a desestruturação das ações, o que também pode ter contribuído nessa queda no acompanhamento. Após 1997, a boleta e o SADE, passaram a ser insuficientes na avaliação dos processos assistenciais.

TABELA 29 - Acompanhamento de crianças menores de 1 ano de risco na rede pública municipal, de julho de 1996 a dezembro de 1997.

Quadrimestre	Menor de 1 ano de risco	Menor de 1 ano acompanhados	Acompanhamento %
II Quadrim. de 1996	2.682	1.416	52,8
III Quadrim. de 1996	3.082	3.125	101,4
I Quadrim. de 1997	3.715	2.708	72,9
II Quadrim. de 1997	3.439	2.349	68,3
III Quadrim. de 1997	3.761	1.961	52,1

Fonte : (SMSA/BH/BH, 1996-1998). Relatório do Sistema de Avaliação e Desempenho. Sistema de Informação/

DEPLAR

5.3.8.3 Prevalência da Desnutrição

A partir de agosto/93, a SMSA/BH iniciou, em parceria com a Secretaria Municipal de Abastecimento (SMAB), um conjunto de ações de prevenção e combate à desnutrição. O programa consistiu em atender, nos Centros de Saúde, crianças menores de 5 anos, gestantes e nutrizes, realizando atividades educativas, acompanhamento individual e em grupos pela equipe de saúde e distribuição de "farinha enriquecida" acrescida de leite em pó integral, além de uma mistura composta de farelos contendo micronutrientes. O programa contemplou, ainda, a assistência às crianças em creches, visitas domiciliares e busca ativa de crianças faltosas ao programa, trabalho este realizado em parceria com a Pastoral da Criança (SMSA/BH, 1996b).

No sentido de verificar o estado nutricional e a situação alimentar da população menor de 5 anos em Belo Horizonte e possíveis diferenças entre as regiões no município, foi realizado um inquérito nutricional em 1993. Esta ação possibilitou a fundamentação de um sistema de vigilância alimentar e nutricional no município e contribuiu para o planejamento das ações locais. O inquérito trabalhou com uma amostra de 2.000 crianças de 0 a 5 anos, aproximadamente 1,1 % do universo investigado (179.507 crianças) e foi realizado durante a campanha de vacinação em 21 de agosto de 1993, nos postos de vacinação do município de Belo Horizonte. A análise dos dados mostrou que em Belo Horizonte, em 1993, havia uma prevalência segundo o índice de peso/idade, de 15,5% de crianças menores de 5 anos, abaixo do percentil 10 e de 8% em menores de 2 anos (MALTA et al, 1998a).

Outro parâmetro de estimativa da prevalência da desnutrição no município é o estudo conduzido pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (NUPENS/USP), que resultou na portaria Ministerial No 2.409, de 23/03/1998, modificada pela Portaria No 709, de 10/06/1999 (BRASIL, 1998; BRASIL, 1999). Este estudo estimou a prevalência da desnutrição através de um modelo preditivo do estado nutricional, acompanhando as curvas de crescimento ao longo das últimas décadas levou em conta os inquéritos de 1974 - Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF); de 1989 - Programa Nacional Sobre Saúde e o Nutrição (PNSN) e o estudo do NUPENS em 1996. Considerou-se o declínio da desnutrição no período por macrorregião e estimou-se a prevalência por municípios (MONTEIRO et al., 1992; MONTEIRO & CONDE, 1998; BRASIL, 1998, BRASIL, 1999). Esse estudo atribuiu um total de 3310 crianças desnutridas entre 6 a 23 meses, em 1997, em Belo

Horizonte, abaixo do percentil 10 de Peso/Idade (BRASIL, 1998; BRASIL, 1999). Estimando a população nessa faixa em torno de 60.000 crianças, teríamos, neste caso, uma prevalência, em 1997, de cerca de 5,5% de desnutridos.

Estudos de Monteiro & Conde (1998) demonstram a redução da desnutrição no Brasil, caindo em 85% nos últimos 20 anos. Conforme relatado acima teria ocorrido uma redução da prevalência da desnutrição em menores de 2 anos de 8% em 1993 (Malta et al., 1998 a), para 5,5% (Brasil, 1998). Temos, no entanto, que considerar que os estudos utilizaram metodologia diversa, e que o estudo do MS usou estimativa agregada por região. Daí a dificuldade de se tirar conclusões tão imediatas, mas sugere uma queda da desnutrição no município. Chegar-se-ia a melhor conclusão mediante um novo inquérito que trabalhasse os dados de forma desagregada e pudesse avaliar a atual situação nutricional da infância em Belo Horizonte.

5.3.8.4 Captação dos desnutridos

Os dados disponíveis na SMSA/BH mostram uma evolução crescente de crianças inscritas no programa: em 1993, 7.470 crianças; em 1994, 9.702 crianças e, em 1995, 8.649 crianças desnutridas inscritas, com idade entre 6 meses e 5 anos. Estes dados eram coletados manualmente dificultando o controle de entradas e saídas, altas e evolução do quadro nutricional. O registro obtido era, portanto, apenas da entrada da criança, não sendo registradas as altas e as crianças acompanhadas no período. Quando necessário, este dado era obtido levantando-se manualmente cada prontuário (SMSA/BH, 1996b).

A partir de julho de 1996, os dados foram obtidos através do sistema de Avaliação de

Desempenho (boletas), mostrando um total de 11.622 inscritos no último quadrimestre de 1996 e 14.705 inscritos no último quadrimestre de 1997, ou seja, ocorreu importante ampliação na captação dos desnutridos, ou das crianças sob risco nutricional, já que foram incluídos no programa todos aqueles abaixo de -2 desvios padrão de Peso/idade (ou percentil 16). A **TAB. 30** apresenta a evolução do número de crianças, gestantes e nutrizes cadastradas nos Centros de Saúde entre 1993 e 1996.

TABELA 30 - Número de crianças menores de 5 anos, gestantes e nutrizes cadastradas no Programa de Prevenção e Combate à Desnutrição (PPCD), 1993-1997, SMSA/BH.

Cadastrados	1993	1994	1995	1996*	1997**
Crianças	7.470	9.702	8.649	11.622	14.705
Gestantes e Nutrizes	2.459	3.150	4.534	***	***
Total	9.929	12.852	13.183	11.622	14.705

Fonte: 1993 a 1995: (SMSA/BH, 1996b). Relatórios do Serviço de Atividades Assistenciais. 1996 e 1997: (SMSA/BH, 1996-1998). Relatório do Sistema de Avaliação e Desempenho. Sistema de Informação/ DEPLAR

* 1996 - Sistema de Informação (SADE), refere-se a crianças menores de 5 anos acompanhadas por área de abrangência no último quadrimestre de 1996 (ag/nov).

** 1997 - Sistema de Informação (SADE), refere-se a crianças menores de 5 anos acompanhadas por área de abrangência no último quadrimestre de 1997 (set/dez).

*** Dado não disponível no SADE.

5.3.8.5 Acompanhamento dos desnutridos do programa

Outros dados extraídos do Sistema de Avaliação e Desempenho (SADE) dizem respeito ao número de desnutridos acompanhados e ao número de novos inscritos. Estes dados podem ser

desagregados por distrito e por centro de saúde. O percentual de desnutridos acompanhados era obtido através do cálculo do indicador:

$$\% \text{ de desnutridos acompanhados} = \frac{\text{n? de desnutridos acompanhados}}{\text{n? de desnutridos inscritos}}$$

O sistema permitiu ainda avaliar a evolução do grau nutricional dos desnutridos, fazendo monitoramento de grupos, ou ainda, se fosse do interesse do centro de saúde, o acompanhamento individualizado.

A partir de 1996, conjuntamente com a Avaliação de Desempenho, foi elaborado um protocolo de acompanhamento de desnutridos, associando a entrada da criança no projeto, no decorrer do quadrimestre, ao grau nutricional. O protocolo incorporou o número de atendimentos necessários, de acordo com o risco nutricional (desnutrição leve, moderada ou grave), a periodicidade do acompanhamento e o tipo de profissional que deveria executar o atendimento. Na desnutrição grave, deveriam ser feitos oito acompanhamentos no quadrimestre, ou seja, quinzenalmente a criança deveria comparecer à unidade para reavaliação. Além disso o atendimento deveria ser realizado somente por pediatras. Na desnutrição moderada, o acompanhamento só se caracterizaria, quando houvesse cinco registros de atendimento no quadrimestre, podendo ser feito pelo pediatra ou outros profissionais, inclusive em atividade coletiva. Na desnutrição leve, eram necessários três atendimentos no quadrimestre, também incorporando outros profissionais - **TAB. 31** (SANTOS, et al, 1998).

Esse protocolo, por ser informatizado, acabou por tornar muito rígido o controle. Se por

um lado representou avanços no sentido de assegurar qualidade, também enrijeceu processos de acompanhamentos individualizados. Por outro lado foi o único momento em que se pôde registrar o real acompanhamento dos desnutridos e não simplesmente o seu cadastramento.

TABELA 31 - Protocolo assistencial de desnutrição, conforme o mês de entrada no Projeto de Prevenção e Combate à Desnutrição e número de atendimentos necessários no quadrimestre para ser considerado acompanhado.

Grau Nutricional	Mês de inscrição e número de atendimentos necessários no Quadrimestre			
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês
Leve*	03	02	02	01
Moderado*	05	04	03	01
Grave*	08	05	03	01

Fonte : (SANTOS, et al, 1998).

Grau Nutricional: leve (- 1Desvio Padrão ou Percentil 16) , moderado (desnutrido entre o Desvio Padrão -1 e -2 ou entre Percnetil 16 e 2,3), grave (desnutrido abaixo de -2 Desvio Padrão ou abaixo do Percnetil 16).

A **TAB. 32** mostra a evolução dos inscritos e acompanhados no PPCD, segundo o quadrimestre, conforme dados do SADE. Observa-se que no II Quadrimestre de 1996, havia 6.485 inscritos e, no III Quadrimestre de 1997, 14705 inscritos, triplicando o número absoluto de crianças inscritas. Embora tenha havido um grande aumento na captação dos desnutridos, o mesmo não resultou no acompanhamento, havendo piora no percentual de acompanhamento de

60,3% no I Quadrimestre para 24,7% no III Quadrimestre de 1997. O avanço consistiu no aumento de novos inscritos no projeto, ocorrendo um maior afluxo de crianças, com tudo não foi mantido o percentual de seguimento das crianças.

TABELA 32 - Desnutridos inscritos e acompanhados na rede pública municipal de julho de 1996 a dezembro de 1997.

Quadrimestre	Desnutrido da área inscrito	Desnutrido da área acompanhado	Acompanhamento de Desnutrido %
II Quadrim. de 1996	5.579	3.366	60,3
III Quadrim. de 1996	11.622	6.729	57,9
I Quadrim. de 1997	13.892	5.636	40,6
II Quadrim. de 1997	18.145	4.496	24,8
III Quadrim. de 1997	14.705	3.628	24,7

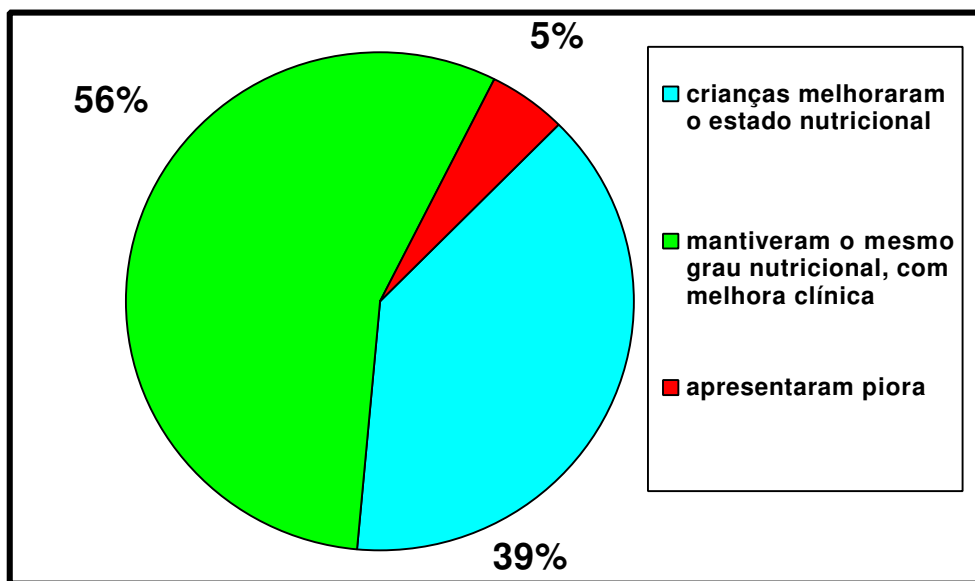
Fonte : (SMSA/BH, 1996-1998). Relatório do Sistema de Avaliação e Desempenho. Sistema de Informação/DEPLAR

5.3.8.6 Mudança do grau nutricional entre desnutridos acompanhados

A avaliação foi realizada em 1995, acompanhando-se 3.760 crianças menores de 5 anos durante 6 meses, através de levantamento manual de prontuários e identificação da evolução do grau nutricional no período. Observou-se que 1.202 (39%) apresentaram mudança do grau de desnutrição para melhor, 1.715 (56%) mantiveram-se no mesmo grau de desnutrição, porém com

melhora clínica acentuada, ou seja, reduzindo intercorrências como: problemas de pele, episódios de IRA, diarreia, redução da internação hospitalar e apenas 164 (5%) apresentaram piora do quadro inicial de desnutrição (FIG. 4).

FIGURA 4 - Impacto do PPCD na mudança do grau nutricional das crianças em Belo Horizonte.



Fonte: (SMSA/BH, 1996b). Relatórios do Serviço de Atividades Assistenciais.

Outra avaliação da mudança do grau nutricional foi feita utilizando-se os dados da Avaliação de desempenho, seguindo uma coorte de 1.855 crianças, que foram matriculadas no programa em novembro de 1996 e acompanhadas até abril de 1997. Eram crianças de todos os distritos e Centros de Saúde. Dessa amostra, 492 crianças foram acompanhadas segundo o protocolo da desnutrição e 1.363 crianças não seguiram o protocolo, ou não conseguiram receber

as consultas e, conseqüentemente, a farinha enriquecida prevista no acompanhamento dos desnutridos, por serem crianças faltosas. Este estudo permitiu também avaliar a evolução nutricional, segundo o grau de risco nutricional.

As crianças acompanhadas no programa, seguindo o protocolo, apresentaram uma melhor evolução do grau nutricional, sendo a melhora de 31,3% entre os desnutridos leves, de 64% entre os desnutridos moderados e de 60% entre os desnutridos graves (**TAB. 33**).

Quando se compara com a evolução das crianças que não seguiram o acompanhamento preconizado (74%), os resultados de melhora foram muito diferentes: 10,9% entre os desnutridos leves e 20 a 25% de melhora entre os desnutridos moderados e graves.

Embora o seguimento tenha durado pouco tempo (seis meses), podemos verificar melhora mais significativa entre desnutridos acompanhados segundo o protocolo da desnutrição, em relação aos outros que não se enquadravam nesta condição (faltosos). Essa diferença pode ser o reflexo do menor acompanhamento clínico, menor acesso às orientações e à farinha enriquecida. Também isso pode estar relacionado à maior dificuldade da família em lidar com o diagnóstico, dispensando, por isso mesmo, menor cuidado.

As crianças acompanhadas, segundo o protocolo, constituem 26,5% da amostra, o que revela a dificuldade operacional das unidades de saúde em seguir um número maior de crianças. O estudo mostra ainda a melhor resposta das crianças de maior risco nutricional (desnutridos moderados e graves) ao tratamento, embora a amostra seja menor nestas faixas. Evidencia ainda que os desnutridos moderados e graves são aqueles com maior dificuldade no acompanhamento, ou proporcionalmente constituem o maior contingente de faltosos, justamente aqueles que mais

necessitam do acompanhamento e que, teoricamente, deveriam ser prioritários nesta ação.

TABELA 33 - Evolução do grau nutricional no programa de Prevenção e Combate à Desnutrição, comparando-se a coorte de crianças desnutridas acompanhadas entre novembro de 1996 a abril de 1997, segundo o protocolo, com crianças que não seguiram o protocolo, em Belo Horizonte.

Grau Nutricional	Crianças acompanhadas Segundo o protocolo			Crianças que não seguiram o protocolo			Total Geral
	Melhora nutricional			Melhora nutricional			
	Sim	Não	Subtotal	Sim	Não	Subtotal	
	N %	N %		N %	N %		
Desnutrição leve	129 (31,3%)	283 (68,7%)	412 (29,7%)	106 (10,9%)	867 (89,1%)	973 (70,2%)	1385 (74,6%)
Desnutrição moderada	45 (64,3%)	25 (35,7%)	70 (17,6%)	68 (20,1%)	258 (79,9%)	326 (82,3%)	396 (21,3%)
Desnutrição grave	6 (60%)	4 (40%)	10 (13,5%)	16 (25%)	48 (75%)	64 (86,4%)	74 (3%)
Total			492 (26,5%)			1.363 (73,5%)	1855 (100%)

Fonte: (SMSA/BH, 1996-1998). Relatório do Sistema de Avaliação e Desempenho. Sistema de Informação/ DEPLAR

Esses resultados estão de acordo com estudos realizados por Musgrove (1990) que demonstram que o suplemento alimentar não produzirá efeito se não for associado a uma supervisão médica e a uma abordagem educativa. E podem explicar o motivo de uma evolução

tão mais favorável daquelas crianças acompanhadas conforme o protocolo (melhor seguimento da equipe de saúde, melhor abordagem educativa).

5.3.8.7 Evolução da morbidade ambulatorial, hospitalar e mortalidade por desnutrição no município

Conforme já descrito anteriormente, os bancos de dados da morbidade ambulatorial mostram um ligeiro declínio do diagnóstico "desnutrição" na rede pública municipal de 3,7% (1994), para 3,3% (1996), em atendimento de crianças na rede (**TAB. 15**).

Os dados relativos à morbidade hospitalar, como também já foi descrito anteriormente, revelam a acentuada diminuição das internações por desnutrição (-84,6%) em Belo Horizonte, em crianças menores de 1 ano, entre 1993 e 1996, quando comparadas às internações de crianças residentes na região metropolitana, onde também ocorreu redução importante, embora menor que em Belo Horizonte (-76,2%), **TAB. 26**. O mesmo se deu em relação à mortalidade infantil por desnutrição, passando de terceira causa com 12,3%, em 1993, para quinta causa (4,8%) em 1996, o que será descrito na **TAB. 41**.

Esses dados mostram a redução da desnutrição, enquanto causa de mortalidade e morbidade hospitalar infantil no município, no período analisado. Este fato pode estar relacionado a uma melhora na rede pública na identificação e abordagem dessas crianças, aliada também à melhoria geral na condição de vida.

5.3.8.8 Evolução da morbidade ambulatorial, hospitalar e mortalidade por doenças respiratórias no município

A análise da morbidade ambulatorial na rede própria, no âmbito da pediatria, conforme já visto anteriormente, mostrou um crescimento de diagnósticos considerados como casos mais agudos, comparando-se 1994 com 1996. Nas doenças respiratórias leves, foi de 15,3 para 16,4%, nas moderadas, de 7,9 para 10,3% e nos casos de asma de 0,9 para 4,1%. Esse quadro pode ser atribuído, em parte, à mudança no processo de trabalho na rede e à implantação do projeto de atendimento às doenças respiratórias, com capacitação da rede e maior ênfase no diagnóstico e captação das crianças (**TAB. 15**).

Comparando-se as internações de residentes no município, menores de 1 ano, ocorridas entre 1993 e 1996, conclui-se que houve uma diminuição das internações por pneumonias (-34,8%), bronquite e asma (-29,2%). Isso quando comparadas às internações de crianças residentes na região metropolitana, que aumentaram no período: pneumonias (26,6%) e bronquite/asma (92,1%), em 1996 (**TAB. 26**). Entretanto, as doenças respiratórias permanecem em primeiro lugar como causa de internação, justificando ações específicas.

Apesar do declínio verificado, pneumonia e broncopneumonia (BCP) continuaram como primeira causa de óbito (exceto as perinatais), praticamente não se alterando na mortalidade pós-neonatal 24,8% (1993) e 22,2% (1996), o que significa que, apesar dos avanços, as doenças respiratórias ainda persistem como um problema a ser enfrentado (**TAB. 41**).

5.3.9 Evolução do percentual de aleitamento na rede básica

O aleitamento materno constitui importante indicador das práticas de saúde, tendo em vista a sua importância na nutrição infantil, na prevenção de doenças diarreicas e outras doenças, além da importância na preservação do vínculo mãe/criança e dos benefícios maternos - involução do útero no pós-parto imediato, redução do câncer de mama e ovário (REZENDE, 1980).

Pesquisa realizada em 1999 pelo Ministério da Saúde, em 25 capitais, entrevistando 52.375 mães, mostrou que a duração mediana em dias de aleitamento exclusivo no Brasil é de 33,7 dias. Nessa pesquisa, Belo Horizonte mostrou um baixo desempenho, ficando em penúltimo lugar com apenas 9,6 dias em média (MARQUES, 1999).

Os dados do SADE, avaliando o desempenho do aleitamento entre mães da rede pública a partir dos extraídos do prontuário/boleta da criança, mostraram resultados melhores, embora a metodologia utilizada tenha sido diversa. Foram consideradas crianças até 4 meses, avaliando-se o aleitamento exclusivo (apenas leite materno), aleitamento misto (leite, sucos, outros leites, frutas) e aleitamento artificial (desmame). A média de aleitamento exclusivo foi de 32% em 1996; de 33,3% em 1997 e de 35,4% em 1998. Observa-se um progresso no período, ressaltando-se que essa clientela era constituída de crianças atendidas na rede pública municipal, portanto um público de maior vulnerabilidade, onde a prática do aleitamento deveria ser ainda mais incentivada. Considerando o aleitamento exclusivo e misto, conjuntamente, o percentual chega a cerca de 57% em menores de 4 meses (TAB. 34).

TABELA 34 - Percentual de crianças com 4 meses de vida acompanhadas pelos Centros de Saúde, segundo tipo de aleitamento, período de 1996 a 1998, Belo Horizonte, MG

Tipo de aleitamento	1996 %	1997 %	1998 %
Exclusivo	32,0	33,3	35,4
Misto	27,0	25,8	25,1
Artificial	39,0	39,9	38,8

Fonte : (SMSA/BH, 1996-1998). Relatório do Sistema de Avaliação e Desempenho. Sistema de Informação/ DEPLAR; (SMSA/BH, 1999c). Situação do Aleitamento Materno em Belo Horizonte. Coordenação de Atenção à Criança/ SAA/DCAS

5.3.10 Acompanhamento das Gestantes

As ações desenvolvidas pelo Projeto Vida abrangem também a reorganização da atenção à gestante, visando à captação precoce e o acompanhamento das gestantes, inserindo-as já nos primeiros meses de gravidez no programa de pré-natal. Com o lema "*nenhuma gestante na fila*" procurou-se facilitar o acesso das gestantes às unidades de saúde. Foi feito investimento na rede pública municipal, a partir de 1995, incentivando-se o acompanhamento clínico e definindo-se o protocolo: orientações às gestantes, incentivo ao aleitamento materno, vacinas e medicamentos necessários, acompanhamento intercalado entre enfermeiras e ginecologistas, definição do número de consultas durante o pré-natal, exames de rotina e condutas. Outro objetivo definido foi a capacitação da rede em temas como: pré-natal, aleitamento materno e outros; inscrição da gestante no Programa de Planejamento Familiar, no pós-parto, com garantia dos diversos métodos de anticoncepção (SMSA/BH, 1996b).

Foram construídos indicadores de aferição da qualidade do atendimento prestado, como exames solicitados/realizados no decorrer do pré-natal e imunização de gestantes. Através da Boleta da Mulher, o SADE passou a prover as informações sobre o número de gestantes inscritas e número de gestantes acompanhadas.

O conceito de "acompanhamento de gestante" seguiu o protocolo assistencial que preconizava um número mínimo de consultas, conforme o período de inscrição da gestante no programa. Foram consideradas acompanhadas somente aquelas gestantes inscritas antes do último trimestre de gestação. A porcentagem foi calculada através do seguinte indicador:

$$- \% \text{ gestantes acompanhadas} = \frac{n? \text{ de gestantes acompanhadas}}{n? \text{ de gestantes inscritas no programa}}$$

$$n? \text{ de gestantes inscritas no programa}$$

A **TAB. 35** apresenta o protocolo com o número de consultas preconizadas para o acompanhamento das gestantes no quadrimestre. Se a entrada ocorresse no primeiro mês, seriam necessárias três consultas no quadrimestre; no segundo e no terceiro mês, duas e no quarto mês, uma consulta.

TABELA 35 - Protocolo Assistencial de gestantes utilizado no SADE.

Meses	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês
Nº de atendimentos	03	02	02	01

Fonte : (SANTOS, et al. 1998)

A **TAB. 36** mostra que, no decorrer dos quadrimestres (96-97), ocorreu um aumento significativo do número de gestantes inscritas, passando de 7.080 gestantes no segundo

quadrimestre de 1996, para 32.926 no terceiro quadrimestre de 1997, representando, nesse último, cerca de 87% das 37.499 gestantes estimadas. O que demonstra a grande capacidade do serviço de atraí-las. Quanto ao acompanhamento, o percentual sofreu um declínio de 61% para cerca de 18% no período. Esses dados revelam que o potencial de captação é maior que o de acompanhamento. Somou-se à essa dificuldade o desestímulo ao preenchimento das boletas, após o ano de 1997, pela desativação da Avaliação de Desempenho.

TABELA 36 - População de gestantes, inscrição para o pré-natal e acompanhamento, na rede pública municipal de Belo Horizonte, julho de 1996 a dezembro de 1997.

Quadrimestre	Gestantes estimadas	Gestantes inscritas	Cobertura de captação (%)	Gestantes acompanhadas	Gestantes acompanhadas (%)	Cobertura acompanhamento (%)
II Q. 1996	25.484	7.080	27,0	4.384	61,9	17,2
III Q. 1996	35.125	13.927	39,6	8.519	61,2	24,2
I Q. de 1997	36.304	21.702	59,7	8.179	37,7	22,5
II Q. de 1997	38.842	26.999	69,5	5.104	18,9	13,1
III Q. de 1997	37.499	32.926	87,8	5.940	18,0	15,8

Fonte : (SMSA/BH, 1996-1998). Relatório do Sistema de Avaliação e Desempenho. Sistema de Informação/DEPLAR;

5.3.11 A Mortalidade Infantil

Durante as últimas décadas, na maioria dos países da América Latina, têm ocorrido mudanças significativas na situação de saúde, que se traduziram em reduções importantes das

taxas de mortalidade específicas nas idades mais jovens, sobretudo em menores de 5 anos. No entanto, por trás dessas melhorias aparentes na realidade sanitária, esconde-se uma realidade de profundas desigualdades entre países e, no interior de cada país, entre setores sociais. Existem fortes evidências de que a desigualdade exerceu impacto negativo sobre as condições de vida de grandes setores da população durante os anos 80 e início dos 90. Também aumentou o número de pessoas vivendo em condições de pobreza, avaliado em cerca de duzentos milhões na América Latina (CASTELLANOS, 1997).

O tema da desigualdade em saúde se mantém com a maior atualidade, dado o modelo de desenvolvimento econômico implementado no continente na década de 90, que avança acompanhado de uma política social que acentua a exclusão social, a desigualdade, gerando um maior contingente de desempregados, de menores de rua, sem-teto, enfim de uma massa crescente de excluídos socialmente (BARROS, 1997). Assim, esse tema torna-se pauta importante dos movimentos sociais, das administrações democráticas populares, enfim dos segmentos comprometidos com o avanço das políticas públicas.

A Epidemiologia “descritiva” – descrição e análise de padrões de distribuição de eventos de saúde e, mesmo, de fatores de risco em diferentes segmentos de populações, em espaços diversificados – visa à identificação de “diferenças” observáveis em incidências e prevalências de doenças ou taxas de mortalidade. É o achado de “diferenças” que alimenta o desenvolvimento de hipóteses, especulações, análises epidemiológicas, decisões e intervenções (BARROS, 1997).

Um campo de estudo que vem se desenvolvendo no sentido de evidenciar as desigualdades consiste na análise das condições de saúde referenciadas territorialmente. Assim, a

concepção do espaço passa a ser compreendida não só numa dimensão ecológica, natural ou administrativa, mas do espaço social e historicamente constituído como expressão de transformações sociais e de formas sociais específicas de ocupação (SANTOS, 1985; SANTOS, 1991; BARROS, 1997; NAJAR & MARQUES, 1998; ASSUNÇÃO et al., 1998).

Diversos autores têm estudado os diferenciais intra-urbanos, buscando identificar as desigualdades e gerando, assim, possibilidades de sua superação (GRANDA & BREIL, 1989; CASTELLANOS, 1997; BARROS, 1997; AKERMAN, 1997).

As iniquidades sociais nos perfis de mortalidade e condições de vida constituem as principais barreiras para o avanço e melhoria da situação de saúde. Dessa forma, as políticas de saúde deveriam considerar não somente os critérios de eficiência mas também a definição do impacto potencial, da redução da mortalidade e na melhoria das condições de vida das populações marginalizadas (CASTELLANOS, 1997).

Daí a importância de que sejam desenvolvidos sistemas de análise e de vigilância do impacto das políticas econômicas e sociais sobre a situação de saúde e as condições de vida dos diferentes setores da população. Sistemas estes que, vinculados aos níveis decisórios, contribuirão "com os esforços de tornar prioritários os setores e territórios mais empobrecidos, assim como a adequação das intervenções a seus perfis de problemas prioritários", intensificando a capacidade da Saúde Pública de assumir as iniquidade sociais como objeto de estudo e transformação, tanto no espaço da investigação científica, quanto das intervenções (CASTELLANOS, 1997). Na medida em que os serviços de saúde incorporarem o conceito das desigualdades sociais, assumindo a incumbência das ações relativas a populações social e

territorialmente definidas, contribuirão na produção da equidade em saúde (BARROS, 1997).

5.3.11.1 Implantação do Sistema de Mortalidade em Belo Horizonte

Em 1993, a implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e a comunicação dos nascidos diretamente à SMSA/BH possibilitaram a montagem do banco de dados dos nascidos vivos, tornando possível a utilização de denominadores confiáveis e a detecção de RN com maior risco de adoecer e morrer.

A SMSA/BH, através do Núcleo de Epidemiologia (NEPI), estruturou o banco de dados do Sistema de Mortalidade (SIM) em 1993 e 1994, a partir da digitação das cópias xerográficas das declarações de óbito obtidas na Fundação João Pinheiro (FJP), órgão estadual responsável, na época, pelo sistema de informação de mortalidade. Após este período, as declarações passaram a ser entregues diretamente à SMSA/BH, passando o banco de dados de mortalidade a ser sistematicamente trabalhado, melhorando-se a qualidade dos endereços, ou seja, os coeficientes atuais espelham a realidade de uma forma mais precisa.

A cobertura do SINASC para Belo Horizonte, após 1993, tem sido próxima dos 100%, já que segundo os dados de 1996, 99,8% dos partos foram hospitalares, sendo emitida a Declaração de nascidos (DN) em todos os estabelecimentos, e nos demais (0,2%), os próprios cartórios a providenciaram no momento do registro do nascimento (RODRIGUES, et al., 1997). No caso do SIM, também é obrigatória a emissão da Declaração de Óbitos (DO), não sendo permitido o sepultamento sem a mesma. Não se tem conhecimento de cemitérios clandestinos em Belo Horizonte, estima-se, portanto, em aproximadamente 100% a cobertura do SIM.

5.3.11.2 Alguns indicadores do SINASC

O SINASC constitui importante base de dados para o monitoramento das condições de saúde, possibilitando o acompanhamento de inúmeros fatores. Consideraremos para avaliação os indicadores de parto na adolescência, gestação menor de 37 semanas e percentual de parto operatório. O primeiro, por indicar também condições sociais, as gestações menores de 37 semanas, por ser fator importante na mortalidade infantil e o parto operatório, por revelar não somente a assistência, mas também a questão da gestão. Faremos também uma breve descrição de alguns outros indicadores encontrados no SINASC. Os dados estão na **TAB. 37**.

A média de nascimentos em Belo Horizonte é de, aproximadamente, 41.000 nascidos/ano, seguindo a mesma tendência nacional com cerca de 51% dos nascimentos do sexo masculino. Os nascidos de baixo peso (<2500g) constituem cerca de 10%, tendo havido um ligeiro decréscimo de 1993 (10,7%) para 1996 (10,0%), bastante semelhante ao encontrado em outros estudos (VICTORA, 1989). Segundo a OMS, o baixo peso é o fator individual mais importante na determinação da probabilidade de sobrevivência dos recém-nascidos. A assistência pré-natal e ao parto dessas crianças é prioritária no sentido de reduzir os óbitos por causas perinatais (HARTZ et al., 1997).

Chama a atenção o aumento da gravidez em adolescentes, passando de 14,1%, em 1993, para 16,8% em 1996, o que é semelhante ao encontrado em Pelotas, mas muito superior ao encontrado na Inglaterra (VICTORA, 1989). Mesmo com esse crescimento, esse não tem sido um tema em debate na cidade, por conseguinte não têm sido desenvolvidas políticas públicas preventivas.

Ocorreu, no período, aumento de 21% das gestações com duração menor que 37 semanas, passando de 5,6% (1993) para 6,8% (1996). Esse fator pode indicar um pré-natal insatisfatório, devendo ser melhor explorado.

Os partos operatórios (cesáreas) aumentaram levemente - 40,9%, em 1993, para 43,7% em 1996. Índices próximos aos encontrados em estados como Rio de Janeiro (43,3%) e São Paulo (52,1%), embora bem mais elevados que regiões como o Nordeste (20,4%) e Norte (25,2%) (MARANHÃO et al., 1999). Ao se analisar dados por instituição, observa-se nos hospitais estritamente privados índices muito elevados de partos cesáreos, atingindo entre 70 e 80% dos partos. Esses índices declinam nos hospitais conveniados ao SUS, sendo o menor índice (em torno de 17%) encontrado em um hospital conveniado ao SUS e que faz parte do Programa Hospital Amigo da Criança da United Nations Children's Fund (UNICEF), com grande incentivo à humanização no parto.

Outros dados importantes a serem considerados são: a tendência de gravidez única mantém-se estável no período, 98%; a escolaridade materna melhorou, passando de 59,2% mães com menos de 8 anos de instrução, em 1993, para 55,6% em 1996. O grau de instrução materno pode ser visto como um indicador de condição social, sendo que o maior grau de instrução facilita acesso a emprego e melhoria da posição sócio-econômica da família (VICTORA, 1989, RODRIGUES, et, al 1997).

O aumento da gravidez na adolescência e o aumento das gestações menores de 37 semanas são os fatores que mais se alteraram no período. Deveriam ser acompanhados e investigados, visando reduzir a mortalidade infantil e materna.

TABELA 37 - Caracterização dos nascidos vivos residentes em Belo Horizonte, 1993 a 1996

	ANO			
	1993 (%)	1994 (%)	1995 (%)	1996 (%)
Peso ao nascer:				
< 2500g	10,7	10,6	10,2	10,0
>= 2500g	89,3	89,4	89,8	90,0
Duração da gestação:				
< 37 semanas	5,6	5,8	6,0	6,8
>= 37 semanas	94,4	94,2	94,0	93,2
Tipo de gravidez:				
Única	98,1	97,9	97,9	97,9
Múltipla	1,9	2,1	2,1	2,1
Idade materna:				
< 20 anos	14,1	14,7	15,5	16,8
20 - 34 anos	76,6	75,7	74,7	73,0
35 anos e mais	9,5	9,6	9,8	10,3
Tipo de parto:				
Espontâneo	56,3	54,9	54,1	53,9
Operatório	40,9	42,7	43,5	43,7
Fórceps	2,8	2,4	2,4	2,4
Grau de instrução da mãe:				
< 8 anos	59,2	58,6	58,2	55,6
>= 8 anos	40,8	41,4	41,8	44,4
Total de nascidos vivos	41.170	41.290	42.153	41.487

Fonte: (SMSA/BH, 1994-1997a). Perfil de nascidos vivos em Belo Horizonte. SINASC. Núcleo de Epidemiologia/SI/DEPLAR

5.3.11.3 Evolução da Mortalidade Infantil em Belo Horizonte

Em Belo Horizonte, no período entre 1979 a 1996, houve uma diminuição do CMI, passando de 64,02, em 1979, para 25,8 óbitos por 1000 nascidos vivos em 1996 (**TAB. 38**), seguindo a mesma tendência da maioria das capitais do Brasil e da América Latina (SIMÕES & MONTEIRO, 1995). Esta queda deveu-se à redução dos óbitos infantis tardios por diarreias, pneumonias e desnutrição. No período analisado, ocorreu um decréscimo do CMI, passando de 34,4/1000, em 1993, para 25,8/1000 em 1996, representando uma redução de 24,4% no coeficiente.

TABELA 38 - Série histórica dos coeficientes de mortalidade infantil, por 1000 nascidos vivos Belo Horizonte, 1979 a 1996.

Ano	Coeficiente de Mortalidade Infantil
1979	64,0
1980	57,4
1981	54,1
1982	54,8
1983	46,5
1984	44,8
1985	42,5
1986	38,7
1987	41,7
1988	43,9
1989	36,6
1990	36,5
1991	36,7
1992	39,2
1993	34,4
1994	34,1
1995	28,5
1996	25,8

Fonte: Dados de 1979 a 1992 (SMSA/BH, 1994a). Projeto de Vigilância à mortalidade infantil; dados de 1993 a 1996 (SMSA/BH, 1999b) Diagnóstico de Saúde da criança. Núcleo de Epidemiologia/SI/DEPLAR

5.3.11.4 Evolução da Mortalidade Neonatal e Pós-Neonatal em Belo Horizonte

O Coeficiente de Mortalidade Infantil pode ser decomposto nos seguintes coeficientes:
 Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce (óbitos que ocorrem na primeira semana de vida),

Coeficiente Mortalidade Neonatal Tardio (óbitos que ocorrem após o 7º dia, indo até o 28º dia de vida), Coeficiente Pós-Neonatal (óbitos ocorridos após o 28º dia de vida, indo até o final do 1º ano).

Em Belo Horizonte, o Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce manteve-se relativamente estável no período, saindo de 14,5/1000, em 1993, e chegando a 13,4/1000 em 1996. Seu declínio foi de 8%. O mesmo ocorreu com o Coeficiente Mortalidade Neonatal Tardio, que era de 4,4/1000, em 1993, e chegou a 3,7/1000 em 1997, declínio de 6% (TAB. 39). O Coeficiente Neonatal (óbitos ocorridos em menores de 28 dias), que agrega os dois últimos coeficientes, oscilou de 18,9/1000 (1993) para 17,2/1000 (1996).

A queda da mortalidade neonatal decorre pelo desencadeamento de ações de assistência perinatal: assistência ao parto, assistência hospitalar, leitos de risco, complexidade tecnológica, além da assistência ao pré-natal.

Hartz (1997) cita estudo de Roger e Rougemont (1989) que argumentam, que duas mulheres cujo nível de escolaridade difere, correm um risco comparável de mortalidade perinatal (mortes fetais e até aos sete dias de vida), quando beneficiadas de, pelo menos, seis consultas pré-natais. Outros estudos realizados em Québec, Canadá, entre gestantes de baixa renda, mostram que se conseguiu reduzir em 30 a 50% a taxa de baixo peso ao nascer, através de intervenções como visitas ao domicílio, ajuda material e suplementação alimentar.

Em Belo Horizonte, a mortalidade neonatal tem se revelado de difícil intervenção, o que em parte se justifica pelo fato de ações como melhoria da qualidade da assistência ao parto e ampliação de leitos de risco terem se realizado ainda de forma incipiente.

A queda da mortalidade infantil ocorreu basicamente devido ao componente pós-neonatal, reduzindo de 15,5/1000 (1993) para 8,6 (1996), totalizando uma queda de 43% no período (TAB. 39). Essa queda deveu-se ao fato de que as causas de mortalidade que comumente afetam neste período (pneumonias, infecções intestinais, desnutrição) tornam-se mais facilmente removíveis quando se organiza a assistência (serviços ambulatoriais e hospitalares), o acompanhamento, além das intervenções nas condições de vida, saneamento, dentre outras.

TABELA 39 - Distribuição de óbitos segundo período de ocorrência e coeficiente de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos, Belo Horizonte, 1993 a 1996

Período do óbito	1993			1994			1995			1996		
	Freq.	%	Tx. Mort.	Freq.	%	Tx. Mort.	Freq.	%	Tx. Mort.	Freq.	%	Tx. mort.
Neonatal precoce	596	42,2	14,5	639	45,3	15,4	615	51,0	14,5	552	52,3	13,4
Neonatal tardio	179	12,7	4,4	150	10,6	3,6	146	12,2	3,5	153	14,5	3,8
Pós-neonatal	637	45,1	15,5	622	44,1	15,0	444	36,8	10,5	350	33,1	8,6
Total	1.412	100,0	34,4	1.411	100,0	34,0	1.205	100,0	28,5	1.055	100,0	25,8

Fonte: (SMSA/BH, 1999b) Diagnóstico de Saúde da criança. Extraído do SIM/SINASC/. Núcleo de Epidemiologia/SI/DEPLAR.

Obs: Total de nascidos vivos: 1993 = 41.170, 1994 = 41.290, 1995 = 42.153, 1996 = 41.487

5.3.11.4.1 Causa Básica da Mortalidade Neonatal

Para efeito do estudo analisaremos conjuntamente a mortalidade em menores de 28 dias, ou neonatal, já que não ocorrem grandes distinções entre as causas básicas da mortalidade neonatal precoce e tardia.

Os óbitos neonatais apresentaram um leve declínio, permanecendo como causa principal as afecções do período perinatal (Síndrome de Angústia Respiratória - SARI e outras), que se mantiveram no patamar de 80%. As anomalias congênitas oscilaram pouco, mantendo-se entre 8,6% (1993) e 8,3% (1996). As pneumonias tiveram um declínio de 4,4% (1993) para 0,8% (1996). As causas perinatais e anomalias congênitas são de difícil remoção, mantendo o coeficiente neonatal estável e em níveis elevados no período (**TAB. 40**).

TABELA 40 - Distribuição dos óbitos infantis neonatais segundo principais causas básicas, Belo Horizonte, 1993 a 1996

Causa básica	1993		1994		1995		1996	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Afecções período neonatal	606	78,2	668	84,1	539	70,8	571	80,9
-SARI	168	27,7	189	23,8	118	21,8	123	17,4
-Infecções específicas	92	15,2	88	11,1	94	17,4	94	13,3
-Outras afecções respiratórias	83	13,7	148	18,6	83	15,4	119	16,8
-Outras	263	43,4	243	30,6	244	30,2	235	33,3
Anomalias congênitas	76	8,6	63	7,9	77	10,1	59	8,3
Pneumonias e BCP	34	4,4	15	1,9	19	2,7	6	0,8
Outras	68	8,8	48	6,0	126	16,6	53	7,5
Ignorado	-	-	-	-			16	2,3
TOTAL	775	100,0	794	100,0	761	100,0	705	100

Fonte: Fonte: (SMSA/BH, 1999b) Diagnóstico de Saúde da criança. Extraído do SIM/SINASC. Núcleo de Epidemiologia/SI/DEPLAR

5.3.11.4.2 Causa Básica da Mortalidade Pós-Neonatal

Houve um declínio importante nos óbitos do período pós-neonatal, forçando a queda da mortalidade infantil. A pneumonia e a broncopneumonia (BCP) mantiveram-se como primeira

causa de óbito, praticamente não se alterando os índices - 24,8% (1993) e 22,2% (1996). A infecção intestinal também apresentou declínio, passando de 20,4% (1993) para 15,4% (1996). Quanto à desnutrição, temos uma redução importante, passando de terceira causa com 12,3% (1993) para quinta causa - 4,8% (1996). Seguem-se as anomalias congênitas, que cresceram proporcionalmente em importância, passando de 6,9% (1993) para 9,4% (1996), por representarem causa de difícil remoção e de interferência nos seus determinantes genéticos. As septicemias ficaram estáveis 11,0% (1993) e 10% (1996), embora com importante queda em números absolutos (**TAB. 41**).

A análise da mudança do perfil de mortalidade pós-neonatal é importante, demonstrando que foram alteradas causas preveníveis, como as infecções intestinais, desnutrição, infecção respiratória, etc. Essa mudança pode ser vista como reflexo da melhoria na assistência, nos níveis de saneamento e outras ocorrida no período.

TABELA 41 - Distribuição dos óbitos infantis tardios (pós-neonatais) segundo principais causas básicas, Belo Horizonte, 1993 a 1996.

Causa básica	1993		1994		1995		1996	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Pneumonia e BCP	158	24,8	145	23,50	105	23,8	78	22,2
Infecção intestinal	130	20,4	119	19,3	81	18,2	54	15,4
Desnutrição	78	12,3	50	8,1	29	6,7	17	4,8
Septicemia	70	11,0	70	11,3	46	10,4	35	10,0
Anomalia congênita	44	6,9	36	5,8	49	11,0	33	9,4
Outras	157	24,6	197	31,9	134	44,4	130	37,1
Ignorado	-	-	-	-	-	-	3	0,8
Total	637	100,0	617	100,0	444	100,0	350	100,0

Fonte: Fonte: (SMSA/BH, 1999b) Diagnóstico de Saúde da criança. Extraído do SIM/SINASC. Núcleo de Epidemiologia/SI/DEPLAR

5.3.11.5 Evolução da Mortalidade Infantil por Distritos e estudo das *Brechas Redutíveis*

Belo Horizonte é dividida em áreas geográficas que compõem os nove Distritos Sanitários (DS) e que correspondem, cada uma delas, a um contingente de cerca de 250 a 300 mil habitantes.

Observa-se entre os Distritos Sanitários a mesma tendência de queda da mortalidade infantil do município. Os coeficientes aproximam-se da média global, mas existem diferenças

entre eles, revelando que, mesmo em unidades mais agregadas de análise, como os DS, ainda são evidenciadas desigualdades. A redução do CMI em 4 anos foi de 25%, havendo, entretanto, DS como o Barreiro, onde a queda foi acima de 53%. Outros, como o Centro Sul, em 1996 permaneciam com coeficiente acima da média do município (30,2/1000). Dadas as diferenças, procedeu-se ao estudo das "*brechas redutíveis*".

TABELA 42 - Coeficiente de Mortalidade Infantil no município de Belo Horizonte por Distritos Sanitários, 1993-1996.

Distrito	1993	1994	1995	1996	% Redução
Barreiro	41,7	32,3	31,0	19,8	53,0
Centro-Sul	35,2	30,7	30,5	30,2	14,2
Leste	32,9	32,7	29,6	24,6	25,2
Nordeste	31,8	31,2	27,4	21,3	33,0
Noroeste	30,4	28,6	27,5	23,9	21,3
Norte	40,8	34,7	29,1	27,4	32,8
Oeste	31,8	33,6	29,9	26,3	17,2
Pampulha	24,9	31,5	32,2	23,3	6,4
Venda Nova	31,6	33,4	23,2	26,6	17,0
Município	34,4	34,1	28,5	25,8	25,0

Fonte: (SMSA/BH, 1999b) Diagnóstico de Saúde da criança. Extraído do SIM/SINASC. Núcleo de Epidemiologia/SI/DEPLAR

Segundo Castellanos (1994), as "*brechas redutíveis*" permitem interpretar os coeficientes de mortalidade, em comparação com outros grupos sociais que se encontram em circunstâncias similares, estabelecendo-se uma taxa de referência com a qual se compara o quanto se poderia ainda ter sido atingido na redução da mortalidade infantil.

Para verificar a existência das brechas redutíveis, escolheu-se o menor CMI obtido por um Distrito em todo o período de 1993 a 1996. O valor-padrão definido para o cálculo das brechas foi o CMI de 19,8, apresentado pelo DS Barreiro em 1996. O cálculo das brechas da mortalidade infantil foi realizado a partir dos coeficientes de mortalidade infantil (TAB.42), aplicando-se a equação descrita por Castellanos (1994) e NISIS (2000), conforme a seguir:

$$\text{Brecha CMI} = \frac{\text{CMI de determinado DS} - 19,8}{19,8}$$

$$19,8$$

A **TAB. 43** descreve os valores das brechas redutíveis e seu comportamento ao longo do período estudado.

TABELA 43 - Brechas redutíveis do CMI dos DS de Belo Horizonte, 1993 a 1996.

Distrito	1993	1994	1995	1996
Barreiro	1,13	0,65	0,58	0,00
Centro-Sul	0,80	0,57	0,56	0,54
Leste	0,68	0,67	0,51	0,26
Nordeste	0,62	0,59	0,40	0,09
Noroeste	0,55	0,46	0,40	0,22
Norte	1,08	0,77	0,48	0,40
Oeste	0,62	0,71	0,53	0,34
Pampulha	0,27	0,61	0,64	0,19
Venda Nova	0,61	0,70	0,18	0,36

Fonte: (SMSA/BH, 1999b) Diagnóstico de Saúde da criança. Extraído do SIM/SINASC/. Núcleo de Epidemiologia/SI/DEPLAR
Cálculos realizado segundo equação de (CASTELANOS, 1994; NISIS, 2000).

Observamos que, no ano de 1993, o DS Barreiro apresentou a maior brecha entre os Distritos, correspondente a 1,13 vezes o CMI do próprio DS Barreiro de 1996. Esta brecha foi reduzida contínua e progressivamente no período, de forma que, em 1996, este Distrito passou a apresentar a menor brecha dentre todos. Este comportamento de redução contínua da brecha ocorreu na maioria dos distritos, exceto no DS Centro Sul e DS Pampulha. O DS Centro Sul apresentou estabilidade, praticamente sem redução das brechas, sendo a maior em 1996 (0,54). O DS Pampulha apresentou, em 1993, a menor brecha, correspondente a 0,27 vezes o CMI, do DS Barreiro, em 1996; no entanto, esta brecha apresentou uma elevação nos dois anos seguintes, de

modo que, no ano de 1995, mostrou a maior brecha entre os 9 Distritos (0,64), tornando a cair em 1996 (0,19).

Em 1996, de uma forma geral, os distritos apresentaram-se mais homogêneos em relação à mortalidade infantil, exceto o DS Centro Sul, que apresentou ainda grande "distância" do CMI do Barreiro (0,54).

Por meio do estudo das "*brechas redutíveis*", torna-se possível estabelecer comparações e traçar metas, comparando-se situações semelhantes. É necessário aprofundar os estudos sobre os motivos que têm mantido o CMI elevado no DS Centro Sul, já que é um dos DS com melhores condições de vida na cidade, embora com extensas áreas de risco, vilas e favelas.

5.3.11.6 A Mortalidade Infantil em Belo Horizonte por área de abrangência dos Centros de Saúde, 1994 e 1996

Os nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte se subdividem em áreas de abrangência dos centros de saúde. A definição dessas áreas se deu a partir do processo de territorialização, em 1992, levando-se em conta o acesso da população aos serviços, suas barreiras geográficas e malhas viárias. No seu desenho essas áreas, levaram em consideração os limites dos setores censitários definidos pelo IBGE e digitalizados pela Empresa de Processamento de Dados do município (Prodabel).

Em cada área de abrangência, foram identificadas áreas de risco, levando-se em conta critérios como: tipo de moradias, condições de infra-estrutura urbana caracterizadas pela presença

ou não de água tratada, esgotamento sanitário, pavimentação, iluminação, riscos geológicos e outros riscos socioeconômicos já identificados por outros setores da administração municipal. Estas informações foram complementadas pelas equipes técnicas dos centros de saúde, que se utilizaram de pesquisas do tipo estimativa rápida para consolidar as informações sobre um determinado território a partir de fontes, como: as diversas formas de registros, entrevistas com informantes chaves da comunidade e observação direta (UNGLERT, 1994; MENDES, 1994; VELOSO, 1995).

Essas áreas foram digitalizadas, passando a integrar a base geográfica do município. Através de um módulo complementar aos sistemas nacionais para registro de nascimentos (SINASC) e de óbitos (Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM) e da base geográfica do município, tornou-se possível o georreferenciamento dos nascidos, dos casos sob vigilância, dos óbitos, dos residentes nas áreas de risco, dentre outros. A variável "área de abrangência" de residência foi incluída no banco de dados a partir de 1995.

Ao se analisar o Coeficiente de Mortalidade Infantil de todo o município e de cada um dos nove Distritos Sanitários (DS) que o compõem, em separado, não se observam grandes diferenciais na distribuição da mortalidade entre essas áreas. Visando avaliar as desigualdades intra-urbanas, focalizando áreas menores e mais homogêneas, estudou-se a evolução da mortalidade infantil no período, localizando com maior detalhamento as mudanças entre regiões menores (as áreas de abrangência). Essas áreas constituem-se territórios mais homogêneos, do ponto de vista do comportamento dos indicadores de morbi-mortalidade. Calculando-se os CMI de forma mais desagregada, foi possível avaliar as diferenças ocorridas em áreas menores e

propor intervenções necessárias.

Para efeito deste estudo, foram utilizados os dados do SINASC e SIM dos anos de 1994 e 1996. A delimitação das áreas de abrangência refere-se a definições estabelecidas no ano de 1995. Foram analisadas 118 áreas em 1994 e em 1996, incluídas 3 novas unidades, sendo estudadas, portanto, 121 áreas. Foram feitos mapas temáticos, com o recorte geográfico das "área de abrangência" dos CS, através do *software* Mapinfo. Para o cálculo dos CMI dessas áreas, visando corrigir possíveis flutuações aleatórias e em decorrência de números pequenos e instáveis, aplicou-se o método Bayesiano empírico. O detalhamento da metodologia e dos resultados encontra-se no artigo "*A mortalidade infantil em Belo Horizonte por área de abrangência dos centros de saúde, 1994/1996*" (MALTA et al., 2000) (ANEXO 3).

Verificou-se redução do CMI global do município em 24,4% entre 1994 e 1996. Também ocorreu redução do CMI nas áreas de abrangência. Em 1994, oito áreas apresentaram CMI acima de 50/1000 e, em 1996, não foi observada nenhuma área com esse coeficiente. Em 1994, vinte e nove áreas apresentaram CMI entre 35 a 50/1000, caindo para apenas cinco áreas em 1996; em 1994, 66 áreas apresentavam coeficiente entre 20 a 35/1000, observando-se 97 áreas em 1996; em 1994, 14 áreas apresentamos coeficientes entre 10 a 20/100, passando para 19 em 1996; 1 área apresentou coeficiente abaixo de 10/1000, em 1994, não sendo observado em 1996. Em 1996, verificou-se maior homogeneidade na distribuição dos CMI, reduzindo-se as desigualdades intra-urbanas. O cálculo do coeficiente de mortalidade infantil em grandes áreas (DS) ocultava esses diferenciais. A **FIG. 5** mostra a evolução do CMI entre 1994 e 1996.

5.3.11.6.1 Considerações sobre a mortalidade infantil por área de abrangência.

Mesmo com a melhoria na qualidade dos bancos do SINASC e SIM no município, ainda ocorreram alguns problemas nos dados em 1994. Exemplo disso é o percentual de registros com procedência ignorada SINASC (5,9%) e SIM (9,6%), o que pode resultar em erros sistemáticos. Em 1996, ocorreu uma redução importante dos registros ignorados.

No estudo de Barreto et al. (1997), são descritas as tendências atuais declinantes da mortalidade infantil em várias sociedades, dissociadas de mudanças de indicadores sociais e econômicos. Entretanto, a mortalidade infantil ainda permanece, enquanto um razoável indicador de desigualdades regionais, revelando os desníveis de saúde, as iniquidades e os diferenciais intra-urbanos (ALMEIDA & ROUQUAYROL, 1992; BARROS, 1997; MONTEIRO, 1995).

No Brasil, vários estudos têm demonstrado a existência de diferenciais de mortalidade infantil entre estratos sociais (VICTORA et al., 1988; SIMÕES, 1992), entre regiões do país (SIMÕES & MONTEIRO, 1995) e áreas de uma mesma cidade (MONTEIRO et al., 1980; PAIM, et al., 1987; MONTEIRO, 1988). Este estudo também procura identificar esses diferenciais dentro do mesmo município, através do estudo dos CMI das diversas áreas de abrangência.

No decorrer do trabalho evidenciou-se a importância de se analisar os dados de forma desagregada, o que permitiu a localização espacial em pequenas unidades e possibilitou evidenciar as desigualdades acentuadas entre as diversas regiões da cidade (MONTEIRO et al., 1980; PAIM, et al., 1987; MONTEIRO, 1988; BARROS, 1997; AKERMAN, 1997), mostrando o

risco diferenciado referente à mortalidade infantil das populações residentes em vilas e favelas (áreas de risco) de Belo Horizonte (MALTA, et al. 1998b).

Os resultados dessa análise mostram uma redução dos coeficientes de mortalidade infantil no município de Belo Horizonte, em todos os Distritos Sanitários e na maioria das áreas de abrangência das unidades de saúde. A contribuição maior do estudo foi a identificação dos diferenciais intra-urbanos em Belo Horizonte, evidenciando as diferenças entre os coeficientes de mortalidade infantil nas diversas áreas do município, mostrando sua evolução, a existência de sobretaxas entre determinadas áreas. Dessa forma, possibilitou a percepção de que a cidade não é um todo homogêneo e que, em função de suas desigualdades, faz-se necessário um planejamento em saúde que contemple essas dimensões.

Houve uma redução significativa do CMI em determinadas áreas, muitas das quais consideradas áreas de risco, possibilitando, assim, à cidade tornar-se menos heterogênea na distribuição da mortalidade infantil.

Através do mapeamento dessas desigualdades, podem ser traçadas estratégias diferenciadas de intervenção. A aprendizagem dar-se-á a partir dos erros e dificuldades encontradas na execução das políticas e programas, além de se poder avaliar se as ações em curso têm conseguido reduzir as desigualdades, retornando as informações para os atores diretamente envolvidos, trabalhadores e usuários, permitindo assim que os resultados iluminem a intervenção para mudar rumos e rever estratégias. Numa forma mais renovada de se entender a avaliação das políticas sociais, pode-se dizer que ela é um poderoso instrumento para melhorar o desempenho

dos programas sociais, como uma instância de aprendizagem que permite reelaborar e melhorar esses programas (ARRETCHE, 1998; SULBRANDT, 1994).

A adoção do enfoque de risco pelos serviços de saúde, em Belo Horizonte, permitiu a análise dos problemas de sua área de atuação, a definição de prioridades e o direcionamento de ações aos grupos sociais mais dramaticamente excluídos do atendimento. No caso do combate à mortalidade infantil, o Projeto de Vigilância à Mortalidade Infantil, implantado na rede pública municipal em 1994, passou a identificar como grupos sob vigilância e acompanhamento pelos centros de saúde recém-nascidos residentes em áreas de risco e que apresentavam também um dos seguintes critérios: baixo peso (menor que 2.500g), filho de mãe analfabeta ou adolescente (MALTA et al. 1998b).

A redução do CMI deu-se de forma importante nas regiões de vilas e favelas, o que pode ser atribuído à iniciativas como a vigilância à mortalidade infantil, melhoria na atuação dos serviços de saúde, melhorias na urbanização e saneamento, dentre outras.

Embora este estudo não consiga isolar o efeito das diferentes variáveis e o seu comportamento na redução da mortalidade infantil, permite verificar a queda da mortalidade infantil e das desigualdades no município. Mesmo diante dessas limitações, torna-se importante este tipo de análise avaliativa, que permite traduzir essas mudanças para as equipes dos centros de saúde, possibilitando ampliar a responsabilidade sanitária na condução das ações de saúde no âmbito local.

5.3.12 Considerações sobre a eficácia e equidade

Pela análise dos indicadores de morbidade ambulatorial e hospitalar, podemos afirmar que ocorreu melhora dos indicadores, ou maior eficácia, já que esta é entendida como o poder de produzir um efeito, ou benefício, portanto diz respeito à utilidade das ações realizadas pelo serviço. Como houve também ampliação do acesso, se houve aumento da eficácia, podemos também dizer que produziu-se maior equidade.

No ambulatório, ocorreu o crescimento dos atendimentos considerados de casos mais agudos, principalmente doenças respiratórias leves e moderadas, otites e asma. Observou-se também redução dos diagnósticos ignorados, o que mostrou melhora da qualidade da assistência. Pode-se concluir, por esses dados, que ocorreu uma mudança no perfil ambulatorial, com maior ingresso de casos agudos, uma melhor captação de agravos e riscos, principalmente na pediatria. Esses dados mostram também que o acolhimento foi um potente disparador de mudanças na rede municipal, definindo inclusive mudança do perfil de atendimento e possibilitando o ingresso de maior número de casos agudos nas unidades em função da mudança do processo de trabalho em saúde.

No período de 1993 a 1996, em Belo Horizonte, ocorreu uma redução das internações de 18,7%, maior que a queda nacional. Motivada, em parte, pela redução dos hospitais conveniados e pela atuação do Controle e Avaliação, controlando fraudes e descredenciando hospitais. A redução ocorreu em todas as faixas etárias, inclusive em menores de 14 anos.

Reduziram-se as internações de menores de 28 dias residentes em Belo Horizonte (-

40,2%), permanecendo igual na DRS Metropolitana. Os diagnósticos mais comuns foram as causas perinatais, septicemia, anomalias congênitas e pneumonias.

Entre os residentes no município, houve uma acentuada diminuição das internações em Belo Horizonte por pneumonias (-34,8%), diarreia (-64,5%), septicemia (-62,2%), bronquite/asma (-29,2%) e desnutrição (-84,6%), quando comparado às internações de crianças residentes na região metropolitana que, em geral, tiveram reduções menos importantes ou até aumento, exceto no caso de desnutrição (-76,2%). Mesmo com a redução os diagnósticos de internação por diarreia, pneumonias e bronquite/asma, ainda foram elevados.

A cobertura vacinal em menores de um ano tem seguido a tendência nacional de ampliação de cobertura, atingido níveis adequados. Eventuais quedas na cobertura resultaram do desabastecimento nacional ocorrido no período. Em consequência da boa cobertura vacinal ocorreu redução de doenças imunopreveníveis como difteria, coqueluche, caxumba e rubéola.

O acompanhamento de determinados grupos desenvolveu boa capacidade de captação de desnutrido, de vigilância ao óbito de crianças, de atenção às gestantes, ampliando-se grandemente os inscritos no programa. O acompanhamento desses grupos, de maneira geral, mostrou uma queda ao longo dos quadrimestres, o que pode ser atribuído, em parte, à falta de capacidade operacional da rede e, no caso dos desnutridos, às dificuldades no vínculo familiar, desagregação. O pior desempenho ocorreu após o ano de 1997, pelo desestímulo no preenchimento das boletas decorrente da desativação da Avaliação de Desempenho.

Os menores de 1 (um) ano de risco (vigilância ao óbito) foram de fato priorizados,

ampliando-se o percentual de acompanhamento, exceto no final de 1997, também em decorrência da desativação da Avaliação de Desempenho.

O programa de combate à desnutrição apresentou bons resultados na recuperação nutricional daquelas crianças acompanhadas. Esta asseveração pode ser comprovada também pela evolução da morbidade hospitalar, pela redução da mortalidade por aquela causa e pela estimativa de redução da prevalência de desnutrição na população menor de 2 anos.

A média de aleitamento exclusivo nos centros de saúde foi de cerca de 33% até os 4 meses (1997), mostrando-se melhor que a média do município, aferida em pesquisa pelo Ministério da Saúde em 1999. Por se tratar de um público de maior vulnerabilidade, esse resultado torna-se mais positivo.

Através da evolução da mortalidade infantil em Belo Horizonte observa-se uma redução dos coeficientes no município, distritos e áreas de abrangência. O estudo mostrou a existência de coeficiente mais elevados em determinadas áreas, revelando as desigualdades intraurbanas. Entre 1994 e 1996 houve uma redução significativa do CMI em determinadas áreas, muitas consideradas áreas de risco. Esse fato demonstra a necessidade de um planejamento em saúde que aborde essas dimensões. As ações desenvolvidas pelo Projeto de Vigilância à Mortalidade Infantil, no acompanhamento das crianças nas áreas de risco pode ter contribuído para essa queda. A redução da desigualdade da distribuição da mortalidade infantil entre áreas tornou a cidade mais homogênea, contribuindo na promoção da *equidade em saúde*.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil global mostrou um declínio no período. Ao

analisarmos os seus componentes, fica claro que essa redução deveu-se ao componente Pós-neonatal, devido à redução de causas como: as pneumonias, infecções intestinais, desnutrição, e outras mais facilmente removíveis. Essas mudanças podem dar-se em função da reorganização da assistência (serviços ambulatoriais e hospitalares), o acompanhamento, além das intervenções nas condições de vida, saneamento, dentre outras e mostram a eficácia das ações implementadas.

O Coeficiente de Mortalidade Neonatal, por sua vez, manteve-se relativamente estável no período, com ligeiro declínio - 8% (Neonatal Precoce) e 6% (Mortalidade Neonatal Tardio). Em Belo Horizonte, as ações ligadas à assistência ao parto, como a melhoria da qualidade da assistência, a intervenção no setor conveniado e a ampliação de leitos de risco foram realizadas ainda de forma incipiente, o que pode explicar essa redução ainda pequena.

5.4 Publicização

O termo "**Publicização**" constitui-se um neologismo e no contexto do estudo foi empregado referindo-se à efetiva forma de participação popular nas definições e no controle das ações de governo, à construção coletiva das propostas, à capacidade de tornar o interesse público acima do privado, gerindo o setor conveniado/contratado de forma a que ele se subordine ao interesse público, tornando democrática a gestão e partilhando o processo decisório.

5.4.1 Interrogadores e indicadores empregados

Diante dos referenciais da Reforma Sanitária - universalização, integralidade, equidade, participação popular e ampliação dos espaços democráticos - serão investigados os aspectos que possam responder às seguintes questões:

Como se deu o processo de construção da participação popular? Houve ampliação/investimento nessa área? Houve comprometimento com os Fóruns de decisão coletiva? No âmbito do Projeto Vida, à gestão possibilitou o controle do setor conveniado? Possibilitou espaços de construção coletiva da proposta? Integrou trabalhadores e usuários no processo decisório? Qual é a avaliação que os diversos atores fazem do processo? No processo de trabalho dos centros de saúde, ampliou-se a participação popular na gestão? Produziu novos coletivos de trabalho? Novas formas de governar a organização?

Para responder a essas questões, lançaremos mão de documentos internos e do Conselho e descreveremos a conclusão da pesquisa realizada pela Fundação João Pinheiro sobre a "Descentralização e Governança no Setor Saúde em Belo Horizonte", que aborda a

democratização da gestão. Trabalharemos ainda com a pesquisa do Conselho Municipal de Saúde sobre o Acolhimento, os indicadores do SADE sobre retornos médicos e os relatórios institucionais sobre as estratégias em relação à gestão do setor conveniado no âmbito do Projeto Vida. Utilizou-se os seguintes indicadores:

- Fóruns de concertamento democrático.
- A publicização da gestão nas Unidades de Saúde.
- Retornos das consultas médicas.
- Indicadores ruidosos da Avaliação de Desempenho (acompanhamento dos desnutridos e área de abrangência).
- Acolhimento na perspectiva dos diversos atores - COREN, Sindicato dos Médicos e Conselho Municipal de Saúde.
- Avaliação do acolhimento pelos gerentes e trabalhadores.
- Avaliação dos usuários.
- Estratégias propostas na gestão do setor conveniado no âmbito do Projeto Vida.
- Evolução do número de leitos de risco.

5.4.2 Breve recuperação histórica da evolução da Saúde Pública, a participação popular e a Reforma Sanitária Brasileira

A história da medicina e a da evolução da Saúde Pública narradas nos livros geralmente se apresenta como algo estático e mecânico, conseqüência, muitas vezes, do método descritivo,

cronológico e biográfico que se utiliza. Assim, os avanços conquistados, em determinado momento, são apresentados como sendo de um único ou de alguns indivíduos, nem sempre refletindo a verdadeira imagem dos feitos; é como se faltasse o elemento do fluxo, do movimento, essencial na análise histórica (TERRIS, 1987).

Torna-se, então, importante resgatar a história da saúde pública dentro do seu contexto social, compreendendo a transformação histórica que se enraíza no passado, estabelecendo a gênese dos processos revolucionários e o contexto socioeconômico que sustenta o pensamento, as ações, as lutas e transformações da humanidade.

Esse percurso histórico possibilita rever a preocupação com a saúde e o bem-estar da população nas diferentes épocas, bem como o tema da mobilização e participação da população em prol de melhoria nas condições sanitárias. Poderíamos iniciar o processo de co-responsabilização entre a saúde da população e seus cidadãos, desde as cidades medievais, onde havia a prática de se formar conselhos de cidadãos que tinham, como o de Veneza, em 1348, poder para isolar embarcações suspeitas de trazer doenças, isolar pessoas e mercadorias, aplicar a quarentena, e outras medidas de controle sanitário, combate às epidemias e medidas de saneamento. No século XIX, podemos ressaltar a intensa mobilização social e a participação popular que afloraram de forma intensa na Europa.

As idéias liberais francesas e os estudos ingleses e franceses sobre as relações entre a industrialização e as condições de vida e saúde das populações influenciaram uma corrente de médicos alemães liderados por Virchow, Neumann e Leubuscher. Rudolf Virchow escreveu em

um relatório sobre a febre tifóide em 1847, na Alta Silésia, que a proposta de intervenção seria uma radical reforma social, que compreenderia a democracia completa e irrestrita, educação, liberdade e prosperidade. Esta corrente médico-política defendia a Saúde Pública como promotora do desenvolvimento sadio do cidadão, a prevenção dos perigos à saúde e o controle das doenças. (ROSEN, 1994). Defendia, portanto, o direito à saúde, como direito de cidadania, e o dever do Estado em garantir os meios de mantê-la e promovê-la, intervindo até mesmo nas liberdades individuais, que eram suas principais bandeiras políticas.

Contrariamente à clínica, a medicina social não pretendia a intervenção médica no corpo dos indivíduos. Para haver saúde, seria necessário mudar a sociedade. Os médicos sociais foram reformadores ou revolucionários sociais, muito embora este discurso não tenha conseguido se legitimar como verdadeiro no confronto com a ciência das doenças. O período revolucionário de 1848, que sacudiu a Europa, colocou em evidência estas bandeiras. Esses movimentos foram politicamente derrotados, mas algumas destas proposições foram incorporadas ao debate político (DONANGELO, 1979; LUZ, 1988; SILVA Jr., 1998).

Durante esse percurso, muitas foram as variações na forma de compreender o processo saúde-doença, concepções essas que variaram segundo o acúmulo da ciência, as descobertas e a visão de mundo. Destaca-se como prevalecente no início do século XIX, na Europa, a teoria miasmática segundo a qual as emanações de venenos do solo e da água contaminavam o ar e multiplicavam as manifestações de doenças. Lado a lado convivia-se também com a teoria do contagiosismo cujo entendimento era de que a transmissão se dava de pessoa a pessoa pelos diminutos agentes infecciosos (*seminárias*). O conhecimento acumulado, até então, não permitia

ainda o isolamento dos microorganismos, então os miasmas explicavam a introdução das doenças no corpo (ROSEN, 1994; SUSSER, 1996).

Em 1854, Pasteur começa a estudar a fermentação, revelando o seu processo e como prevenir seus efeitos através da pasteurização. Robert Koch, em 1876, demonstrou pela inoculação em camundongos a transmissão do *Bacillus do antraz* pela primeira vez. A teoria da origem bacteriana de uma doença havia sido reconhecida sem contestação, elucidando-se a história natural da doença. Durante as duas décadas seguintes, ocorreram avanços numa rapidez quase explosiva, tanto no sentido da determinação dos mecanismos da transmissão quanto no sentido de sua prevenção e cura (ROSEN, 1994).

A chamada "Revolução Pasteuriana" significou uma "Revolução científica" na medicina, mudando-se o paradigma, tal como na concepção Kuhniana. O termo paradigma, originado do grego é utilizado por Kuhn (1978), na análise do desenvolvimento científico, significando: toda constelação de crenças, valores, técnicas partilhadas pelos membros de uma comunidade determinada. Portanto os paradigmas são fontes de métodos, padrões de solução, aceitos por qualquer membro da comunidade científica. As novas descobertas causam mudanças nos paradigmas, produzindo "a Revolução Científica". Esta última ocorre quando um paradigma é total ou parcialmente substituído por outro, incompatível com o anterior.

A teoria da transmissão bacteriológica viria romper com as concepções de transmissão vigentes até então no campo da biologia e microbiologia, contrapondo-se à teoria miasmática e à corrente de determinação social das doenças, defendidas pelos médicos sociais no século XIX,

levando a uma ruptura paradigmática (ALMEIDA & ROUQUAYROL, 1992; SILVA Jr., 1998).

A partir destas descobertas no início do século XX, a medicina, tanto nos países avançados quanto na América Latina, aprofundou as investigações no sentido biologicista, trazendo numerosas descobertas no tratamento das doenças agudas, na imunização e, ainda, otimismo quanto as possibilidades de erradicar todas as doenças, reorganização do ensino médico e institucionalização do movimento científico. A epidemiologia das populações e das exposições ambientais vinda da teoria miasmática entrou em declínio, substituída pelo foco do controle dos agentes infecciosos (SUSSER, 1996).

Ayres (1997 p. 111-112), questionando a noção de que o velho paradigma ao ser superado foi abandonado, mostra como a epidemiologia resistiu às evidências do discurso bacteriológico no final do século XIX:

"Mas se a epidemiologia não desapareceu sob a avassaladora hegemonia do discurso bacteriológico, se resistiu quase clandestinamente até experimentar o renascimento dos anos 20 e 30 deste século, é porque houve, efetivamente, uma região da experiência positiva da saúde, ainda que de menor transcendência social, que não encontrou expressão no discurso bacteriológico. Foi preciso que se passasse o tempo de uma geração (...), para que, sob o impulso de novas exigências de validação, construídas inclusive pelo discurso bacteriológico, voltasse a ganhar visibilidade e força social a particularidade discursiva da epidemiologia."

Portanto, a transição não se fez substituindo inteiramente o paradigma anterior, fez-se a passagem subsumindo-se, sobrepondo-se e crescendo-se elementos novos, realçando-se outros.

Esse movimento decorre das disputas acirradas em torno de interesses diversos, forçando as concepções não hegemônicas a se tornarem subsumidas, assumindo novos contornos, para que em momento oportuno possam se recriar em novas bases. Com isso a compreensão da saúde e dos seus determinantes sociais, embora silenciada nesse momento, retornará posteriormente.

Na primeira parte do século XX, a teoria unicausal ou das doenças infecciosas, nitidamente influenciada por uma ótica positivista, foi se mostrando insuficiente na medida em que foram sendo controladas as epidemias de natureza infecciosa e "surgindo" outras desordens mortais de causas não infecciosas. Com a emergência das doenças crônicas, de causas não conhecidas, a teoria pasteuriana (unicausal), encontrou barreiras que não se explicavam pela presença suficiente de um único agente, possibilitando o surgimento de outras teorias (AROUCA, 1975).

John Ryle, em 1936, sistematizou o paradigma da História Natural da Doença que pressupõe diversos fatores interrelacionados na causação da doença. Na década de 1940, Leavell e Clarck, formularam concepção semelhante à História Natural da Doença, onde o aparecimento da doença era representado por uma balança, na qual um dos pratos era constituído pelo agente e o outro, pelo hospedeiro (o indivíduo) e o ponto de apoio ou fulcro era representado pelo ambiente (físico, biológico e sócio- cultural), sendo o equilíbrio entre esses elementos mantido pelo conjunto dessas variáveis. A compreensão da História Natural da Doença foi descrita através de outras representações, porém manteve-se o mesmo raciocínio. As variações foram: a) o triângulo epidemiológico (que consistia em três componentes - o hospedeiro, o ambiente e o agente; b) a teia de causalidade, apresentada por Mac Mahon em 1970, que discute uma

complexa teia de causalidades; c) a roda, que discute a relação homem-ambiente; d) a caixa preta, que discute os fatores de risco, interrelacionados com agentes (SUSSER, 1996; ALMEIDA & ROUQUAYROL, 1992; MAUSNER & BAHN, 1990).

As críticas a este modelo, segundo Arouca (1975) são dirigidas ao reducionismo, pois *"liberta-se do unicausalismo para prender-se nas redes da causalidade, (...) o social participa simultaneamente ligado ao hospedeiro e ao meio ambiente, (...) não aparecendo como um mecanismo explicativo, (...) e contribui como atributo dos elementos e não como explicação.* Assim o social torna-se um atributo individual, em detrimento da determinação estrutural e das relações sociais. *"A população e comunidade utilizadas como mito, servem para neutralizar o conceito de classes, de interesse conflitivos (...), da mesma forma o "contexto econômico e social" (...) sem colocá-los em um conjunto hierarquizado de determinações; ao igualá-lo às categorias químicas, físicas e biológicas e fundamentalmente ao não explicar o mecanismo de sua operação estamos retirando o seu conteúdo. (...) Assim transforma-se a multicausalidade em uma nova forma de nonismo causal " .*

Portanto, tanto a perspectiva bacteriológica quanto a da História Natural da Doença constroem e incorporam uma concepção do social que o nega enquanto totalidade estruturada a partir das relações dos homens entre si e destes com a natureza (MERHY, 1987).

Este movimento de revisão do paradigma da História Natural da Doença ocorreu concomitantemente à crise das sociedades capitalistas em sua incapacidade de prover condições mínimas de vida e saúde para a totalidade das suas populações. Este aspecto será discutido posteriormente neste texto. Neste cenário, redescobria-se o caráter social e cultural da enfermidade e da medicina, bem como suas articulações com a estrutura e superestrutura da

sociedade (ALMEIDA & ROUQUAYROL, 1992). Este retorno do "social" é ainda tímido, representado pelo "ambiente" e no máximo sendo um fator "desencadeador" de processos, na linha "horizontal", junto com os demais fatores.

Nesse contexto surgiu na América Latina uma abordagem mais crítica, permitindo-se apontar a emergência de um paradigma alternativo em saúde coletiva centrado em dois conceitos fundamentais: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde, retomando assim os pressupostos revolucionários de 1848. O entendimento era de que a saúde e a doença, na coletividade, não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológicas e ecológicas. Tais fenômenos, portanto, são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social. Essa nova abordagem permitiu alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade. A compreensão da historicidade do processo saúde-doença e da raiz econômica e política de seus determinantes constituiu-se linha de crítica permanente ao capitalismo por considerá-lo patógeno. Desse modo, busca-se o conhecimento para se aplicá-lo na transformação do processo saúde - doença (LAURELL, 1983; GRANDA & BREILH, 1989; PAIM, 1997; BREILH, 1998).

Os anos iniciais da década de 70 foram extremamente férteis em discussões sobre saúde e sociedade, na América Latina, por exemplo o seminário realizado pela Organização Panamericana de Saúde - OPAS, em Cuenca (Equador), onde se estabeleceu um novo acordo político-intelectual em torno de um novo marco teórico de análise e reflexão sobre a questão sanitária, no sentido de compreendê-la a partir das relações com a estrutura política e econômica.

Desta forma, emergiu com força o paradigma marxista de análise (NUNES, 1994).

Uma das características mais clássicas da Medicina Social, desde sua emergência histórica na Europa Iluminista, tem sido sua descontinuidade:

"Essa espécie de Fenix, nascida em 1848 e renascida ciclicamente sob múltiplas formas, corresponde à impossibilidade de fazer prevalecer de forma absoluta uma única concepção sobre a sociedade e sobre as relações com a saúde e a doença, expressando a cada seu novo surto de vida uma ou várias concepções possíveis." (Mendes-Gonçalves, 1994 p.76)

No Brasil, esses anos transcorreram num cenário marcado pelas forças da repressão. Os profissionais da área de saúde, então, se unem em oposição ao estado autoritário e repressor. Conforma-se um movimento de oposição política e ideológica com um forte caráter de denúncia, decorrente da constatação de que a lógica perversa do capitalismo leva à piora crescente dos indicadores sócioeconômicos e de saúde. Este movimento buscava a democratização da saúde e possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária brasileira, sustentado por uma base conceitual e produção teórica-crítica (PAIM, 1997).

Paim (1997) define a Reforma Sanitária como uma proposta (conjunto de princípios e proposições), um projeto (conjunto de políticas sanitárias) e um processo (por transformar-se em bandeira de lutas e articular um conjunto de práticas sociais).

Escorel (1998, p.5) define o movimento da Reforma Sanitária como "*um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto*". São identificados pela autora três tipos de prática que caracterizam o movimento: a prática teórica (a

construção do saber), a prática ideológica (a transformação da consciência) e a prática política (a transformação das relações sociais).

No plano teórico, em oposição a uma área de conhecimento já então amplamente consagrada - a medicina clínica - de enfoque biologicista, vai se conformando a "Saúde Coletiva". Esta propõe, desde o seu início, a compreensão da integralidade do indivíduo, portanto do sujeito/ator social, inserindo este indivíduo no seu contexto social e buscando as manifestações do processo saúde-doença em seu organismo. Como parte desta nova ótica de análise, no campo da epidemiologia, desenvolve-se uma concepção que enfatiza o caráter social do processo saúde-doença, utilizando como categoria analítica chave o conceito de "determinação social da doença" (LAURELL,1983; BREILH, 1998). Desta forma, procura-se ultrapassar a hegemonia da análise médico-curativista e o paradigma biologicista da saúde. A Saúde Coletiva retoma a concepção da responsabilidade estatal e, conseqüentemente, das políticas governamentais, no sentido de equacionar desigualdades através de políticas sociais mais equânimes.

A compreensão da saúde desvinculada do âmbito exclusivamente biológico potencializa a consolidação da medicina enquanto uma questão de política pública. A produção acadêmica reflete também esta concepção, formulando-se então práticas que possibilitem a alteração destes determinantes sociais, portanto propostas estratégicas contra-hegemônicas (NUNES, 1994; BURLANDY, 1998).

Neste cenário, conforma-se o campo da Saúde Coletiva, superando-se a compreensão da

Medicina Preventiva. O projeto preventivista liga-se a grupos hegemônicos e como resposta à crise da medicina, articula reformulações no sentido da integração bio-psicossocial, colocando ênfase na medicina de família "integrada" no plano da comunidade, ou seja, expressa-se na "medicina comunitária" (AROUCA, 1975; DONANGELO, 1979; NUNES, 1991; NUNES, 1992; NUNES, 1994). A Saúde Coletiva constitui um esforço de superação da Medicina Preventiva, em sua imediata subordinação ao objeto da clínica. Seu objeto compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças, da organização dos serviços de saúde e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre o mesmo. A Saúde Coletiva caracteriza-se por duas vertentes: o campo de conhecimento e o âmbito de práticas. Enquanto campo de conhecimento, contribui com o estudo do fenômeno de saúde-doença na população; enquanto âmbito de práticas, analisa as práticas de saúde (processo de trabalho), procurando entender as formas como a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde e se organiza para enfrentá-los (PAIM & ALMEIDA 1998).

A construção de uma ator político, ou de uma identidade simbólica, passa pela construção coletiva, com a definição de um projeto coletivo, articulando-se à uma concepção de mundo que transcende interesses particulares e corporativos. Este movimento se verificou na luta pela democratização da saúde. Ainda que oriundo de um grupamento de profissionais e intelectuais da área da saúde, o movimento sanitário se propõe a incorporar em sua luta as demandas da sociedade como um todo.

Entretanto, a eficácia da ação política de um ator social não decorre apenas da construção da sua identidade política, mas fundamentalmente do momento estratégico no qual são

construídos os instrumento de luta para alteração do real. Neste sentido, Fleury (1997) defende a tese de que a institucionalização do movimento sanitário através da criação do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde), na década de setenta, configurou-se como um verdadeiro "partido sanitário", permitindo organizar a intervenção através da construção de um novo saber, evidenciando as relações entre saúde e estrutura social; ampliando a consciência sanitária e a organização do movimento social e definindo espaços e estratégias de ação política. Através da participação popular e sua desalienação, seria possível conseguir a organização em direção a uma melhor apropriação da riqueza social.

Segundo Fleury (1997 p. 33):

"o projeto da Reforma Sanitária portava um modelo de democracia cujas bases eram, fundamentalmente: a formulação de uma utopia igualitária; a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática."

O conflito seria o caminho pelo qual se produziria o desmonte das estruturas de dominação social e, ao mesmo tempo, produzir-se-ia a desalienação do sujeito que assumiu esse caráter por meio da sua participação.

A perspectiva de mobilização e socialização política articula-se quando do surgimento e crescimento das Comunidades Eclesiais de Base e posteriormente do Partido dos Trabalhadores. Este movimento conviveu com uma contradição permanente entre tomar o Estado como alvo de suas demandas, ou restringir sua luta à mobilização da sociedade. Esta contradição aflorou com mais ênfase, algum tempo depois, com a ascensão aos governos municipais do Partido dos

Trabalhadores, que se tornou o principal implementador de reformas institucionais na saúde e em outras áreas sociais (FLEURY, 1997).

Nesta conjuntura, amplia-se o debate sobre estratégias de transformação social, com vistas à implantação de um determinado projeto político ou de construção de um novo bloco histórico. O pensamento estratégico, que tem em Matus e Testa seus maiores expoentes, conquista um lugar significativo no campo da Saúde Coletiva neste período, uma vez que o que está em jogo é a ocupação paulatina de espaços políticos no interior do aparelho do Estado. O Estado é visto como arena de luta, possibilitando uma compreensão estratégica das políticas de saúde e a construção de projetos contra-hegemônicos (CAMPOS, 1994; CECÍLIO, 1994).

Todo o movimento em torno do projeto contra-hegemônico, desde os anos 70, iria confluir na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Este evento representou o ápice do movimento na formatação de um relatório final que se consubstanciou posteriormente, em 1988, no texto constitucional e, em 1990, na Lei Orgânica da Saúde. O arcabouço jurídico deste projeto centrava-se em três aspectos fundamentais: a) a saúde define-se num contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pelo cidadão em suas lutas cotidianas, sendo resultante das condições gerais de vida; b) saúde é um direito de cidadania e dever do Estado; c) o Sistema Único de Saúde tem como princípios a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A descentralização do sistema através da municipalização, a partir de 1990, propiciou a

materialização de diversas experiências, que na prática têm buscado a concretização cotidiana deste ideário (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; CAMPOS, 1992; MERHY, 1994; MENDES, 1994; SILVA Jr., 1998).

O texto da Lei 8.142, de 1990, conferiu à Conferência o papel de propor as diretrizes da política de saúde e aos Conselhos garantiu o papel deliberativo, conforme o trecho transcrito.

"§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo" (BRASIL, 1990).

É importante analisar como a Lei 8.142 tem sido aplicada nos municípios, se de fato tem contribuído para a ampliação dos espaços democráticos, se a população tem conseguido exercer seu papel deliberativo, se o Movimento da Reforma Sanitária conseguiu dar concretude para a tão esperada democratização da saúde, ou se esse é apenas mais um passo inconcluso na luta pela melhoria da saúde.

5.4.3 Evolução da participação popular em Belo Horizonte

5.4.3.1 Fóruns de concertamento democrático

Em 1991, foi criado o Conselho Municipal de Saúde (CMS), pela Lei 5903 de 03/06/91

(BELO HORIZONTE, 1991), bem como os conselhos distritais, comissões locais e as conferências municipais de saúde. O Conselho foi constituído ainda em 1991, mas, até 1992, seu trabalho era desorganizado e descontínuo. Após a eleição do governo democrático popular, em 1993, é que de fato teve início o funcionamento regular do CMS, através de sua organização interna e participação efetiva no processo decisório (LUCAS & CAMPOMIZZI, 1998).

Em agosto de 94, ocorreu a IV Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte com 1700 delegados, precedida por conferências distritais preparatórias. A IV CMS aprovou a modificação do Regimento Interno do Conselho, aprovou a priorização do Projeto Vida, Urgência Emergência e Controle e Avaliação. A V Conferência Municipal de Saúde, em 1996, contou com 2000 delegados (LUCAS & CAMPOMIZZI, 1998).

No período de 1993 a 1996, ocorreram cerca de 64 reuniões do Conselho, todas com *quorum*, e o Conselho se afirmou enquanto ator político. Do ponto de vista da estrutura, houve a definição da sede, adequação do espaço físico e infra-estrutura (telefone, fax, computador) além de dotação orçamentária, via recursos do Fundo Municipal de Saúde (FMS). Ocorreu sua estruturação interna e organização em secretaria executiva, mesa diretora e câmaras técnicas, aumentando sua capacidade decisória. O executivo investiu em cursos de formação, buscando repassar informações aos conselheiros para o exercício do controle do sistema de saúde.

A convivência do executivo com os diversos segmentos que compõem o Conselho não se deu sem conflitos. Foram muitos e profundos os debates que se travaram. Dentre eles o mais marcante aconteceu 1996, na disputa por recursos orçamentários. A PBH propunha, por causa do

seu déficit e pela existência de superávit no FMS, que este arcasse com o pagamento da folha salarial da saúde naquele período. O Conselho só cedeu após o acordo do decreto que conferia autonomia ao Fundo, inclusive na contratação de pessoal. Foi um debate intenso e que, ao final, resultou em ganhos setoriais (SANTOS, 1998).

No que se refere às disputas entre segmentos, especialmente entre trabalhadores e governo, os conflitos se deram na implantação do Acolhimento e do PRÓ-SUS. Apesar das disputas, na decisão final prevaleceu o apoio à proposta, incorporando preocupações e sugestões de aperfeiçoamento e acompanhamento do processo.

Foram muitos os momentos em que o Conselho exerceu seu papel decisório. Além das definições sobre diretrizes da SMSA/BH, aprovou medidas de aumento de custeio, alterou o índice de valorização de consultas especializadas alocadas na central de marcação, aumentou o custeio dos leitos Centro de Tratamento Intensivo (CTI) neonatal, aprovou o PRÓ-SUS. Outra atuação importante foi sua intervenção junto ao legislativo estadual e municipal para viabilizar projetos como a proposta antimanicomial e mudança de modelo na área da saúde bucal, além de fiscalizar unidades de saúde que eram denunciadas nas reuniões plenárias, chegando ao ponto de descredenciar algumas do SUS/BH (LUCAS & CAMPOMIZZI, 1998).

O Conselho participou ainda de discussões conjunturais como a Reforma Constitucional e o financiamento da saúde por parte dos governos federal e estadual. Propôs modificações na NOB/96 e teve participação em eventos Nacionais, como a X Conferência Nacional de Saúde,

Do ponto de vista organizativo, houve um avanço considerável, criando Comissões Locais

de Saúde (CLS) em mais de 80% dos centros de saúde, saindo de 20 comissões, em 1993, para 108 em 1996; além de constituir Conselhos Distritais em todos os 9 DS. Existia apenas 1 em 1993 (CAMPOS, 1998).

Sem dúvida, o saldo foi positivo. Conforme Lucas & Campomizzi (1998), "a Frente BH Popular contribuiu para a estruturação do controle do poder público pelos conselhos e conferências sem torná-los subservientes e sim revestidos de uma atuação crítica. Podemos concluir que grandes passos foram dados na construção de uma participação cidadã".

Foram inúmeros os fóruns utilizados na criação do consenso, formulação e deliberação das propostas (IV e V Conferências Municipais de Saúde, Plenárias, reuniões dos Conselhos Municipal, Distrital e Comissões Locais, Fórum da Saúde do Orçamento Participativo).

Verificou-se também crescimento da população envolvida no processo. O Conselho caracterizou-se como importante ator político, definindo pautas, apontando diretrizes, fiscalizando, respaldando o gestor, além de também criticá-lo nos momentos de divergência. Inúmeros fóruns de debates com trabalhadores, entidades sindicais e conselhos de classe, ou seja, inúmeros espaços democráticos foram construídos, visando ampliar o consenso, formular projetos e estratégias de intervenção. Constata-se que, além da existência dos espaços de concertamento democrático, houve sobretudo comprometimento com os fóruns de decisão coletiva ao se respeitar e encaminhar as decisões.

Uma pesquisa desenvolvida pela FJP, analisando a implementação do SUS/BH entre 1993 e 1997 e apresentada em Amã, na Jordânia, apontou, os melhores resultados, dentre outras 10

experiências bem sucedidas no mundo inteiro. Foram observadas questões como a oferta de serviços e melhoria dos níveis de saúde e democratização da gestão pública (FJP, 1998 p. 56).

Nesse trabalho os pesquisadores concluem:

*"Como esse deslocamento de poder (**descentralização**) foi acompanhado de alterações político-institucionais que buscaram garantir a participação da sociedade no processo decisório, o envolvimento dos interessados foi fundamental. A redefinição de prioridades teve como referência as deliberações da IV Conferência Municipal de Saúde, que contou com a participação expressiva de vários segmentos da sociedade, dando-lhe o caráter de uma decisão coletiva, o que garantiu significativo consenso em relação às práticas inovadoras do governo municipal. Expressão desse consenso é o apoio e o reconhecimento dos programas inovadores na área da saúde mental, atendimento odontológico, materno-infantil e urgência emergência por parte dos membros do CMS-BH, que pode ser associado ao sentimento de co-responsabilidade."*

5.4.4 A publicização da gestão nas Unidades de Saúde

No processo de democratização da gestão foram produzidos espaços de decisão coletiva como: o Colegiado de Direção, composto pelos dirigentes do nível central (Gabinete, Assessorias e Diretores de Departamento), além dos Diretores dos nove Distritos Sanitários. Este Colegiado reunia-se semanalmente e era responsável pela gestão da SMSA/BH. No mesmo molde foram constituídos Colegiados Distritais, contando com a equipe dirigente distrital e os gerentes e, no caso do Projeto Vida, incluiu-se o Grupo de Condução do Projeto Vida, responsável pela direção e implantação do projeto na rede.

Com o Grupo de Condução do Projeto Vida criou-se um mecanismo interno de gestão para dentro da organização, publicizando a discussão internamente, dentro dos distritos, e criando

novas arenas organizacionais. Isso possibilitou trabalhar conflitos, perceber ruídos e tratar os temas conflituosos com a direção intermediária. Possibilitou, ainda, abrir espaços de escuta e de tratamento de novos problemas.

Esses colegiados foram decisivos para a democratização da gestão. Introduzidos na rede, caracterizaram-se como espaços coletivos de decisão e integração dos dirigentes e trabalhadores no processo decisório de gestão das unidades de saúde, construindo propostas coletivas de trabalho e integrando os atores no processo (dirigentes, trabalhadores). Conforme descrito anteriormente, foram inúmeros os seminários institucionais, oficinas com dirigentes intermediários e locais, reuniões de trabalho, plenárias etc. Foram inúmeras as reuniões, discussões travadas pelas equipes locais, construindo espaços coletivos, emprego de instrumentos como o fluxograma analisador, adaptação de protocolos à realidade local. Não foram entretanto constituídos espaços de colegiados locais de direção.

Essas práticas colonizaram a vida institucional, criando momentos coletivos de discussão do projeto, de construção coletiva e consensualização.

5.4.4.1 Os retornos das consultas médicas

Na mudança do processo de trabalho das unidades em Belo Horizonte, foram empregados alguns instrumentos que possibilitaram a maior publicização desses espaços, como: a Rede de Petição e Compromisso, o Fluxograma Analisador e alguns indicadores da Avaliação de Desempenho, conforme já descrito.

A Avaliação de Desempenho permitiu às equipes apropriar-se da sua realidade, tornando

possível obter e utilizar a informação produzida pelos serviços de maneira sistemática e coletiva. Possibilitou o acompanhamento periódico e sistemático das ações, permitindo correções e redirecionamentos mais ágeis. Ocorreu apropriação e utilização da informação pela instituição e pelos profissionais, facilitando o processo de decisão e intervenção (SANTOS et al., 1998).

Um dos indicadores que demonstram essa apropriação foi o percentual de retornos às consultas médicas. Um grande estrangulamento na porta de entrada dos centros de Saúde ocorria em função do percentual de retornos, o que reduzia a oferta de consultas, privilegiando usuários crônicos e tornando cativa a clientela da unidade. Essa discussão já era antiga entre usuários e profissionais, mas nunca tinha sido enfrentada, nem publicizada. Não havia parâmetros para se decidir o que seria razoável na garantia do vínculo e do seguimento.

Quando esse indicador foi utilizado na Avaliação de Desempenho, naturalmente começaram a surgir as comparações sobre os percentuais diferenciados, questionando aqueles médicos que solicitavam retornos desnecessários. Isso, muitas vezes, tornava o trabalho do médico mais ágil e rápido, mas dificultava o acesso de outros pacientes com casos mais graves. Passou-se a discutir parâmetros razoáveis de retornos, que, não sendo abusivos, garantissem o acompanhamento. Com isso houve maior publicização da discussão e, ao longo dos quadrimestres, ocorreu uma redução de 14% na taxa de retornos na clínica médica, justamente a a mais citada pela prática de retornos frequentes e clínica cativa (**TAB. 44**). Além disso, foram criadas outras alternativas nas unidades como os grupos de hipertensos e diabéticos. Essa redução de retornos também pode ter significado maior autonomia do paciente no seu autocuidado.

TABELA 44 - atendimentos e retornos realizados na clínica médica, no período de julho de 1996 a dezembro de 1997, Belo Horizonte.

Quadrimestre	Consultas na clínica médica	Retornos na clínica médica	%
II Quadrim. De 1996	36.398*	18.342	50,39
III Quadrim. de 1996	154.578	67.423	43,62
I Quadrim. De 1997	144.175	57.362	39,79
II Quadrim. De 1997	152.991	64.483	42,15
III Quadrim. de 1997	145.228	63.228	43,54

Fonte : (SMSA/BH, 1996-1998). Relatório do Sistema de Avaliação e Desempenho. Sistema de Informação/DEPLAR;

OBS: Esse número refere-se à apuração dos meses de maio e julho, por isso é quantitativamente menor

5.4.4.2 Indicadores ruidosos da Avaliação de Desempenho (acompanhamento dos desnutridos e área de abrangência).

A implantação da Avaliação de Desempenho na rede constituiu um importante instrumento de gestão, pela pactuação em torno de determinado projeto, construção coletiva de indicadores, estabelecimento de metas, avaliação dos processos, motivação dos trabalhadores, aprofundamento de reflexões sobre o cotidiano dos serviços e suas contradições. Entretanto, os avanços do incentivo têm que ser testados e reavaliados continuamente. Nesse processo destacam-se dois momentos nos quais os indicadores selecionados possibilitaram a publicização da discussão e a reflexão coletiva da equipe sobre as suas práticas.

O primeiro consistiu na discussão sobre áreas de abrangência em que os indicadores de acompanhamento de grupos (recém-nascidos de risco, gestante, desnutridos e outros) referiam-se à população territorialmente adscrita. Essa era a concepção inicial, mas na busca de atingir melhor desempenho, atender e responsabilizar-se por usuários de "fora da sua área de abrangência", acabou por tornar-se "oneroso" à equipe, consumindo tempo, vagas, recursos que não haviam sido computados na hora de calcular a meta proposta. Assim, esses indicadores acabaram por assumir uma outra conotação que forçava a prática da "cerca", excluindo os usuários de fora da área.

No caso de indicadores da "desnutrição", alguns Centros de Saúde começaram a forçar "alta por abandono" dos faltosos para melhorar o desempenho das metas.

Essas situações geraram ruídos e melhoraram a capacidade da direção distrital na identificação dos problemas. Entretanto, nem sempre os ruídos eram tão prontamente detectados, mas mostravam dificuldades e mobilizavam ações no sentido de conter distorções. A discussão sobre os desnutridos chamou a atenção pela "insensibilidade" ao se retirar a criança inscrita, visando resolver o problema do rebaixamento da meta. Por outro lado, revelou a dificuldade na abordagem dos desnutridos e resultou, por exemplo, na ampliação da discussão sobre os faltosos e a necessidade de articular ações conjuntas com a Saúde Mental e a Assistência Social, para a abordagem às famílias e a busca de alternativas conjuntas.

A discussão da área de abrangência foi mais complexa, permitindo traçar um perfil dos distritos e os respectivos diretores e gerências que defendiam essa postura excludente. Foram

consumidas horas e horas de reuniões no enfrentamento desse problema, nem sempre com uma solução adequada. Mas pelo menos a "poeira não foi para debaixo do tapete", ficando explicitada a divergência na concepção do acesso e universalidade. Esse tema foi debatido inclusive em Conferências e Plenárias Distritais e Municipais, chegando-se à deliberação específica na plenária:

"Definir a utilização das áreas de abrangência para a utilização da Vigilância à Saúde, impedindo a sua utilização para a exclusão dos usuários " (SMSA/BH, 1998c).

5.4.5 O Acolhimento na perspectiva dos diversos atores

Outro momento interessante na publicização da discussão sobre o projeto consistiu na implantação do Acolhimento. Pelo fato de alterar o cotidiano, acabou por atravessar todas as agendas e todos os atores acabaram por se posicionar, por isso o elegemos como exemplo na discussão da publicização da gestão, possibilitando analisar o relacionamento entre os diversos atores e a construção coletiva de um projeto.

Da análise da Fundação João Pinheiro sobre a gestão da rede, conclui-se que:

Na sua concepção o Acolhimento teve aprovação consensual nos diferentes fóruns de participação popular (Conselhos e Conferências), sua implantação esbarrou em entraves relacionados às pressões corporativas por parte dos trabalhadores da saúde, embora conte com a aprovação dos usuários (FJP, 1998 p. 60).

Observa-se que o tema suscitou um posicionamento dos diversos atores, por ser um dispositivo que altera o processo de trabalho e as questões estabelecidas e dadas como rotineiras.

Como o novo é sempre mobilizador, pode explicar, em parte, como este dispositivo alterou a rede e suscitou o posicionamento dos mais diversos atores, como: sindicatos, conselho, COREN, dentre outros.

5.4.5.1 Conselho Regional de Enfermagem (COREN)

Um movimento importante pelos ruídos produzidos e pela capacidade de causar impacto na rede foi desencadeado por um grupo de auxiliares de enfermagem junto ao COREN, no início de 1997, que coincidiu com o período de mobilização sindical por aumento salarial e protesto pelo não-pagamento do PRÓ-SUS. Este movimento desencadeou plenárias no COREN, onde as auxiliares relataram as condições de trabalho e resultou em ofício encaminhado ao Secretário de Saúde, no qual o COREN pedia esclarecimentos ao gestor. Os relatos das auxiliares apontavam inúmeras questões como: sobrecarga de trabalho, falta de capacitação, além de questionamento quanto à competência profissional de cada categoria. Em um dos trechos o documento referia-se à

"transformação do acolhimento em mera triagem, onde o auxiliar de enfermagem, sem o suporte da equipe multiprofissional, realiza a ausculta, examina a orofaringe e praticamente define o diagnóstico" (COREN, 1997).

Este fato necessitou de mediação do nível diretivo da SMSA/BH com o COREN, resultando em inúmeras reuniões, além de um compromisso do gestor de rever as experiências e adequá-las, quando necessário. Com isto foi desencadeado um processo de discussão com distritos e nível local, gerando seminários de avaliação do Acolhimento, visitas a diversas

unidades e acertos inúmeros.

5.4.5.2 Sindicato dos Médicos

Os sindicatos de categorias também travaram seus debates sobre o Acolhimento, especialmente o Sindicato dos Médicos, que tendo se posicionado contrário à aprovação da proposta na V Conferência, convocou debate com a categoria para junho de 1996 e em seu jornal de julho de 1996, acabou por respaldar o processo e concluir: *"o saldo do debate foi bastante positivo para todos os participantes que, de uma forma geral, apoiam a idéia do acolhimento, mas divergem em alguns pontos de sua aplicação"* (SINDIMED, 1996).

5.4.5.3 Conselho Municipal de Saúde

Na V Conferência Municipal, em abril, o Acolhimento foi aprovado e na seqüência marcada reunião do Conselho Municipal de Saúde, para avaliação do processo, em julho de 1996. Em setembro de 1997, o tema voltou à pauta do Conselho, motivado por questões levantadas por representantes dos trabalhadores, principalmente auxiliares de enfermagem, como: a sobrecarga da enfermagem e atribuições que extrapolavam a competência profissional. Após intenso debate, o Conselho deliberou formar uma comissão composta por funcionários, usuários e governo, para avaliar o funcionamento do Acolhimento na rede pública municipal, apresentando posteriormente um parecer em plenária do Conselho. Após várias reuniões dessa comissão, ficou decidido realizar uma pesquisa na rede, entrevistando usuários, trabalhadores e gerentes sobre o funcionamento do Acolhimento, permitindo-se um diagnóstico mais claro do processo.

5.4.5.3.1 Pesquisa de avaliação do Acolhimento

A metodologia empregada na pesquisa de avaliação do Acolhimento consistiu em selecionar, de forma aleatória, 20 Centros de Saúde (CS) da rede. A escolha deu-se por sorteio, realizado pelos membros da reunião, evitando-se, assim, tendenciosidade na definição dos locais. Os Centros de Saúde selecionados receberam 3 questionários a serem respondidos por usuários, trabalhadores e o gerente da unidade. A comissão enviou correspondência a estes locais informando sobre a pesquisa e solicitando a aplicação dos questionários, onde constavam as orientações sobre o andamento das entrevistas. Foram encaminhados dois modelos de questionário (um para gerente e trabalhador de saúde e outro para usuário). O questionário do gerente foi respondido pelo próprio, sendo então sorteado um trabalhador na equipe do Centro de Saúde para responder ao respectivo questionário. Foram incluídos, para sorteio, os nomes de todos os profissionais envolvidos com o Acolhimento e que estivessem presentes naquele momento na unidade. Foram sorteados 22 trabalhadores que responderam ao questionário. Os usuários também foram entrevistados por sorteio. Quando o usuário apresentava dificuldade para ler e escrever, o gerente lia e anotava suas respostas, além de verificar o correto preenchimento dos dados de identificação da unidade (SMSA/BH, 1998).

A pesquisa foi realizada entre os meses de maio/junho de 1998 e apresentada ao Conselho em setembro de 1998, quando já havia ocorrido a mudança da direção da SMSA/BH, coincidindo, portanto, com a fragilidade na condução e continuidade da experiência, tendo em vista que o gestor, à época, não apoiava a proposta. Mesmo assim o plenário do Conselho confirmou a continuidade do proposta e a correção de rumos nas unidades onde havia problemas

(CMS/BH, 1998).

A seguir estão descritos os principais resultados desta pesquisa.

5.4.5.3.1.1 Avaliação dos gerentes e trabalhadores

Dos 20 (vinte) gerentes pesquisados, 60% eram enfermeiras; 15%, dentistas; 15%, assistentes sociais e 5%, médicos e psicólogos. Dos 22 (vinte e dois) trabalhadores, 40,9% eram auxiliares de enfermagem; 18,2%, enfermeiros e 18,1% eram médicos.

Quando indagados se preferiam o atendimento na unidade com o Acolhimento os gerentes responderam afirmativamente em 95% dos casos e os trabalhadores, em 72,7%. Quando indagados sobre a prioridade de atendimento para os casos agudos nas unidades, após a mudança do processo de trabalho, tanto gerentes (95%) quanto trabalhadores (90%) confirmaram a prioridade.

Quando indagados se o Acolhimento havia trazido benefícios para os usuários, responderam afirmativamente 95% dos gerentes e 81,8% dos trabalhadores.

Ao serem chamados a avaliar o Acolhimento, 85% dos gerentes e 68,2% dos trabalhadores o avaliaram de forma positiva (ótimo e bom).

Um dos principais motivos de polêmica no Acolhimento consistiu na recepção do usuário. Em 52% dos Centros de Saúde pesquisados, a recepção era feita por enfermeiro, auxiliar e outros profissionais; em 33,0% apenas os auxiliares desempenhavam essa função; e em apenas 14% das unidades havia a presença dos médicos na equipe de recepção.

Constata-se portanto que a participação do médico na equipe de recepção ao usuário era

realmente menor que a dos demais profissionais. Foi também avaliada a disponibilidade do médico na retaguarda da equipe do acolhimento, na avaliação de gravidade ou risco do paciente. A pesquisa apontou que em 28% das unidades os médicos atendiam à maioria das demandas, em 50% das unidades o médico atendia a poucas chamadas e em 10% não atendia à demanda da equipe do Acolhimento. Os dados mostram a variação das equipes e da adesão do profissional médico (TAB. 45). Interessante que esta avaliação foi muito semelhante entre gerentes e trabalhadores, demonstrando o pequeno envolvimento médico no processo, sendo bem resolvido, ou seja, cumprindo bem o papel da retaguarda em cerca de um terço das unidades (SMSA/BH 1998b, CMS/BH, 1998).

TABELA 45 - Disponibilidade do médico na retaguarda da equipe, segundo gerentes e trabalhadores, na pesquisa de avaliação do acolhimento do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, maio de 1998.

Disponibilidade do médico	Gerente		Trabalhador		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	1	5,0	3	13,6	4	10
Pouca	10	50,0	11	50,0	21	50
Metade	2	10,0	2	9,1	4	10
Maioria	6	30,0	6	27,3	12	28
Não respondeu	1	5,0		0,0	1	2,0
Total	20	100	22	100	42	100

Fonte: (SMSA/BH, 1998b) Pesquisa de avaliação do acolhimento, Conselho Municipal de Saúde, SAA.

À pergunta sobre quem avaliava a gravidade ou risco do caso quando não havia participação do médico foram dadas respostas muito semelhantes por gerentes e trabalhadores. A enfermeira foi identificada como a profissional que avaliava o risco na ausência do médico (cerca de 50%) e, em cerca de 20% dos casos, a enfermeira junto com o auxiliar. Somente um trabalhador afirmou que esta era uma atribuição da auxiliar na sua unidade, o que não foi confirmado pelo gerente da unidade. Esses dados confirmaram a co-responsabilização da enfermeira na decisão e a importância da sua intervenção na assistência, modificando uma situação histórica da rede, que se caracterizava pela sua pequena atuação nesse campo, desenvolvendo ações de gerenciamento.

Foram feitas ainda outras perguntas, quando trabalhadores e gerentes se manifestaram sobre possíveis avanços e dificuldades que, na sua ótica, eram resultantes da mudança no processo de trabalho em curso. Os entrevistados relacionaram mais de um fator, de forma que as porcentagens referem-se à frequência de aparecimento destes no total de entrevistas realizadas e são descritos na **TAB. 46** (SMSA/BH 1998b, CMS/BH, 1998). Os fatores positivos apontados e citados aqui em ordem decrescente foram os seguintes:

1?) a priorização dos agudos - 62% - porque possibilitou maior capacidade de separar problemas e estabelecer prioridades no atendimento, selecionando os casos mais agudos;

2?) a ampliação do acesso - 54,7% - por extinguir a fila da madrugada, evitar marcações de consultas de forma clientelista, acabar com a venda de senhas, pela maior capacidade da unidade de receber novas demandas e não somente os usuários crônicos, por atender mais

agilmente e por diminuir o período de espera;

3?) a maior humanização no atendimento aos usuários - 47,6% - pela melhora na capacidade de ouvir o usuário, maior resolução do problema do usuário e atendimento mais humano;

4?) a otimização do trabalho da enfermeira - 26,1% - evidenciada através da redefinição do papel da enfermagem, com maior atuação na assistência, valorização do seu saber e resolução de problemas;

5?) o aumento do vínculo entre usuários e equipe - 21,4% - pela percepção do aumento da responsabilidade com o usuário e pelo Centro de Saúde estar se tornando, de fato, uma referência para quem os procura;

6?) o estímulo ao trabalho em equipe - 9,5% - foi avaliado como possibilidade de integrar as práticas profissionais e de resolver problemas sem demandar a consulta médica. Recebeu o mesmo percentual de indicação (9,5%) a otimização do trabalho do médico, percebida pela maior utilização da consulta médica nos casos mais complexos.

Os fatores negativos mais apontados foram:

a) maior sobrecarga do trabalho devido ao aumento da tensão, do estresse, do cansaço e da insegurança com a nova prática (14,2%);

b) pouco apoio institucional às experiências em implantação, verificado através do não-equacionamento dos problemas da urgência, referência hospitalar e apoio diagnóstico

(9,5%);

- c) inadequação da área física, dos recursos humanos e materiais (9,5%);
- d) sobrecarga dos Centros de Saúde pelas atividades de atenção à demanda (7,1%);
- e) redução das atividades de prevenção (2,4%).

Sobre essa pesquisa cabem algumas reflexões. Pontua-se como fator negativo o pouco apoio institucional, devido ao não equacionamento dos problemas da urgência, da referência hospitalar e do apoio diagnóstico. Esses são problemas estruturais que afloram quando a rede entra em funcionamento real, ou seja, ao abrir as portas. Não houve uma decisão clara no sentido de implantar o mesmo processo de mudança nos demais níveis, gerando então movimentos dessincronizados, linguagens e simbologias distintas. Era incompreensível, por exemplo, ao plantonista da Unidade de urgência o encaminhamento vindo da equipe de acolhimento. “Como pode uma enfermeira encaminhar? Qual a sua competência para este ato?” Esta falta de sintonia gerou inúmeras dificuldades, pois não houve um processo sistematizado de implantação do projeto nos demais níveis do Sistema.

TABELA 46 - Avaliação qualitativa dos fatores positivos e negativos na implantação do Acolhimento, segundo gerentes e trabalhadores pesquisa de avaliação do Acolhimento do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, maio de 1998.

FATORES APONTADOS	Gerente		Trabalhador		Total	
	N	%	N	%	N	%
FATORES POSITIVOS						
Priorização dos agudos	14	70,0	12	54,5	26	62,0
Ampliação do acesso	13	65,0	10	45,5	23	54,7
Humanização	14	70,0	6	27,3	20	47,6
Otimização do trabalho do enfermeiro	6	30,0	5	22,7	11	26,1
Aumento do vínculo	8	40,0	1	4,5	9	21,4
Trabalho em equipe	4	20,0	0	0,0	4	9,5
Otimização do trabalho médico	3	15,0	1	4,5	4	9,5
Total de questionários	20		22		42	
FATORES NEGATIVOS						
Sobrecarga do trabalho	4	20,0	2	9,1	6	14,2
Inadequação da área física	1	5,0	3	13,6	4	9,5
Pouco apoio da SMSA/BH	2	10,0%	2	9,1%	4	9,5
Aumento da demanda	1	5,0	2	9,1	3	7,1
Redução das atividades de prevenção	1	5,0	0	0,0	1	2,4
Não responderam	3	15,0%	3	13,6%	6	14,2
Total de questionários	20		22		42	

Fonte: (SMSA/BH, 1998b). Pesquisa de avaliação do acolhimento, Conselho Municipal de Saúde, SAA.

Quanto à retaguarda da equipe e às mudanças produzidas no cotidiano do processo de trabalho dos profissionais, surgiram diversas situações, por exemplo: a rotina dos auxiliares de

enfermagem, de fato, sofreu uma profunda alteração. Antes acostumados a trabalhar sob escala, desempenhando tarefas, passaram a ter, na equipe, novas funções e mais qualificadas. Ocorreu um processo de valorização profissional, o que no momento da transição certamente gerou ansiedades. Os auxiliares passaram a realizar um maior número de atividades e, muitas vezes, em locais sem envolvimento do restante da equipe, assumindo o papel de recepção/escuta, tendo que decidir sobre quem vai ou não para a consulta médica. Ao não contar com os saberes de outros profissionais, muitas vezes se viam desempenhando funções além da sua competência técnica. Nos locais onde a retaguarda estava assegurada, garantido a presença do “saber” das diversas categorias profissionais na recepção do usuário, este conflito tornou-se menos significativo. Observaram-se também mudanças significativas no trabalho dos enfermeiros. Se por um lado a ampliação de suas atividades enriqueceu seu exercício profissional, demandando revisões dos conteúdos técnicos, por outro o aumento quantitativo, sem discussões de limites, trouxe pressões e estresse.

Quanto ao trabalho médico, houve alterações na clientela atendida pelos médicos, por exemplo, passou-se a atender mais casos agudos, exigindo mais do núcleo de competência desta categoria. Entretanto, alguns aspectos no processo de trabalho médico não sofreram mudanças. O padrão de atendimento a um número fixo de consultas prevaleceu em muitos locais, mesmo quando os demais profissionais detectavam casos que necessitavam do saber médico. Algumas equipes conseguiram vencer essa resistência, pactuando tanto a retaguarda médica ao Acolhimento como a garantia do atendimento a todos os casos que necessitassem da consulta médica, todavia isso não foi devidamente equacionado, gerando tensões freqüentes entre as

equipes. As dificuldades eram causadas pelo não envolvimento adequado dos profissionais no cotidiano das equipes, ou seja, nem sempre foi estabelecido um pacto adequado de retaguarda entre as diversas categorias profissionais. Alguns gerentes conseguiram fazer esta mediação com os profissionais, motivando-os e envolvendo-os na responsabilidade da retaguarda; outros não. Por outro lado o governo não enfrentou este problema de uma forma central, não resolvendo, por exemplo, o secular problema de limite de 12 consultas médicas na jornada de 4 horas de trabalho. Este número, fruto de acordo sindical de anos atrás, não foi renegociado pelo ator governo com a categoria ou seus representantes. Se em alguns locais conseguiu-se de fato a responsabilização da equipe, em outros, não, o que gerou inúmeros conflitos com as demais categorias. Esse fator contribuiu para o desgaste cotidiano das relações de trabalho e aqueles locais onde foi possível superar estas dificuldades a integração da equipe e o resultado do processo foram outros.

5.4.5.3.1.2 Avaliação dos usuários

O questionário do usuário constava de cinco perguntas: a primeira questão referia-se à necessidade de se pegar ficha/senha para atendimento. Os usuários, em 50% das unidades, afirmaram que essa prática permanecia.

Quando indagados se o número de fichas para consulta médica era informado previamente ao atendimento, 72,7% negaram haver esta prática nas unidades. Os gerentes e trabalhadores reafirmaram esta informação ao responderem que em 85% dos Centros de Saúde essa prática já havia sido abolida.

A avaliação foi divergente entre os usuários em relação ao melhor funcionamento do Centro de Saúde: 50% preferiam a prática de pegar a ficha para consulta no guichê, por ordem de chegada; outros 50% preferiam a nova prática de não pegar ficha previamente e ser avaliado pela equipe de recepção, que definia a melhor resposta a ser dada em cada caso, significando que, em determinadas situações, a consulta médica não seria garantida.

Quando indagados se eram atendidos todas as vezes em que procuravam essa unidade, 73% responderam que sim e 27%, que não eram atendidos (**FIG. 6**). Quando chamados a fazer a apreciação do atendimento da unidade, 86% avaliaram positivamente e 14% avaliaram o atendimento como sendo regular (**FIG. 7**). Quando questionados se a unidade atendia rapidamente quando o caso era mais grave (usuário passando mal), 86% dos usuários deram resposta positiva (**FIG. 8**).

A pesquisa conduzida pelo CMS mostrou a tentativa de um ator importante pautar agendas. Entretanto, quando o resultado foi apresentado, em setembro de 1998, já haviam ocorrido mudanças na direção da SMSA/BH e o gestor, à época, não apoiava a proposta do Acolhimento, portanto não se comprometeu com a avaliação nem com as medidas de correção de rumos necessárias. Mesmo assim o Conselho colocou em pauta a discussão e tentou dar a condução do processo, votando pela continuidade da experiência e pela correção de rumos nas unidades onde havia problemas. Como já frisamos, naquele momento o gestor não mais se comprometia com essa deliberação e a experiência se resumiria a sobreviver nos locais onde havia o comprometimento dos gerentes com o processo.

5.4.6 Gestão do setor conveniado no âmbito do Projeto Vida

5.4.6.1 Estratégias propostas na gestão do setor conveniado

O Projeto Vida colocou como objetivo intervir nos leitos hospitalares, redesenhando o fluxo e ampliando leitos de risco. Essas ações faziam-se necessárias ante a elevada mortalidade neonatal em função da deficiência na assistência ao parto, principalmente pelo número reduzido de leitos de risco.

Cabe ressaltar que, para a redução da taxa de mortalidade neonatal, são necessárias ações de maior complexidade, dirigidas principalmente para a melhoria do acesso e qualidade dos serviços de saúde (assistência ao parto). A assistência pré-natal e ao parto é prioritária no sentido de reduzir os óbitos por causas perinatais (HARTZ, et al. 1997).

Assim, durante a implantação do Projeto Vida, intervir na mortalidade neonatal passou a ser uma meta estratégica. A SMSA/BH definiu-se por investir na ampliação dos leitos de risco, tendo uma iniciativa importante que foi a criação, em 1994, da Comissão Perinatal, composta por representantes dos prestadores públicos e privados, Universidade e SMSA/BH. Esta comissão fez um levantamento da oferta de serviços e a estimativa de demanda de leitos de risco, definindo parâmetros para a adequada assistência perinatal, tais como: padrão de qualidade, recursos necessários à assistência perinatal, custo da atenção, diagnóstico do setor e propostas para a ampliação de leitos.

Outro fator importante no processo foi a Gestão Semiplena implantada em 1994, quando foram iniciados mecanismos de controle e avaliação da rede de serviços públicos contratados e

conveniados. As estratégias visaram facilitar o acesso aos serviços ofertados, priorizar o atendimento de casos de maior gravidade, fiscalizar e acompanhar o desempenho dos prestadores e a qualidade dos serviços, a morbidade hospitalar e os custos (SANTOS, 1998).

Foram tomadas iniciativas importantes no atendimento às gestantes, como o estudo de fluxos avaliando-se as maternidades de referência por distrito, seguido de negociação com a rede conveniada, visando definir maternidades de referência distrital. Apesar dos esforços, este mecanismo de referenciamento não conseguiu implementar-se na prática. Surgiram problemas na operacionalização interna (convencimento dos ginecologistas sobre as vantagens do referenciamento, principalmente quando se tratava de maternidade tecnicamente questionável) e dificuldade de implantar o fluxo junto aos prestadores.

Outra proposta importante, mas não implantada até a época deste estudo, consistiu na avaliação da qualidade do serviço prestado pelas maternidades, através de indicadores como mortalidade materna e infantil, assistência ao pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto. Estes indicadores foram construídos e possibilitaram um pré-diagnóstico dos prestadores, sem contudo levar a decisões concretas. Especialmente no sentido de demandar do gestor decisões sobre reordenação de fluxos, compra de equipamentos, qualificação da equipe de atendimento ao parto (presença do pediatra na sala de parto), instalação de auditorias, fechamento de maternidades com baixo desempenho etc.

5.4.6.2 Evolução do número dos leitos de risco

Em 1994, a SMSA/BH contava com 70 leitos de risco infantil no SUS, sendo necessários

cerca de 170 leitos de neonatologia, incluindo leitos de CTI, alto e médio risco, segundo levantamento de demanda realizado pela Comissão Perinatal. Ao longo dos 4 anos, foram ampliados 14 leitos no Hospital Odilon Berhens, 7 leitos no Hospital Júlia Kubitschek e 23 leitos na Santa Casa de Misericórdia, sendo que a última o fez através de um convênio com a SMSA, que destinou recursos para investimento de ampliação de leitos de risco. Com isto totalizaram-se 44 novos leitos para recém-nascidos de risco em Belo Horizonte (SMSA/BH, 1996c).

Através do convênio entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual e municípios, foram previstas verbas do Projeto Reforsus (linha de financiamento do Banco Mundial ao SUS) para reforma e ampliação de leitos de risco em uma maternidade do Estado, a Odete Valadares. Somente após 4 anos da assinatura do convênio é que começaram a chegar os recursos.

O CMS deliberou complementar a tabela de pagamento do SUS para aquelas maternidades que tivessem seus berçários equipados para a assistência ao recém-nascido de risco, de acordo com critérios estabelecidos pela Comissão Perinatal (SMSA/BH, 1996h). Este mecanismo só passou a ser aplicado após o processo de recontração do setor conveniado/contratado em 1997. O valor do leito complementado correspondente a 20 dias de internação passou de R\$ 320,00 para R\$1.200,00 (SMSA/BH, 1995 a).

O déficit de leitos de risco ainda não se encontra equacionado, existindo demanda por mais novos leitos. Além da ampliação da oferta, restam sérios problemas como a remuneração e a implantação da avaliação de qualidade dos serviços prestados pelas maternidades, desenvolvendo indicadores que monitorem estas mudanças.

5.4.7 Considerações sobre a publicização, democratização da gestão

O tema da Publicização e democratização da gestão tem sido pauta importante no SUS/BH. De fato, no período ocorreu efetiva participação popular, tanto nas definições quanto no controle e fiscalização das ações de governo. Podemos chegar a essa conclusão tanto pela ocorrência dos inúmeros fóruns (Conferências, Plenárias, reuniões dos Conselhos Municipal, Distrital e Comissões Locais) quanto pelo crescimento da população envolvida no processo. O Conselho afirmou-se como importante ator político, definindo pautas, apontando diretrizes, fiscalizando, respaldando o gestor, além de também criticá-lo nos momentos de divergência. Evidentemente o gestor, na maioria das vezes, era apoiado em suas ações. Isso, porém, não se deu em função da subserviência e institucionalização do Conselho, mas em função do governo se postar como dirigente, formulador e proponente, além de estabelecer a prática de buscar o consenso e ampliar o leque de alianças com o movimento popular, discutindo e apresentando propostas nos fóruns legítimos. Além disso, as deliberações das Conferências foram implementadas na sua grande maioria.

Em relação aos trabalhadores também houve a preocupação com a construção coletiva das propostas, envolvendo-os nos projetos institucionais. Já se fez referência a inúmeros espaços criados que possibilitaram essa construção (Projeto Vida), além dos instrumentos gerenciais que possibilitaram a maior publicização desses espaços.

Destacamos ainda no processo a implantação da Avaliação de Desempenho, que representou importante instrumento de gestão pela formalização de pactos, construção coletiva de indicadores, aprofundamento de reflexões sobre o cotidiano dos serviços e suas contradições. Os

avanços do incentivo têm que ser testados e reavaliados continuamente, podendo produzir ruídos que possibilitam a publicização da discussão e reflexão coletiva da equipe sobre as suas práticas.

Na experiência de Belo Horizonte é possível citar dois exemplos de publicização da discussão, conseguindo reverter práticas inadequadas. O primeiro aconteceu com o indicador "*área de abrangência*", que, ao tomar outra conotação, forçou a prática da "cerca", excluindo os usuários de fora da área, provocando discussões na rede. A Conferência de Saúde aprovou deliberação específica, definindo as áreas de abrangência como operacionalização das ações de vigilância à saúde e não enquanto processo de exclusão dos usuários. O outro exemplo ocorreu com os indicadores da "*desnutrição*". Alguns Centros de Saúde começaram a forçar "alta por abandono" dos faltosos, para melhorar o desempenho das metas. Este fato resultou na ampliação da discussão sobre os faltosos e sobre a necessidade de articular ações conjuntas, com a Saúde Mental e a Assistência Social, no sentido da abordagem às famílias e da busca de alternativas conjuntas.

A implantação do Acolhimento tornou-se um bom marcador do processo. No momento da sua concepção o Acolhimento teve aprovação consensual nos diferentes fóruns de participação popular (Conselhos e Conferências). Sua implantação, no entanto, esbarrou em entraves relacionados às pressões corporativas por parte dos trabalhadores da saúde, justamente por ser um dispositivo que altera o processo de trabalho, que mobiliza e muda o cotidiano. Representantes sindicais e classistas (Sindicato dos Médicos e COREN), embora o questionassem, acabaram por apoiá-lo, não sem conflitos.

A pesquisa realizada pelo CMS ilustra bem as contradições colocadas. Gerentes e trabalhadores afirmaram preferir o atendimento na unidade com o acolhimento, em 95% e 72,7% dos casos, respectivamente. Reconheceram a mudança do acesso aos casos agudos nas unidades após a alteração do processo de trabalho e os benefícios advindos aos usuários com a implantação da proposta, como: a maior humanização no atendimento aos usuários, a ampliação do acesso, o aumento do vínculo entre usuários e equipe, o trabalho em equipe, a otimização do trabalho da enfermeira e do trabalho médico.

Os fatores negativos consistiram na maior sobrecarga do trabalho devido ao aumento da tensão, insegurança com a nova prática, pouco apoio institucional às experiências em implantação, materializado pelo não equacionamento dos problemas da urgência, da referência hospitalar e do apoio diagnóstico, pela redução das atividades de prevenção, aumento da demanda do Centro de Saúde, inadequação da área física, dos recursos humanos e materiais.

Conclui-se daí que o gestor conseguiu conquistar adesão ao projeto, embora tivesse insuficiências na implantação de medidas que poderiam dar maior potência ao projeto, em especial as que dizem respeito às referências e à organização do sistema como um todo.

A avaliação dos usuários dos Centros de Saúde também foi positiva. Confirmaram a garantia do acesso ao Centro de Saúde (73%), perceberam a priorização do agudo (86%) e avaliaram positivamente o atendimento da unidade (86%). O momento de realização dessa pesquisa coincidiu com a desarticulação do projeto, mesmo assim o Conselho pautou a discussão, tentando criar agendas que, na verdade, não eram mais prioritárias ao gestor. Essa diferença

demarca também a mudança na relação Conselho/Gestor que ocorre a partir daí, já que a publicização passa a não constituir um referencial importante na nova gestão. Por isso o marcador "Publicização" é importante na avaliação de modelos, demarcando mudanças importantes.

No que se refere à gestão do setor conveniado/contratado, foram dados passos no sentido de colocar o interesse público acima do privado. O primeiro fator ocorreu já em 1994, sendo Belo Horizonte a primeira capital a assumir a Gestão Semiplena do Sistema. A estruturação do controle e avaliação constituiu passo importante e nacionalmente inovador no sentido de exercer a gestão pública e buscar desprivatizar o Estado. No que se refere ao Projeto Vida foram traçadas estratégias para intervir nos leitos hospitalares com vistas a: redesenhar o fluxo, ampliar os leitos de risco, definir critérios de qualidade, definir a tabela própria de remuneração e incentivo, fazer convênios/parceria com o setor conveniado visando à ampliação de leitos, aprovar projetos junto ao REFORSUS para ampliação de leitos de risco, etc. Apesar das iniciativas, os resultados obtidos ainda foram insuficientes no sentido do real controle da situação (gestão do privado). O referenciamento às maternidades, com o novo fluxo, ainda não foi implantado. Ainda não existe a garantia do acesso aos leitos, pois, apesar da ampliação, ainda há déficit e o monitoramento da qualidade do atendimento não é realizado.

De maneira geral, a gestão pautou-se por práticas democráticas. Procurou partilhar o processo decisório, tentando ampliar o leque de atores com adesão ao projeto, buscou também obter o controle do setor conveniado, levando à publicização da gestão.

5.5 Novas tecnologias de trabalho

A incorporação de novas tecnologias refere-se à introdução de novas "ferramentas" que possam mediar as mudanças no processo de trabalho. Considerando que no processo de trabalho em saúde se estabelece entre o agente produtor com suas ferramentas (conhecimentos, tecnologias de modo geral) e o agente consumidor (enquanto portador/ elaborador de necessidades de saúde), um encontro no qual há um espaço intercessor, foram empregadas novas ferramentas que permitiram a reconstrução de novos modos de gerir e operar o trabalho em saúde.

Na construção desta proposta, foram adaptadas as ferramentas do planejamento para o cotidiano da equipe de saúde, tendo como objetivo a construção de um novo desenho organizacional para as unidades de saúde e para a gestão. Ações como esta exigem que se operem mudanças no modo de trabalhar na área, abordando os aspectos micropolíticos deste processo, sem pretender negar a importância da macropolítica (MERHY, 1997a; CECÍLIO, 1994).

Buscaremos investigar alguns aspectos da micropolítica e as ferramentas empregadas, visando captar os ruídos e revelar interesses em disputa.

5.5.1 Interrogadores e indicadores empregados

Para investigar a intervenção na micropolítica do trabalho em saúde, analisaremos as seguintes questões: Quais as novas ferramentas introduzidas no processo de trabalho? Surgiram novas formas de fabricar e produzir a política? Essas ferramentas foram incorporadas no

cotidiano das equipes? Produziram mudanças? Possibilitaram maiores espaços de conversa, de expressão? Possibilitou aos trabalhadores ocupar os espaços do trabalho, tornando a gestão menos privada e mais coletiva?

Visando introduzir os referenciais da investigação, buscaremos alguns conceitos sobre: o processo de trabalho, o trabalho em saúde, a micropolítica do processo de trabalho como lugar estratégico da mudança, a produção de novas subjetividades, bem como os conceitos adotados no estudo sobre tecnologia em saúde, tecnologia leve, leve/dura e dura. Os indicadores usados foram:

- Os instrumentos utilizados.
- Mudanças produzidas pelos instrumentos.
- O papel da Avaliação de Desempenho como propulsora do Acolhimento.
- Percentual de utilização das ferramentas e instrumentos gerenciais pelas equipes.
- Avaliação da integração do processo de trabalho das equipes.

5.5.2 Processo de trabalho em saúde

O trabalho ocupa lugar central em qualquer sociedade. Para Marx (1987): *"o trabalho é um processo consciente por meio do qual o homem se apropria da natureza para transformar seus materiais em elementos úteis para sua vida"*.

O que importa no trabalho humano não é a semelhança com os outros animais, mas as diferenças essenciais que o distinguem como diametralmente oposto. Ainda, segundo Marx (1987

p. 202, vol.1, livro 1):

"uma aranha desempenha operações que se parecem com a de um tecelão, e a abelha envergonha muitos arquitetos na construção de seu cortiço. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor das abelhas é o que o arquiteto figura na mente sua construção antes de transforma-la em realidade. No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera, ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem que subordinar sua vontade".

Os elementos componentes do processo de trabalho, de acordo com Marx (1987), são: a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho e os meios de trabalho, o instrumental de trabalho.

E define ainda que serviço é o efeito útil de alguma coisa, mercadoria ou trabalho. Resulta da utilização de bens ou da força de trabalho em seu valor de uso.

O processo de trabalho em saúde difere do consumo de serviços em geral basicamente porque, no setor saúde, o usuário não se porta como um consumidor comum diante da mercadoria; pois está desprovido de conhecimentos técnicos e não detém informações necessárias para a tomada de decisão sobre o que irá consumir.

Por outro lado, o processo compartilha características comuns com outros setores da economia, por estar marcado por uma direcionalidade técnica e envolver o uso de instrumentos e

força de trabalho. Em relação à incorporação tecnológica, tem ocorrido outro diferencial no setor saúde, que é a incorporação de tecnologia avançada sem a redução dos postos de trabalho, diferentemente dos demais setores da economia (FEKETE, 1999).

Outra particularidade do trabalho em saúde é que a direcionalidade técnica tem natureza coletiva. Trata-se de um processo que envolve a atuação de um conjunto de categorias e indivíduos que compartilham recursos técnicos e cognitivos, portanto a produção depende do trabalho coletivo. Cabe ressaltar a centralidade do trabalho médico, sua prática é o núcleo do qual derivam outros trabalhos. Garantir a articulação dos diversos profissionais na prestação da assistência é um grande desafio ao se repensar o processo de trabalho em saúde.

Outras características do trabalho em saúde estão diretamente ligadas à fragmentação dos atos, e à alienação do trabalhador no que se refere ao processo de trabalho e seus resultados (FEKETE, 1999).

A discussão sobre processo de trabalho em saúde, se se pretende operar mudanças no modo de trabalhar na área, passa necessariamente pela abordagem dos aspectos da micropolítica do trabalho em saúde, visando publicizar o espaço e buscar novos sentidos e formatos.

Vale ressaltar dois conceitos importantes: "trabalho vivo" - refere-se ao trabalho em ato, o trabalho criador; o "trabalho morto" - refere-se a todos os produtos-meios (ferramentas, matérias primas) que são resultados de um trabalho humano anterior e o homem os utiliza para realizar um dado trabalho.

Quando o "trabalho vivo" é capturado, de tal forma que o homem não consegue exercer

nenhuma ação de forma autônoma, ele se torna "trabalho morto". Isto ocorre, por exemplo, numa linha de montagem, onde o capitalista controla a tal ponto o autogoverno do trabalhador, que estrutura o trabalho, definindo previamente todas as características do produto final. Assim, o trabalho vivo é capturado e domesticado (MERHY, 1997a).

Existem claras diferenciações no trabalho em saúde, no que se refere à autonomia do "trabalho vivo", que é bem ampla se comparada com outros setores da economia. Um operário numa fábrica tem o seu processo de autonomia controlado, pois previamente se decide o produto do seu trabalho. Já no setor saúde, mesmo que o "trabalho vivo" seja "capturado" pelas tecnologias mais estruturadas, descritas anteriormente (duras e leve-duras), ou se estiver também submetido ao controle empresarial, no encontro entre o usuário e o consumidor dá-se o "espaço intercessor" com possibilidades de mudanças, de atos criativos. É extremamente difícil capturar o trabalho vivo em ato na saúde. Este espaço é sempre conflituoso, existindo diversas possibilidades de desdobramentos (MERHY, 1997a; MERHY, 1997b).

Segundo Merhy (1997b), no encontro de sujeitos criam-se espaços de relações, ocorrem interseções entre os dois, ou seja, este encontro não é uma simples somatória de um com um outro, mas sim o resultado de um processo singular pelo encontro dos dois em um único momento. Assim também, no encontro do trabalhador de saúde com o usuário, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre ocorrerá em seus encontros e em ato. Este momento, o da produção e consumo dos atos de saúde, é um momento especial, portador de forças "instituintes". Nos modelos de assistência predominantes hoje, nas relações produzidas nos serviços de saúde, os espaços intercessores são preenchidos pela "voz" do trabalhador e pela

"mudez" do usuário. Esta relação em saúde deveria ser não desta forma, "objetal", mas do tipo "interseção-partilhada", ou seja, onde aconteçam interações. Assim, se ela ocorrer baseada na "mudez" e no "autoritarismo", haverá perda quanto ao mútuo processo instituinte.

Neste encontro, o "agente produtor" porta conhecimentos, equipamentos, tecnologias, enquanto o "agente consumidor" expressa também seus conhecimentos e representações. Estes agentes são ambos portadores de necessidades que, por sua vez, são definidas em processos sociais e históricos. Todo o processo de trabalho é atravessado por lógicas diferentes, que se apresentam como necessidades em disputa, como forças instituintes nas suas instituições. A presença de uma linha de força médico-hegemônica, que se coloque positivamente, atua como instituinte no processo de trabalho em ato. A outra linha de força, a do usuário, também atua de forma instituinte na busca de sua "autonomia". O espaço intercessor é o lugar que revela estas disputas das distintas forças instituintes; entretanto um dado processo instituído pode capturar ou ser invadido por estas forças. Mesmo que o processo instituído abafe este movimento, as forças instituintes estarão sempre gerando ruídos em seu interior (MERHY, 1997b).

Outra noção na micropolítica do trabalho em saúde é a do "ruído". Este conceito parte da idéia de que, cotidianamente, ocorrem processos silenciosos nas relações entre os agentes institucionais até o momento em que esta lógica funcional é rompida. A ruptura desta lógica normalmente é entendida como uma disfunção, um desvio do normal, estes "ruídos", entretanto, devem ser percebidos como processos instituintes que abrem possibilidades de interrogação sobre o modo instituído e mostram distintos modos de caminhar. Cumpre conseguir captar e entender

estes ruídos (MERHY, 1997b).

Os movimentos instituintes operam como movimentos de mudanças, ensaiando "rupturas" com as "capturas" do trabalho vivo. Entretanto, este movimento tem aparecido em momentos sociais bem especiais, quando ocorre a aparição de "atores sociais" novos e organizados com capacidade de confrontação com o processo instituído (MERHY, 1997b).

Uma intervenção institucional que vise provocar mudanças no processo de trabalho em saúde é sempre complexa. Quando analisamos um Centro de Saúde, o conjunto de autogovernos em operação e o jogo de interesses organizados como forças sociais tornam a situação altamente complexa. Assim, num processo de mudança, não basta possuir uma receita para a ação, deve-se dispor, além de várias e novas ações instrumentais, de capacidade de problematizar cabeças e interesses, sempre questionando situações que podem gerar processo de liberação do trabalho vivo, enfim das forças instituintes e criadoras. O processo de trabalho em sua micropolítica encontra-se num cenário de disputa entre forças instituídas, fixadas pelo trabalho morto, e outras que operam no trabalho vivo em ato, que se encontram nos processos imaginários e desejantes. Esta criatividade permanente do trabalhador em ação deve ser explorada na dimensão pública e coletiva para que sejam reinventados novos processos de trabalho, ou mesmo para abri-los em novas dimensões não pensadas. Atuar nestes processos significa buscar novas possibilidades, isto torna-se possível na medida em que a escuta dos ruídos do cotidiano ocorre. Assim possibilita abrir linhas de fuga do instituído. Caberia ao gestor desenvolver a capacidade de "escutar" estes ruídos, construindo um processo de busca de entendimento, possibilitando a invenção de novas

missões institucionais e novos sentidos para o processo de trabalho (MERHY, 1997b).

Outra questão a ser discutida no processo de trabalho em saúde é a produção da alienação. A organização parcelar do trabalho, a fixação do profissional em determinada etapa de um certo projeto terapêutico e a repetição mecânica de atos parcelares produzem alienação. Segundo Campos (1997), se o trabalhador não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação, ele perderá contato com elementos que potencialmente estimulam sua criatividade, não se responsabilizando pelo objetivo final da sua intervenção. Para reverter este quadro, deve-se aproximar o trabalhador do resultado do seu trabalho, valorizar o seu orgulho profissional pelo esforço singular de cada caso. É fundamental abrir espaço para a liberdade criadora, para a autonomia profissional, bem como para a reinvenção de novas maneiras cotidianas de operar a instituição ou o seu local de trabalho.

Para assegurar a qualidade em saúde, faz-se necessário combinar a autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade dos trabalhadores com os usuários, assim como o estabelecimento de um pacto em torno de um projeto coletivo. A recuperação da prática clínica assentada no "vínculo", ou responsabilização com o usuário, é a forma de combinar autonomia e responsabilidade profissional.

A crescente especialização dos médicos e demais profissionais da saúde vem diminuindo a capacidade de resolver os problemas e aumentando a alienação desses profissionais em relação ao resultado e à prática. Uma vez que cada especialista se encarrega de uma parte da intervenção, em tese ninguém pode ser responsabilizado pelo resultado do tratamento. Este modelo se aplica

também no cotidiano da Saúde Pública. Com isto tem ocorrido uma progressiva perda da eficácia das práticas clínicas, diminuindo a capacidade de cada profissional resolver problemas. As áreas básicas tendem a funcionar cada vez mais como "triadoras", avaliando riscos e encaminhando para outros. Isto implica mais e mais especialistas envolvidos, mais apoio diagnóstico, maior custo e maior imposição de sofrimento e restrições aos pacientes. As "receitas" para este problema têm sido a retomada dos generalistas e a constituição das equipes multiprofissionais, como se as equipes compensassem a desresponsabilização e a fragmentação que a especialização excessiva tem criado e legitimado (CAMPOS, 1997b).

Segundo Campos (1997b), é necessário construir caminhos para sair das polaridades representadas de um lado, pela especialização excessiva, geradora de verticalidade na organização dos processos de trabalho em saúde com profundo desentrosamento das equipes; de outro, por uma completa horizontalização, igualando-se artificialmente todos os profissionais sem se ater às especificidades de cada profissão. Haveria que se combinar graus de polivalência com certo nível necessário e inevitável de especialização.

Entram aí dois conceitos fundamentais: "núcleo" e "campo" de competência e responsabilidade. Por "núcleo" entende-se o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade. Marca assim os elementos de singularidade que definem cada profissional ou especialista, conhecimentos e ações de competência de cada profissional ou especialidade. Por "campo" entende-se saberes, competências e responsabilidades confluentes a várias profissões ou especialidades. Através do trabalho em equipe, o "campo de competência" tende a se alargar, através das trocas de saberes. Assim preserva-se maior autonomia profissional

e das equipes. Preserva-se pois o exercício de "núcleos" específicos, próprios da intervenção de cada profissional, além de alargar os "campos" comuns, melhorando a qualidade da assistência, permitindo respostas mais abrangentes por parte dos profissionais.

Além disto, cabe definir a responsabilidade nominal de cada profissional, por cada caso, não se diluindo a responsabilidade pela equipe, operacionalizando-se assim o conceito de vínculo, através da adscrição individual da clientela (CAMPOS, 1997b).

Desta forma o processo de trabalho, enquanto micropolítica, pode ser o lugar estratégico da mudança, pautando-se não pelo modelo médico-hegemônico, mas pela ética do compromisso com a vida, com uma postura acolhedora, estabelecendo vínculos, buscando a resolutividade e a criação de autonomia dos usuários.

5.5.3 Novas Tecnologias

As novas tecnologias empregadas consistiram nas ferramentas de análise (Rede de Petição e Compromisso, o Fluxograma Analisador e alguns indicadores da Avaliação de Desempenho), além dos protocolos assistenciais do Projeto Vida. Esses instrumentos foram importantes na mudança do processo de trabalho em Belo Horizonte. Como já procedemos à conceituação dos mesmos e a descrição dos passos metodológicos na implantação, passaremos à descrição no cotidiano da equipe.

5.5.4 Avaliação do emprego de instrumentos na implantação do Acolhimento

A Rede de Petição e Compromisso foi entendida como um sistema de avaliação e controle, compartilhado pelo conjunto da equipe, com indicadores que consideram o "contrato"

entre os diversos atores (governo, trabalhadores e outros). Foi utilizada como mais um instrumento gerencial, no estabelecimento de "contratos" e monitoramento de resultados, possibilitando um pacto prévio em torno de metas e discussões públicas dos acordos, envolvendo os diversos atores no processo (SMSA/BH, 1995d).

O fluxograma publicizou os fluxos, o processo de trabalho, tornando-se uma ferramenta para reflexão da equipe, mostrando os interesses distintos, os modos distintos de governar a instituição, provocando a reflexão das equipes acerca do seu cotidiano.

A Avaliação de Desempenho permitiu às equipes apropriar-se da sua realidade, constituiu uma estratégia de gestão a partir do acompanhamento dos resultados alcançados. O prêmio, concedido a partir de uma remuneração básica, tinha a finalidade de estimular a equipe de trabalho e possibilitar o alcance de objetivos organizacionais pactuados com o coletivo dos trabalhadores (SANTOS et al., 1998).

Outro instrumento facilitador do processo foi o protocolo assistencial que surgiu da necessidade de capacitação das equipes, de definição de atribuições entre as categorias, bem como da padronização de condutas assistenciais. Assim, iniciou-se uma discussão conduzida por um grupo multidisciplinar formado por técnicos da rede, do nível central, e professores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foram padronizados temas como acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança, doenças comuns da infância, acompanhamento do pré-natal, dentre outros. O avanço dos protocolos deveu-se ao processo de formulação sob a ótica da intervenção multiprofissional, legitimando a inserção de toda a equipe

na assistência (MALTA et al. 1998b). Além desta etapa, ocorreu ainda um processo de capacitação técnica da rede no que se refere a estes conteúdos técnicos.

5.5.4.1 Avaliação de Desempenho como aceleradora do Acolhimento

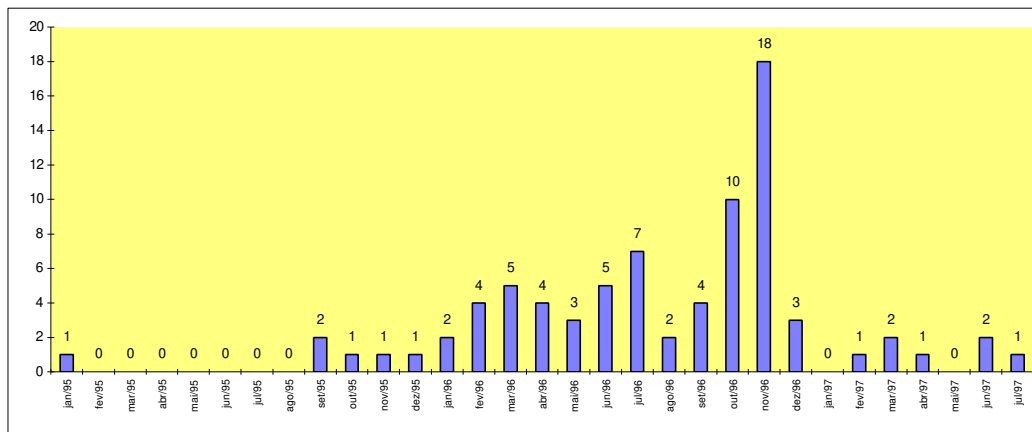
Para avaliar se a introdução dessas novas tecnologias conseguiu produzir mudança no processo de trabalho nas equipes locais e se essas ferramentas foram incorporadas ao cotidiano das equipes, foram analisados os seguintes bancos de dados: Avaliação de Desempenho da Secretaria Municipal de Saúde/BH e pesquisa qualitativa realizada entre os gerentes dos Centros de Saúde da rede municipal de Belo Horizonte que haviam implantado o Acolhimento. A pesquisa foi realizada com 90 (noventa) gerentes dos Centros de Saúde da rede municipal, que implantaram o Acolhimento, sendo que desses, dez não responderam ao questionário. O preenchimento dos questionários pelos gerentes deu-se em julho de 1997. Através dessa pesquisa qualitativa pode-se avaliar a aplicação de alguns instrumentos gerenciais criados e implantados na rede, dentre eles: os protocolos assistenciais, o fluxograma analisador, a existência de reuniões periódicas entre as equipes. Avaliou-se também a percepção de integração entre os profissionais da equipe.

Ao detalhar os resultados, vale lembrar que o início da implantação do Acolhimento ocorreu no final de 1995, com 6 Centros de Saúde. No ano de 1996, foram 67 CS a implantar, sendo apenas 7 CS em 1997. Em relação ao mês de implantação, chama atenção a grande concentração nos meses de outubro (10) e novembro (18) de 1996 (**FIG. 9**) (SMSA/BH, 1997c). Atribui-se este fato à entrada do indicador da existência de equipe de Acolhimento como meta da Avaliação de Desempenho. A partir de novembro, este indicador passou a ser pontuado e valorizado na planilha. A Avaliação de Desempenho, se por um lado serviu como propulsora de

uma prática, também pode ter significado a entrada de várias equipes no Acolhimento sem a devida preparação, sem que as equipes tenham pactuado a mudança de processo de trabalho proposta pelo Acolhimento.

Esse desacerto serve de reflexão sobre a falta de sinergia da política institucional, visto que ocorreu um descompasso entre a metodologia da implantação da mudança do processo de trabalho e a Avaliação de Desempenho. Houve um certo atropelamento nos processos, já que a última acabou por ter uma força de implantação maior, definindo ritmos próprios e acelerando outros processos, que nem sempre estavam completos, ou no momento adequado de implantação.

FIGURA 9 - Mês de implantação do *Acolhimento* nos Centros de Saúde de Belo Horizonte, entre 1995 e 1997.



Fonte: (SMSA/BH) Pesquisa de Avaliação do Acolhimento junto aos gerentes de Centros de Saúde.

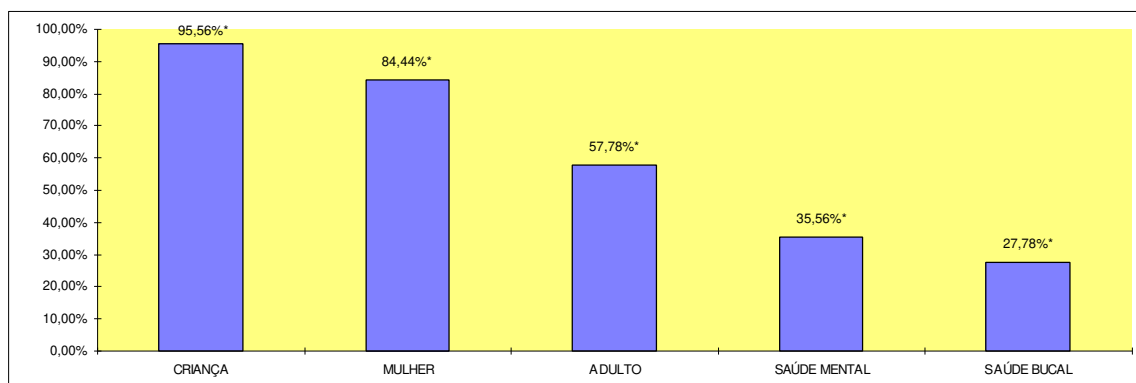
Devido à ênfase institucional no *Projeto Vida*, as áreas da criança e da mulher tiveram a

implantação facilitada pelos treinamentos e pela capacitação técnica. Vale ressaltar que, mesmo sem grande impulso institucional, o *Acolhimento* aos adultos foi desencadeado pela própria rede básica, forçando as áreas técnicas a repensarem estratégias e a formularem protocolos e treinamentos para responder à demanda da rede.

O *Acolhimento* na saúde bucal foi implantado de forma progressiva. É uma área técnica que necessita ampliar a reflexão sobre como integrar-se às demais clínicas, como ampliar acesso e garantir a humanização dos serviços. Em alguns Centros de Saúde foram introduzidas propostas inovadoras como: captação do usuário através de programa de escovação coletiva, definição de critérios de risco e prioridade clínica na primeira abordagem. Através destas experiências conseguiu-se ampliar o acesso dos usuários com menor tempo de espera.

A Saúde Mental implantou o *Acolhimento* em 35,6% dos Centros de Saúde, ou em todos aqueles onde existia a equipe de Saúde Mental (**Figura 10**).

FIGURA 10 - Frequência de implantação do *Acolhimento* por clínica nos Centros de Saúde de Belo Horizonte, julho/97



Fonte: (SMSA/BH). Pesquisa de Avaliação do *Acolhimento* junto aos gerentes de Centros de Saúde.

5.5.4.2 O percentual de utilização das ferramentas e instrumentos gerenciais pelas equipes

Um dos elementos importantes na implementação do Acolhimento foi a capacidade do gestor distrital e local. Onde a gerência estava de fato convencida do projeto, a implantação foi facilitada. Através do questionário de avaliação, foi aferida a aplicação dessas novas tecnologias que constituem instrumentos gerenciais importantes. O seu emprego demonstrava se a equipe estava se preparando para a ação, tanto pela utilização de protocolos que qualificavam e serviam no processo de definição de competências profissionais, quanto no caso do fluxograma, mostrando a preocupação em discutir o cotidiano da equipe e buscar coletivamente alternativas.

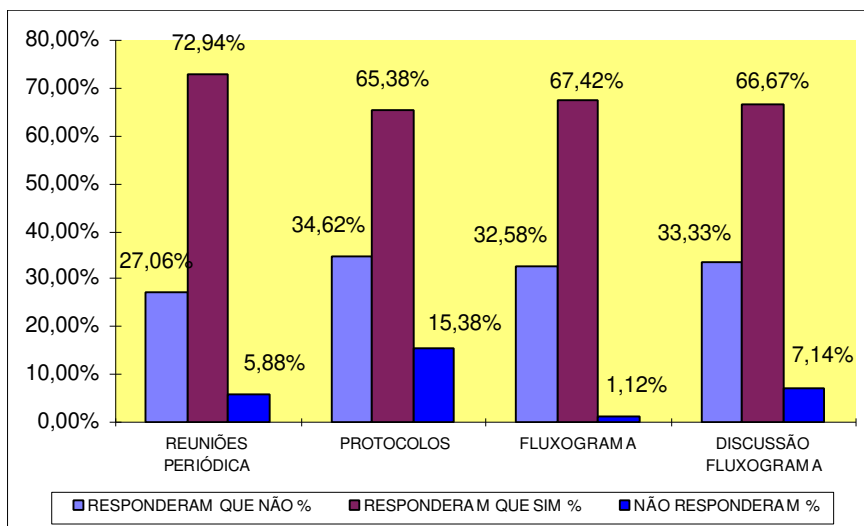
A avaliação do questionário mostrou que 65,4% dos centros de saúde utilizavam os protocolos assistenciais, enquanto outros 34,6% não o utilizavam, não tendo, por isso, acesso a estes conteúdos de qualificação da prática cotidiana.

O fluxograma foi utilizado nos Centros de Saúde como um instrumento gerencial. Foi extremamente útil, servindo para descortinar diversas situações e para auxiliar o planejamento das equipes. A pesquisa mostrou que 67,4% das equipes aprenderam a utilizá-lo e o empregaram, enquanto cerca de 32,6% não o aplicaram.

Essa pesquisa permitiu que pudéssemos quantificar a prática das reuniões periódicas de avaliação, que respondem, de certa forma, pelo aumento do espaço da interlocução coletiva, do debate, das trocas, da perspectiva de ir construindo um trabalhador coletivo, construindo práticas e saberes, formatando equipes multidisciplinares. Foi importante instituir esse espaço democrático no cotidiano dos centros de saúde. Assim, 73% equipes afirmaram fazer reuniões periódicas, discutindo sobre as mudanças no processo de trabalho, enquanto cerca de 27% das

equipes não adotaram esta prática. A **FIG. 11** mostra resultados que nos levam a inferir que enquanto cerca de 70% das equipes, em média, aplicaram os instrumentos gerenciais facilitadores do processo, cerca de 30% tiveram dificuldades na implantação da proposta, tanto por não terem se preparado para a ação quanto por não desenvolverem processo permanente de avaliação coletiva do processo.

FIGURA 11 - Avaliação do emprego de instrumentos gerenciais na implantação do Acolhimento, como: reuniões periódicas, fluxograma e discussão de fluxograma, por Distrito Sanitário, SMSA/BH, julho/97



Fonte: (SMSA/BH) Pesquisa de Avaliação do Acolhimento junto aos gerentes de Centros de Saúde.

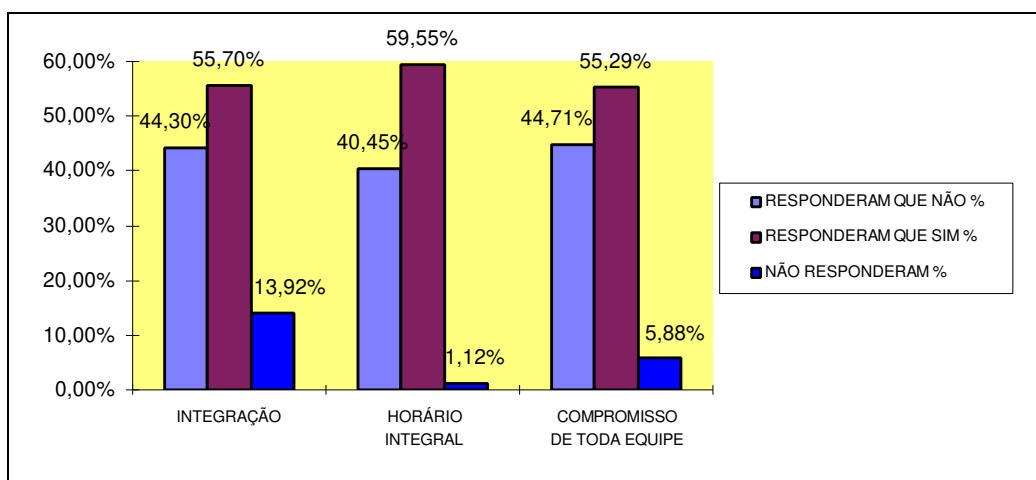
5.5.4.3 Avaliação da integração do processo de trabalho

Outra pergunta do questionário referia-se à avaliação do gerente sobre a integração da equipe. Assim, 55,7% dos gerentes afirmaram partilhar de processo de trabalho integrado, e

avaliavam a equipe comprometida com o trabalho. Outros 44,3% avaliaram de forma contrária, o que mostra a fragilidade do ponto de vista da condução e da continuidade da experiência.

Quanto ao horário de funcionamento da equipe de recepção ao usuário, cerca de 59,5% dos centros de saúde trabalhavam o dia inteiro acolhendo os usuários e 40,4% tinham apenas um turno de trabalho. Estes horários parciais mostravam as dificuldades operacionais, modificando de um turno para outro as portas de entrada da unidade, resultando em abordagens distintas e fracionadas (FIG. 12).

FIGURA 12 - Avaliação de implementação do Acolhimento junto à equipe em relação a: integração, horário de funcionamento e compromisso da equipe, SMSA/BH, julho de 97



Fonte: (SMSA/BH) Pesquisa de Avaliação do Acolhimento junto aos gerentes de Centros de Saúde.

Essa diversidade na avaliação resulta também nas "apostas" diferenciadas quanto da implantação do projeto. Alguns projetos foram bem implantados, outros resultaram em um

grande número de conflitos, por compreensão distorcida da proposta e outros sequer foram implantados. Assim, alguns gerentes de nível local operaram como *resistentes ao projeto*, sendo necessário estabelecer estratégias para conquistar adesão dos mesmos; outros implantaram a proposta de forma equivocada, em função da Avaliação de Desempenho, sem discussão suficiente para o entendimento da proposta e sem uma pactuação mais consistente com as equipes, fazendo-o apenas para atingir metas e ganhar o prêmio máximo.

5.5.5 Considerações sobre o uso de novas tecnologias

Dentre os instrumentos empregados, o fluxograma analisador tornou-se importante na reflexão da equipe acerca do seu cotidiano, tendo sido empregado em 67,4% das equipes. O impulso da Avaliação de Desempenho na implantação do Acolhimento pode ter precipitado a entrada de equipes não sensibilizadas no processo.

A Avaliação de Desempenho, já discutida anteriormente, também possibilitou aos vários atores a explicitação de seus projetos, permitindo o debate público dos espaços privados de trabalho, enfim representou potente dispositivo de mudança do processo de trabalho (SANTOS, et al., 1998; MALTA et al., 1998b). Por outro lado, também produziu um descompasso com a metodologia da implantação da mudança do processo de trabalho.

Esse desacerto serve de reflexão sobre a falta de sinergia da política institucional. Houve um certo atropelamento nos processos, já que a Avaliação de Desempenho acabou por ter uma força de implantação e sedução grande, deslocando outros acontecimentos que são mais processuais. Apesar de seguir os passos de discussão coletiva, acertos de indicadores e metas, a

Avaliação de Desempenho, passou também por forte normatização, tanto do ponto de vista da informatização, quanto em relação aos acordos coletivos, leis aprovadas em câmara, acordos sindicais e comitês de acompanhamento com participação de sindicalistas e conselheiros que definiam prazos de implantação, congelavam planilhas, definiam regras de inclusão e exclusão, de certa forma engessando e impondo um ritmo próprio, ganhando autonomia e desconhecendo processos anteriores.

O protocolo assistencial era utilizado em 65,4% das equipes e surgiu ante a demanda da capacitação das equipes, de definição de atribuições entre as categorias e da padronização de condutas assistenciais.

Há questões importantes que devem ser levantadas e dizem respeito ao inter-relacionamento nas unidades de saúde. Podemos dizer que as pessoas começaram a conversar mais, a se expressar mais, a ocupar os espaços do trabalho? Isso contribuiu para tornar a gestão menos privada e mais coletiva? Podemos trabalhar na perspectiva de que as equipes estavam se tornando mais multidisciplinares do que simplesmente um agregado de categorias? Essas questões são complexas e nem sempre temos respostas concretas, na maioria das vezes, obtemos apenas indícios que vão se mesclando a outras respostas, até alcançarmos mais clareza do todo.

Mudar processo de trabalho médico é complexo, implica aumentar cuidado, estabelecer uma clínica mais cuidadora, mais responsável. Essa pesquisa permitiu verificar que a prática das reuniões periódicas de avaliação de certa forma aumenta a interlocução coletiva, o debate, as trocas e a perspectiva da construção do trabalhador coletivo, ampliando espaços democráticos no

cotidiano dos centros de saúde. Possibilitou, também, quantificar indícios positivos de integração da equipe e maior comprometimento com o trabalho.

O uso das novas tecnologias, em especial, as ferramentas analisadoras, foi importante na instrumentalização dos trabalhadores e gerências locais para a gestão efetiva. Permitiu revelar qualitativamente o modo de operar o cotidiano, os produtos e resultados alcançados, a finalidade daquele trabalho, bem como os princípios ético-políticos que comandaram aquela ação, alavancando o processo de mudanças (MERHY & CHAKKOUR, 1997).

5. 6 Sustentabilidade

O sexto marcador, a "sustentabilidade" dos projetos, tomamos por empréstimo da idéia original de "sustentar a terra", "satisfazendo as necessidades da geração atual sem comprometer as necessidades das gerações futuras". Mas estamos empregando o termo sustentabilidade numa acepção para além do conceito ambiental ou econômico. Tomaremos emprestado o elemento do fluxo, da responsabilidade da transmissão entre gerações, da reflexão colocada sobre os determinantes da auto-sustentação, da continuidade, dos garantidores.

O tema da sustentabilidade dos projetos torna-se muito atual ante as inúmeras experiências de interrupção e descontinuidade de projetos muitas vezes eficazes e modernizantes, em função da quebra da hegemonia local. Pretendemos refletir sobre esse aspecto, discutindo formas de incorporar os avanços na instituição e as maneiras de institucionalizar projetos de forma a minimizar o efeito das trocas de dirigentes.

Conforme já dito na metodologia optamos por fazer um outro percurso metodológico, não exatamente confrontando resultados alcançados no período do estudo, com o período subsequente, mas interrogando sobre as apostas do sujeito e a capacidade de torna-se instituído. Assim em situação, o tema da sustentabilidade justifica-se pelo fato de abrir um olhar analisador sobre si mesmo e foi nessa perspectiva que trabalhamos esse marcador.

5.6.1 Interrogadores e indicadores propostos

A primeira questão que se coloca é se em Belo Horizonte foi possível instituir mecanismos de auto-sustentação, pelos quais os atores (sujeitos) conseguiram a manutenção dos

projetos. Pretendemos refletir sobre esses aspectos interrogando formas de incorporar os avanços na instituição e o porquê do desmonte, mesmo no caso de avanços comprovados.

Trabalharemos com os seguintes interrogadores: O que determina a implantação de um determinado projeto? Quais forças disputam? O que faz um determinado projeto se tornar hegemônico? Quem o sustenta? Algum ator, em especial o Conselho de Saúde, conseguiu determinar a agenda governamental? O projeto tornou-se instituído? Continua sendo operado? A institucionalização de um projeto é suficiente para garantir a sua continuidade? Como produzir novos atores políticos consolidados? Qual o grau de sustentabilidade nos microprocessos de trabalho? Só a direção do executivo garante os projetos? Será possível a criação de estruturas técnicas permanentes?

Os indicadores propostos são:

- Condições para a ascensão de um projeto.
- Fatores que diminuem a governabilidade na sustentação do projeto.
- Atores que garantiram a continuidade do projeto e seus movimentos.
- Indícios de continuidade do projeto não hegemônico, ou outras formas de resistência.

5.6.2 Breve revisão

Para fundamentar essas reflexões, buscaremos elementos da Análise Institucional, refletindo sobre a força do instituído e as forças instituintes e as disputas ocorridas. Posteriormente discutiremos sobre as diferentes forças em disputa, os projetos divergentes, o

processo de quebra de hegemonia, o papel dos garantidores dos avanços.

5.6.2.1 Análise institucional

As contribuições da Análise Institucional para o planejamento em saúde são recentes e introduzem alguns conceitos que auxiliam o entendimento do processo de trabalho nas instituições e das ferramentas para melhor planejá-lo. Os principais conceitos trabalhados por estas correntes, chamadas institucionalistas, são: a instituição, a organização, os agentes, o instituinte e o instituído.

As instituições seriam uma lógica, uma árvore de composições lógicas formalizadas em leis, normas ou pautas que seriam regularidades de comportamentos. As organizações seriam a "materialização" das instituições, de formatos variados, podendo ser um grande ou pequeno conjunto de formas materiais que concretizam as opções dos enunciados das instituições. As organizações conteriam dentro delas os estabelecimentos e estes, os equipamentos. Os agentes são os suportes e protagonistas das atividades e geradores de práticas/ações que produzem impacto na transformação da realidade (BAREMBLIT, 1996).

O instituinte, ou as forças instituintes, são as forças que tendem a transformar as instituições ou mesmo fundá-las. São consideradas as forças produtivas de códigos institucionais. O produto desse processo de transformação, o resultado, é então o instituído, o efeito da atividade instituinte. O instituinte aparece como um processo e o instituído como um resultado. O instituído cumpre um papel histórico com as leis, normas, pautas e padrões que regulam as atividades sociais. Mas a sociedade está em constante transformação, o que exige o acompanhamento

através de novos instituídos apropriados aos novos estados sociais. O instituinte cumpre o papel de uma atividade criativa e transformadora por natureza. Há que não se estabelecer uma visão maniqueísta onde o instituinte é bom e o instituído é ruim, pois na realidade o instituinte careceria completamente de sentido se não se materializasse no instituído. Por sua vez, os instituídos não seriam úteis se não estivessem abertos à potência do instituinte (BAREMBLIT, 1996).

O institucionalismo afirma que as grandes mudanças históricas, as macromudanças, são sempre resultantes de pequenas micromudanças e que os grandes poderes que vigoram na sociedade são resultantes de pequenas potências, que se conectam na sociedade.

"O macro é o lugar da ordem, é o lugar das entidades claras, dos limites precisos, é o lugar da estabilidade, da conservação, da reprodução. O micro é o lugar das conexões insólitas, é o lugar da produção, desejante, da produção sempre do novo, o lugar do imprevisível" (BAREMBLIT, 1996 p. 45).

Esta distinção é importante, pois o institucionalismo cuida de analisar e propiciar mudanças locais, microscópicas, pois espera delas efeitos a distância que, ao se generalizarem, resultem em grandes metamorfoses. Ou seja, as pequenas conexões locais são o lugar do instituinte e entendê-las está estritamente relacionado às estratégias de intervenção do institucionalismo. Estes são os pequenos lugares intersticiais da vida natural, social, técnica e subjetiva e não os grandes blocos dos territórios instituídos.

Para qualquer tendência sociológica, científico-política ou econômica, já está

completamente claro que não se pode conceber o que ocorre nestes campos sem considerar o psiquismo dos homens. Ou seja, apesar de se poder crer que o econômico é que determina as características da vida e da morte social, ou ainda que se possa supor que é o político este determinante, discute-se que por mais submetidos que estejam às leis econômicas e políticas, os homens só entram nesses processos, se estes coincidem com crenças, representações e convicções que eles têm acerca da vida social. Através dos desejos e representações é que os homens entram nos processos históricos. Os desejos mais potentes são inconscientes, isto é, não fazem parte do seu saber, do seu querer deliberado. São "forças desejanter", por vontades que eles não controlam, mas que têm a ver com o prazer, com vivências e mecanismos subjetivos. Trata-se de mobilizar estas forças inconscientes. O desejo, segundo a psicanálise, é um impulso reconstitutivo, no sentido de restaurar estados perdidos; no institucionalismo, o desejo é imanente à produção, é uma força de criação, de invenção (BAREMBLIT, 1996).

Existem ainda processos de produção de subjetividades, e esta produção é absolutamente própria de cada lugar, de cada momento e de cada conjuntura histórica, ou seja, produz sujeitos em cada acontecimento e sujeitos protagonistas destes acontecimentos. Esta produção de subjetividades pode se dar, conforme o instituído, submetendo-se aos interesses dos exploradores, ou enquanto subjetividade livre, ser revolucionária, gerando o novo e o instituinte. Assim, o objetivo do institucionalismo é criar campos de leitura, de compreensão, de intervenção, para que cada processo desejanter e revolucionário seja capaz de gerar "os homens e mulheres" necessários (BAREMBLIT, 1996).

A Análise Institucional pressupõe que a sociedade está organizada por um conjunto aberto

de instituições que opera segundo regras, normas explicitadas ou com pautas não explicitadas. No caso das organizações de trabalho, devido à divisão técnica e social do trabalho, o coletivo da organização encontra-se alienado do trabalho. Propõe-se, então, a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta, exaustivamente, em torno desses fenômenos e tome consciência de que só através de um amplo processo de reformulação da estrutura e do processo produtivo, é que poderão ser solucionados estes fenômenos. O objetivo último é proporcionar a auto-análise e a autogestão, eliminando situações de burocracia (BAREMBLIT, 1996).

A produção de novas subjetividades depende de uma certa abertura dos sujeitos a novos referenciais. Como produzir estas aberturas? Não é tarefa fácil despertar nas pessoas a necessidade de conhecer novos mundos, entretanto produzir estas brechas é essencial para se construir novas instituições, novos profissionais e novas formas de se fazer política em defesa da vida (CAMPOS, 1997b).

Campos (1997 b p. 261) discute que estas mudanças e a democratização entram em pauta na instituição mediante um certo paradoxo:

"para se democratizar o poder institucional exige-se concentração de poder. Alguém - governo? Movimento? Grupos de trabalhadores? - que banquem o processo. Para a manutenção e prosseguimento das experiências de participação também parece ser indispensável a presença ativa de garantidores: novamente governos, ou movimentos, que preservem as conquistas. Talvez até leis ou regulamentos que dificultassem a destruição dos dispositivos democráticos conquistados parecem ser também

indispensável à continuação desses projetos, já que atribuir apenas a movimentos sociais a garantia de tais processo tem resultado muito caro e difícil. Ninguém agüenta planejar o tempo todo contra desmandos governamentais".

Portanto, o processo de mudança e a garantia da continuidade requerem garantidores. A quebra da hegemonia local é fundamental para a instalação de novos referenciais, desencadeando mudanças institucionais e esse é um campo de disputa situado na esfera da macropolítica.

5.6.2.2 Disputas em torno do modelo tecno-assistencial

As disputas em torno da implantação de projetos assistenciais distintos dão-se em um dado momento histórico, quando os diferentes segmentos sociais expressam suas estratégias políticas gerais para o conjunto da sociedade através de projetos de ações sociais específicas. Na saúde essa disputa se processa através da formulação de distintos projetos articulados a saberes, modos de gestão e de financiamento. Essas concepções definem formas distintas de organizar as instituições, serviços, tecnologias e processos de trabalho em saúde. Os modelos tecno-assistenciais da política neoliberal objetivam a lógica de mercado como critério central para organizar e distribuir serviços de saúde e os modelos referenciados no Sistema Único de Saúde definem diretrizes de universalidade, equidade e integralidade, conformando o campo das necessidades de saúde do cidadão e o compromisso com a defesa radical de sua vida (BUENO & MERHY, 1997; SILVA Jr., 1988; REIS, et al., 1998).

Apesar dos avanços constitucionais na saúde ao assegurar princípios da inclusão social, prestação de saúde universal, a prática governamental que se seguiu pautou-se pela implantação

do projeto político-ideológico que se consubstancia pela reforma do Estado e se materializa na concepção do estado mínimo, "regulador", cortando as políticas sociais através da asfixia progressiva no financiamento, redução de serviços, de quadro de servidores e atribuições, seleção de atendimento às necessidades urgentes de segmentos sociais praticamente excluídos dos direitos mínimos de cidadania, para os quais são desenvolvidas políticas sociais compensatórias, reservando aos excluídos uma *cesta básica* composta com ações programáticas em serviços primários de saúde e tecnologias simplificadas (MERHY, 1992; BUENO & MERHY, 1997; SILVA Jr., 1998; REIS, et al., 1998).

Entretanto, resistindo e apresentando-se como alternativas ao modelo hegemônico, pautadas nos princípios do SUS, surgem propostas no contexto da crise do governo militar e nos movimentos de redemocratização da sociedade brasileira, que ganham fôlego com a municipalização, enquanto experiências alternativas de construção e operacionalização de políticas de saúde. Cada uma dessas experiências reelaborou aspectos do pensamento, do saber e das práticas tradicionais, apoiando-se em doutrinas elaboradas pela saúde coletiva, no corpo programático de entidades como a OMS/OPAS e mesmo em linhas reformistas do pensamento clínico. A atuação de partidos políticos, movimentos sociais e agrupamentos específicos (como o da reforma psiquiátrica) também contribuiu para a construção e experimentação de distintos modelos de atenção (CAMPOS, 1997a).

As mudanças das práticas sanitárias requerem a elaboração de tecnologias, entendendo-as como meio de trabalho acionado nas práticas de saúde. Assim, tanto as tecnologias materiais quanto as não materiais precisam ser recriadas, tendo em vista os novos conceitos acerca das

práticas de saúde e das novas relações sociais. Esta mudança requer a elaboração de tecnologias nas áreas de planejamento, epidemiologia, comunicação, atenção individual e outras.

Segundo Campos (1997a, p.116), inúmeros governos municipais ousaram implantar modelos reformistas

"provando com sua ação que serviços públicos de saúde podem funcionar muito bem e dar conta da tarefa social que lhes caberia pela constituição(...). Alguns municípios avançaram mais e promoveram mais mudanças do que outros. E mesmo nestes avanços, houve desigualdade".

Diante das pesquisas realizadas sobre os modelos de atenção e as iniciativas inovadoras de alguns municípios e distritos sanitários no país, pode-se afirmar que a Reforma Sanitária, enquanto processo, mantém-se viva apesar dos obstáculos econômicos, políticos e ideológicos, que enfrenta. A intensa participação popular e as inúmeras Conferências de Saúde em todos os níveis mostram a vitalidade do projeto (PAIM, 1997).

Algumas formulações representam as propostas de intervenção a partir dos pressupostos da Saúde Coletiva (Sistemas Locais de Saúde, Cidades Saudáveis e Em Defesa da Vida - a proposta LAPA-UNICAMP). As experiências apresentam semelhanças no sentido de que os atores principais participaram do Movimento da Reforma Sanitária, as propostas surgiram da integração academia-serviço e sua implantação nos municípios foi possível por estarem inseridas dentro de um processo político de quebra da hegemonia local, através de uma articulação partidária no campo democrático popular.

Torna-se preocupante, na construção de um modelo SUS condizente, o investimento no Programa de Saúde da Família - PSF e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, se estes vierem como substitutivos de uma rede básica, ou desarticulados desta e dos demais níveis de assistência, dentro da perspectiva de uma "*cesta básica*". Com certeza cumprirão bem o papel de pacotes mais baratos de gastos em saúde destinados aos "mais pobres". Estes programas, que têm seus méritos, principalmente na extensão de cobertura na atenção básica, apresentam seus limites de eficácia de prevenção, de mudanças em indicadores de morbimortalidade. Soluções mais efetivas de problemas de saúde exigem, além dos cuidados primários, articulação entre os diversos níveis de assistência, de forma a responder adequadamente ao sofrimento agudo ou crônico, com prevenção e promoção da saúde (SILVA Jr., 1998; BUENO & MERHY, 1997; REIS, et al. 1998; HEIMANN, et al. 2000).

Evidentemente existem situações contraditórias e um exemplo claro é o fato de existirem experiências concretas de PSF que, em determinadas cidades, funcionam mais como cesta básica para os excluídos e em outras estão articuladas a uma rede que busca viabilizar os princípios do SUS, com experiências inovadoras e avançadas, através de propostas para maior responsabilização e vinculação de clientela com ênfase nas ações domiciliares. É importante lembrar que estas estratégias podem servir a políticas de saúde diversas, inclusive contrárias entre si, tornando-se necessário estar atento às contradições possíveis (BUENO & MERHY, 1997; REIS, et al. 1998).

5.6.2.3 Breve Histórico da construção do sistema de saúde em Belo Horizonte

A construção do sistema de saúde em Belo Horizonte foi palco de diferentes disputas, com interesses diversos em cena. A quebra da hegemonia local ocorreu em 1993, dando-se, a partir daí, a implantação de mudanças efetivas na saúde.

Em breve reconstituição dos serviços de saúde no município, podemos caracterizar que, antes de 1980, as políticas de saúde dos governos municipais em Belo Horizonte se restringiam a atividades parciais de fiscalização sanitária, ao controle da raiva animal e à assistência aos funcionários públicos. A parcela da população de maior poder aquisitivo usava os serviços particulares. Os trabalhadores com carteira assinada eram cobertos pelos serviços de Saúde do então INPS (depois INAMPS) e, ao restante (trabalhadores informais, trabalhadores rurais e miseráveis), sobravam os poucos serviços de saúde do Estado, dos hospitais universitários, do FUNRURAL ou os caritativos (REIS, et al. 1998).

Ao longo dos anos 80, o município, governado por políticas liberais conservadoras e/ ou populistas, começa a assumir e estender, ainda que parcialmente, a assistência à saúde para a população em geral, colocando-se como um prestador de serviços de saúde. Embalado pelo convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS), construiu unidades básicas de saúde, contratou mais recursos humanos para o setor e instituiu a gerência de unidades básicas. Tudo numa organização de rede de assistência primária de baixa complexidade, médico centrada e curativista. Funcionava, paralelamente, rede semelhante sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde, que atuava desarticulada dos outros níveis de assistência que se encontravam sob gestão

do INAMPS, do governo do estado ou federal (REIS, et al. 1998).

De 89 a 92, sob um governo de cunho liberal e a partir de influências da VIII Conferência Nacional de Saúde, da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (1990), o município esboçou definir seu próprio modelo tecno-assistencial na perspectiva do SUS. Com assessoria da OPAS, inicia-se a construção de um modelo de vigilância à saúde, calcado na formação dos distritos sanitários, com a definição de territórios de responsabilidade e mapeamento destes segundo riscos sociais e epidemiológicos. Auxiliado pela política de municipalização do Estado (que promoveu mais a desconcentração que a descentralização), o município recebeu a rede básica estadual e, ao final de 1992, as unidades especializadas do ex-INAMPS. No fim daquele governo, a rede ainda se encontrava bastante desorganizada, sendo que a maioria dos distritos sanitários não passavam de um rearranjo burocrático dentro de uma divisão administrativa da cidade. Apesar da expansão dos serviços, o município ainda se colocava como um prestador, dentre outros, de serviços de saúde (REIS, et al. 1998).

Em 1993, iniciou-se em Belo Horizonte o governo democrático popular, implementando políticas gerais de democratização da gestão pública (destacando-se o orçamento participativo), de inversão de prioridades (maior investimento em regiões menos favorecidas) e de projetos que buscavam a viabilização dos direitos de cidadania. Portanto, estava aberto o campo de possibilidades para uma maior efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

De um aprofundamento do modelo de vigilância à saúde que inspirou projetos como o da Vigilância à Mortalidade Infantil, fez-se a migração para um modelo usuário-centrado, quando se

buscou viabilizar serviços que atendessem ao máximo à demanda da população, aliando-os às ações de vigilância à saúde (detecção e vigilância a riscos e agravos em situações e/ou territórios).

Num primeiro momento, o foco foi a estruturação da atenção às urgências e emergências (totalmente desarticuladas na cidade), seguindo a estratégia de reestruturação do processo de trabalho com o acolhimento nas unidades básicas. Tudo isso exigiu muito da capacidade de gestão do sistema como um todo, da interligação dos diversos níveis da assistência e da regulação do setor contratado e conveniado (REIS, et al. 1998).

A administração 93-96, em Belo Horizonte, recebeu como herança um sistema de saúde histórica e socialmente determinado, resultante das diversas políticas de saúde locais, estaduais e nacionais. Políticas essas que vinham mantendo, no mínimo, há cerca de três a quatro décadas um caráter centrado na prática hospitalar, utilizando-se tecnologias duras (exames e tratamentos excessivamente dependentes de aparelhos, insumos e medicamentos). Nesse contexto, a rede pública sempre foi insuficiente e tinha caráter apenas complementar à rede contratada e conveniada que, por sua vez, funcionava sob a égide do lucro e consumia cerca de 70% ou mais dos recursos públicos destinados à saúde.

Somam-se a isso as dificuldades decorrentes do fato de este sistema ser também referência metropolitana e estadual e apresentar problemas estruturais de distribuição desigual dos diversos equipamentos entre as várias regiões da cidade, sobretudo em relação aos recursos humanos (quantidade insuficiente, pouca qualificação, falta de planos de carreira e salários, etc).

Tudo isso enfrentando a falta de fontes fixas de financiamento oriundas do nível nacional e a desarticulação, ausência ou mesmo oposição da esfera estadual.

Conforme discutido anteriormente a construção desse novo modelo, em Belo Horizonte, foi conduzida com a constituição de espaços democráticos, com o envolvimento dos diversos atores, com o propósito de constituição e funcionamento de instâncias colegiadas de gestão (em nível central, distrital e local), buscando-se a formação de arenas de discussão e pactuação de propostas e projetos. Todos os projetos implementados, durante este período, passaram por fóruns de discussão e deliberação, desde uma inicial reformulação do sistema de informação da produção, passando pelo Projeto Vida, até a decisão de se assumir a gestão semiplena (REIS, et al. 1998).

Por extensão, essa matriz democrática cobrava o máximo de transparência em todos os atos e decisões, assim como exigia criar as condições para a mais ampla participação da população e de suas entidades representativas na proposição, decisão, fiscalização e avaliação do SUS no município, através dos conselhos (Municipal, Distritais e Comissões Locais) e nas conferências (Municipais e Distritais) (REIS, et al. 1998).

5.6.2.4 O período subsequente

Em 1996, com o novo processo eleitoral, o vice-prefeito foi eleito Prefeito, representando uma frente de 13 partidos no segundo turno. Apesar da postura do novo Prefeito de marcar presença no cenário político nacional criticando abertamente o ajuste neoliberal e as privatizações, apoiando o Movimento Sem Terra (MST), defendendo o SUS, compondo com as

esquerdas nas eleições de 1998, seu governo contou, desde a sua constituição, com uma composição heterogênea, onde atores com desempenho político bastante tradicional assumiram postos de comando ao lado de quadros da esquerda advindos da gestão anterior. Na saúde não foi diferente. Nos primeiros 17 meses de governo, manteve-se no nível central a equipe anterior, trocando-se o Secretário Municipal. Para o comando dos distritos prevaleceu o loteamento de cargos (em alguns casos, num processo que se arrastou por meses) em bases político-partidárias, não balizadas pela discussão de perfis técnicos ou de modelo assistencial, o que trouxe descontinuidade e sérios descompassos. Nos meses iniciais, pôde-se perceber uma desaceleração ou estagnação de projetos da gestão 93/96 (Projeto Vida, Acolhimento, Avaliação de Desempenho), uma quase ausência de projetos inovadores e motivadores da rede como um todo, associadas a uma indefinição geral de rumos, ao mesmo tempo em que se esboçava a formação de linhas de condução distritais que tendiam a se autonomizar e a se contrapor ao nível central da SMSA/BH.

O período foi marcado pela insuficiência de um projeto pactuado entre os diversos atores, agravado pelas dificuldades financeiras da PBH, pelos reveses nos repasses de verbas ao SUS/BH (patrocinados, ora pelo governo federal, ora pelas peripécias redistributivas e eleitoreiras do governo estadual, como a Lei Robin Hood). Seguiram-se momentos de desarticulação da equipe dirigente, que não conseguiu se colocar enquanto ator coletivo, que construía e/ou disputava objetivos e caminhos, vivendo uma situação em que estava no governo, mas não se sentia governo devido, principalmente, à própria composição heterogênea dos diretores de Distrito.

Essa situação evoluiu com a saída da equipe em maio de 1998. Um novo Secretário

assumiu e desenvolveu uma gestão autoritária, desrespeitosa e populista, desconsiderando a história de construção do SUS no município e desqualificando as ações e projetos da gestão anterior. Houve centralização das decisões e ausência de fóruns democráticos de decisão/discussão técnica e da política de saúde. Ocorreu o esvaziamento do colegiado de gestão da Secretaria (instância formada por diretores de departamentos e distritos sanitários), que se restringiu a repassar informações e decisões já tomadas; além da tentativa de esvaziamento do Conselho Municipal de Saúde, com tensionamento constante, visando impor-lhe o papel de órgão consultivo. Além disto havia a ausência de um claro projeto para a saúde, com alusões ao PSF, sem grande clareza das estratégias a serem implantadas, com grande ênfase no processo de cadastramento de usuários, sem referências, e articulação com a rede de serviços existente (PT, 1998).

Isto gerou no período um processo de desconstrução do SUS/BH, com conseqüente esvaziamento dos projetos, descontrole no papel de gestor, insatisfação da população quanto aos resultados alcançados, com piora significativa no desempenho, aferido, inclusive, em pesquisas de opinião. Nos últimos meses da gestão, Belo Horizonte esteve ausente do cenário da política de Saúde, inclusive nos Fóruns decisórios do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; teve participação insignificante nas instâncias organizativas e deliberativas estaduais como no Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais – COSEMS/MG, na Comissão Intergestora Bipartite, no Conselho Estadual de Saúde, influenciando pouco nas decisões e nas distribuições de recursos para a Saúde no Estado (PT, 1998).

O último período da SMSA/BH pautou-se por ruídos ensurdecedores no cotidiano. Um descontentamento dos trabalhadores, do movimento popular e sindicatos resultou em movimentos de protestos, em cartas, publicações e manifestações de protesto. Esta mobilização levou os conselheiros a promover o afastamento, em 1998, do então Secretário do cargo de Presidente do Conselho Municipal de Saúde. Foram muitas as discussões no Partido dos Trabalhadores, polêmicas na imprensa e ações jurídicas contra a SMSA/BH e o Secretário desencadeadas por pessoas físicas, pelo Conselho e pelo Ministério Público. O que resultou em imenso desgaste eleitoral e colocou em risco a reeleição da frente de esquerda. Enfim, apesar de todos esses ruídos o movimento popular, o CMS e outros atores, não se conseguiram reverter o quadro.

5.6.3 Condições para a ascensão de um projeto

As condições para a ascensão de um determinado projeto assentam-se em questões mais gerais no campo da política. A decisão sobre o modelo tecno-assistencial a ser seguido em determinado momento histórico passa por disputas mais amplas, como o modo de organização da produção em saúde em determinada sociedade e em determinado período. Portanto, os modelos tecno-assistenciais estão sempre apoiados numa dimensão política, numa dimensão de saber e numa dimensão organizacional e de assistência. A partir desse enfoque pode-se discutir as articulações em torno do modelo a ser implantado.

Na história recente do Brasil, temos assistido a uma disputa de hegemonia entre os modelos tecno-assistenciais da política neoliberal e o modelos que pretendem implementar as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. Os primeiros têm como critério para organizar e

distribuir serviços de saúde a lógica de mercado, objetivando o lucro. Os segundos preconizam as lógicas que contemplem as necessidades de saúde do cidadão.

Com a quebra da hegemonia local em 1993, o governo democrático popular inicia em Belo Horizonte um governo baseado nos referenciais de democratização da gestão pública, inversão de prioridades, busca dos direitos de cidadania e implementação dos princípios e diretrizes do SUS. Neste período, o município, através de sua Secretaria de Saúde, tornou-se cada vez mais gestor de todo o Sistema de Saúde, assumindo a autonomia na definição de sua Política de Saúde e na construção de seu modelo tecno-assistencial. Belo Horizonte foi uma das primeiras capitais do país a assumir a gestão semiplena, constituindo modelo de descentralização do SUS em nível nacional. Buscou-se, na gestão plena do sistema, a efetiva descentralização, a radicalização da universalidade do acesso, a garantia da integralidade das ações e o aprofundamento do controle social, caminhando em direção oposta à política neoliberal para a saúde.

Portanto para a implementação de um dado projeto devem ser criadas condições no campo da política e, no caso de modelo tecno-assistencial referenciado nas diretrizes do SUS, deve-se estar alicerçado na quebra da hegemonia e instalação de novos princípios democráticos.

5.6.4 Fatores que diminuem a governabilidade na sustentação do projeto

O tema da sustentabilidade dos projetos é polêmico e a descontinuidade tem sido, muitas vezes, a regra. Nos últimos anos temos presenciado inúmeras experiências de quebra da hegemonia do poder local, com implantação de projetos inovadores, eficazes, que resultaram em

inúmeros avanços na construção do SUS. Nem por isso a regra da continuidade esteve garantida. Assistimos à desestruturação de projetos em Santos, São Paulo, Campinas e em muitos outros lugares em função da retomada das forças conservadoras. Entretanto, a permanência no poder do mesmo partido ou de alianças de partidos do campo democrático-popular nem sempre representa a manutenção do projeto ou a garantia de avanços.

Belo Horizonte é um desses casos atípicos, mas não o único. Ao nos perguntarmos sobre as razões desse fenômeno, podemos discutir algumas justificativas para essa descontinuidade e a tentativa de retomada de rumos numa "segunda gestão": dificuldades na implementação por (in)competência técnica; aspectos conjunturais, como dificuldades financeiras do governo, exigindo ajustes, cortes e novo formato de gestão contencionista; composição ampla, necessitando negociação constante, recomposição do leque de alianças; pequena interlocução da direção anterior com o núcleo de poder do governo; disputas sindicais, etc.

Algumas variáveis, com certeza, são importantes no processo de não-sustentação do projeto, como: o pequeno tempo de maturação da proposta, a baixa incorporação na rede (gerência e trabalhadores da área), a baixa capacidade de atores do movimento social em sair em defesa da proposta, a baixa capacidade de convencimento da população acerca dos avanços, o isolamento ou a baixa capacidade de fazer aliados, principalmente nos círculos de poder.

Mas não podemos deixar de lembrar um aspecto que pode ser essencial: as disputas travadas no mesmo campo, ou seja, os projetos do campo democrático popular na saúde não são mais consensuais. Existem diferentes compreensões dentro da saúde coletiva o que levam a

divergências na forma de implementar o projeto e, muitas vezes, uma delas, para imprimir sua marca, realiza um desmonte.

Uma polêmica muito atual dá-se na contraposição entre Programa de Saúde da Família, Cidades Saudáveis e o modelo que buscamos implantar (usuário-centrado, com referências teóricas no modelo em Defesa da Vida). Por trás desse contraponto, estão colocadas divergências como o entendimento de que uma transição rumo ao PSF, além de consolidar formas mais estáveis de financiamento junto ao governo Federal, reduz também os momentos de enfrentamento pela adesão aos modelos definidos centralmente, o que confirma o papel do gestor Federal como o grande indutor das políticas de saúde, mediante a destinação de recursos financeiros e incentivos (HEIMANN, 2000). Oculto também está o entendimento do investimento em redes, em sistemas de saúde, que pretendeu-se desenvolver em Belo Horizonte, contrapondo-se à visão simplista de que bastam ações simplificadas e de promoção à saúde.

Acerca deste último ponto destacamos a posição de Milton Terris (1987, p.99), que é tematizador do impacto que a construção da saúde pública tem sobre a qualidade de vida das pessoas. Para ele, se não houvesse certos tipos de conquistas do ponto de vista societário, não teríamos alcançado melhoria nas condições de vida, negando a intervenção no campo da organização da prática médica.

" (...) los factores más importantes que en los últimos cien años han contribuido a disminuir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades infecciosas han sido los cambios económicos y sociales que han habido, las medidas de control ambiental, la inmunización, lá educación de la

salud y las actividades de la salud pública. El cuidado médico, per se, há desempeñado un papel secundário, limitándo-se en la mayor parte de los casos a dos funciones importantes. Una, el alivio del sufrimiento, (...). La otra es la reducción de la gravedad de la enfermedad a través de medidas de apoyo. "

Terris (1987) entende a medicina individual como prática da medicina na qual o horizonte se limita à relação entre o paciente individual e o médico individual, sendo que sua responsabilidade limita-se a seguir o paciente enfermo, não se responsabilizando pelo acompanhamento do mesmo paciente quando sadio, exceto quando demandado. Portanto a relação estabelece-se de forma ativa pelo paciente e passiva pelo médico. Assim, a medicina individual considera o paciente apenas como um conjunto isolado de órgãos e sistemas. Segundo o autor, a prática da medicina social é oposta, na medida em que o médico mobiliza todos o recursos sociais para manter a saúde do indivíduo na sociedade, a relação é mais equilibrada e ambos são responsáveis por manter e melhorar a saúde dos indivíduos. "Considera-se como a primeira obrigação ser educador e conselheiro de saúde de todas as pessoas de cuja saúde é responsável" (TERRIS, 1987 p. 64). O médico torna-se, então, responsável por aplicar todas as técnicas da prevenção disponíveis, bem como pelo acompanhamento e supervisão. A medicina social considera o indivíduo como um ente social e biológico.

Dentro desses pressupostos, Terris (1987) defende a idéia de que a proteção à saúde se baseia fundamentalmente em medidas sociais. O papel do médico e de todo o pessoal que trabalha em saúde consiste em desenvolver os recursos sociais necessários para a proteção da saúde, sendo colocadas as seguintes tarefas para a saúde pública: o controle do ambiente, os

exames de detecção massiva e a educação para a saúde. Ao se referir à rede de serviços necessária, defende a idéia de uma rede crescente, onde os profissionais de saúde trabalhem em contato com os centros comunitários de saúde.

" Los centros de salud comunitaria (...), deben ser relativamente modestos en tamaño, suficientemente amplios para poder brindar un servicio eficaz, pero suficientemente pequeños para permitir estrechos contactos profesionales y asegurar un trato cálido y humano a los pacientes." (p.78)

Portanto, os pressupostos da medicina preventiva indicam que a atenção médica deveria se converter na atenção à saúde.

Milton Terris tornou-se ideólogo de muitos sanitaristas brasileiros e sugere um eixo que é o atual debate no campo da saúde coletiva. Por onde passa a intervenção na saúde? Qual é a aposta que se coloca hoje? Podemos melhorar a saúde da população incorporando tecnologias, recursos humanos, mudando processo de trabalho? Se teoricamente chega-se à conclusão de que é impossível produzir impacto sobre os grupos sociais através de um esforço brutal na organização das redes e na organização do processo de trabalho, torna-se sem sentido operar nessa direção, propondo incorporação de mais gente, mais recursos (MERHY, 1998). Esse debate é fundamental na saúde coletiva. Se não há tais evidências, nega-se a aposta na rede de serviços e opta-se por outros caminhos, como a promoção, articulação intersetorial, melhoria de saneamento, hábitos saudáveis, estilo de vida. Esse debate é atual na saúde coletiva e, muitos têm feito essa aposta, estruturando propostas como as Cidades Saudáveis e o Programa de Saúde da

Família, que trabalham com premissas semelhantes àquelas defendidas por Terris (1987).

Em Belo Horizonte, de forma surda, esse debate esteve presente, tendo sido feita essa contraposição, de certa forma, desde a saída da equipe. Em nome de se implantar o Programa de Saúde da Família (PSF), mesmo sem ter a necessária clareza dos passos a serem dados, começou-se a desestruturar projetos importantes.

Na gestão também se processaram mudanças na concepção, passando a não priorizar aspectos importantes da gestão, como: a relação intergestores, o controle e avaliação dos serviços contratados, a pactuação da referência, a não implantação no ressarcimento ao SUS, a interrupção da celebração dos contratos com os prestadores de serviços, entre outras questões. Essa nova relação com o setor conveniado gerou maiores gastos, acarretou importante déficit no custeio geral e penalizou a rede própria. A opção por esse modelo de gestão na relação público-privado, indica um entendimento no qual o estado tem o papel subsidiador do setor privado de prestação de serviços de saúde (PT, 1999).

5.6.5 Atores que garantem a continuidade do projeto e seus movimentos

A defesa dos projetos torna-se muito difícil se não se ocupa o poder, se não há "*garantidores*", sejam eles gestores ou o movimento popular ou sindical muito articulados. O cotidiano se encarrega de ir "apagando as marcas". A instituição pública tem uma forma de atuar que lhe é peculiar e se move através de atos burocráticos, normas, ou seja, do instituído. Para mudar este cotidiano e implantar novos formatos, é necessário deixar falar as "*forças instituintes*". Quando cessa esse vetor instituinte, ou silenciam-se os principais agentes da mudança, é como "remar contra a maré", as coisas vão se acomodando. Voltar ao que estava

instituído é um processo natural, não exige esforço, direção, articulação. Vão ocorrendo as acomodações e de novo retorna-se para o modo anterior de caminhar.

Sem dúvida, o tema do poder e da macropolítica retornam. Se não se dispõe de poder para implementação, ou para garantir os avanços, dificilmente a instituição implementará aquele projeto.

Mario Testa (1989), ao discutir este tema, afirma que "o poder, enquanto prática ideológica, traduz-se como dominação e como hegemonia". Distingue-o em três tipos: técnico (capacidade de deter informações), administrativo (capacidade de deter recursos) e o político. O poder político está sustentado por uma base formal que lhe outorga legalidade: tradições, valores compartilhados, leis, funcionamento dos aparelhos do Estado, organizações da população, repressão, dentre outras. O poder político cruza-se ainda com os poderes do tipo técnico e administrativo nas formas de saber científico com prática de dominação e de saber empírico com prática hegemônica.

Um determinado projeto se mantém quando produz agendas de governo e tem sujeitos, atores, que o sustentam no plano da política e no plano do processo de trabalho. Esse é um processo de permanente disputa, pois aí se travam as apostas de mudança. Através do projeto é que se exterioriza a intencionalidade de um determinado ator, é quando ele se declara. Portanto, esse campo está em constante tensão.

No caso do governo, com a troca de gestores, os garantidores iniciais do projeto de mudança passaram a não mais definir as pautas, fragilizando-se a condução do projeto e a capacidade de sustentar agendas. Outros atores deveriam, então, articular o movimento de

sustentação, fossem trabalhadores, sindicatos ou movimento popular. Embora tenham se esboçado inicialmente movimentos em defesa da equipe e do projeto, como manifestos, apoio junto à imprensa, abaixo assinado, reuniões no núcleo de saúde do PT, esse movimento tendeu a silenciar-se, ou perder a potência com o tempo, perdendo a capacidade de definir agendas e sustentar-se no plano da política e no plano do processo de trabalho cotidiano.

Nesse processo destacamos um ator importante que foi o Conselho Municipal de Saúde. Em um dos exemplos já citados anteriormente, tentou dar seqüência à pesquisa de avaliação do Acolhimento, mesmo com as mudanças na direção da SMSA/BH. O Conselho pautou a discussão e tentou dar a condução do processo, votando pela continuidade da experiência e a correção de rumos nas unidades onde havia problemas. Porém, nesse momento, o gestor não mais se comprometia com essa deliberação e a experiência se resumiria a sobreviver nos locais onde os gerentes estavam comprometidos com o processo. Esse movimento mostra a tentativa de um ator importante pautar e definir, sem sucesso, as agendas.

Existiram ainda inúmeros momentos de confronto, divulgação de cartas dos sindicatos e outras entidades denunciando o executivo, debates em Conferência Municipal, plenárias com Conselheiros e outras entidades, debates públicos, utilização da imprensa e de partidos políticos para denúncia e confrontação do Projeto BH Saúde (proposta local do PSF), questionando-se e pedindo esclarecimentos ao executivo. O enfrentamento chegou a momentos tensos como o da denúncia ao Ministério Público da priorização de investimento no setor privado e quando ocorreu o afastamento do Secretário da direção do Conselho de Saúde. Foram pelo menos três anos de oposição do movimento popular ao governo sem, no entanto, conseguir tornar-se hegemônico,

exercendo sempre o papel de resistência e de oposição.

5.6.6 Indícios de continuidade do projeto não hegemônico, ou outras formas de resistência

A administração pública convive com mecanismos de auto-sustentação, pelos quais determinados atores, que podem ser trabalhadores ou determinados grupos que representam certos interesses, acabam por instituir regras que permitem sua sustentação até certo ponto, criando auto-governos, fazendo enfrentamentos e disputando determinados projetos.

Esses movimentos contribuem para a institucionalização do projeto, o que era "instituinte", portador de um projeto de mudança, acaba por ser capturado em outro contexto e adquire novos formatos.

Nesse sentido conclui-se que diversas ações relativas ao Projeto Vida, por serem mais estruturadas, continuaram a ser realizadas na rede pública, por exemplo: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a imunização, o programa de combate à desnutrição, a vigilância à mortalidade infantil, dentre outras. Outras como, o projeto de doenças respiratórias, o acompanhamento da assistência ao parto, avançaram e alcançaram melhores resultados. Ocorreu desarticulação do grupo de condução, resultando em menor potência no acompanhamento e monitoramento das ações, levando cada distrito a imprimir um ritmo próprio no desenvolvimento das ações.

Quanto ao Acolhimento, por ser processual, implicando em uma aposta de governo, sua desestruturação foi rapidamente percebida. Permaneceu, de forma pontual, no projeto físico das novas unidades de saúde, sob o batismo, dado pelos arquitetos e técnicos, de "sala do

Acolhimento", que seria um ante-sala com maiores dimensões, espaço para avaliação e escuta dos profissionais, e ficou registrada nos novos projetos. No sistema de informação, o SADE continuou registrando o indicador "equipe inserida no acolhimento" e mantendo o registro de quase todas as unidades, como inseridas. Não é raro visitar uma unidade e encontrar uma placa indicando o local de funcionamento da equipe de acolhimento, ao lado de um cartaz contendo o número de fichas para a consulta médica (os tais cartazes cuja retirada era o sinal da mudança do processo de trabalho) e que voltaram em quase toda a rede. Esses pequenos sinais são memória, ou a cristalização de uma prática instituinte que agora não tem "ares de mudança".

Embora raras, ainda encontramos unidades nas quais os gerentes, mesmo com todo refluxo da maré, mantêm equipes de fato acolhedoras, que procuram exercitar o vínculo, e que são multidisciplinares. Sem apoio institucional, sem referência, são experiências ilhadas e cercadas de limites. São tentativas de resistência que, mesmo contra-hegemônicas, teimam em manter a chama, esperando os ventos da mudança cada vez mais distantes...

5.6.7 Considerações sobre a sustentabilidade

Buscou-se avaliar se em Belo Horizonte instituiu-se mecanismos de auto-sustentação, em que atores (sujeitos) conseguiram a manutenção dos projetos, interrogando as formas de incorporar os avanços na instituição, a possibilidade de institucionalizar projetos e minimizar o efeito das trocas de dirigentes.

Optou-se por utilizar o marcador como ferramenta para o sujeito em ação, possibilitando um olhar sobre si mesmo, interrogando sobre as apostas realizadas e a constituição dos sujeitos.

Os temas para análise foram as disputas ideológicas que sustentam o modelo, as distintas compreensões do modelo assistencial, os projetos em disputa, a capacidade de se tornar instituído e de efetivar garantidores do projeto.

Pode-se concluir que, para determinado projeto se efetivar e se hegemonizar, o poder político é determinante. A sua sustentação advém tanto da sua capacidade de governo quanto da sua governabilidade.

Por si só o poder técnico é insuficiente para garantir a continuidade de determinada proposta. Mesmo tendo ocorrido, naquele período, a adesão dos trabalhadores ao projeto, isso não foi suficiente para se fazer a institucionalização do mesmo. A resistência dos técnicos pode dificultar e obstaculizar outras propostas, principalmente se não tiverem capacidade de se mostrarem viáveis, de se mostrarem mais vantajosas e se não conseguirem fazer interlocução com os diferentes atores. Mas não é suficiente para se contrapor à nova proposta e nem para manter projetos não governamentais em pauta.

A consolidação dos atores políticos em questão (trabalhadores da rede e movimento popular) é processual, mas quanto maior for a repressão e o uso do poder no sentido de impedir a sua organização, maior será a dificuldade e resistência. Foram inúmeros os exemplos das iniciativas de resistência dos atores no período, criatividade é que não faltou. Mas não o suficiente para manter e sustentar o projeto. Essas experiências não conseguem atravessar a lógica institucional e impor-se como alternativas, constituem apenas práticas de alguns atores. É como se ficassem hibernando qual esporos, à espera de uma nova chuva, quando então florescerão.

Em homenagem aos trabalhadores da rede, ficamos com Cecília Meireles (1989, p. 77):

"Aprendi com as primaveras

a deixar-me cortar e a voltar sempre inteira".

5.7 Matriz de Análise

Para fazer a análise global da intervenção realizada utilizaremos a proposta apresentada por Merhy (1998 a), que leva em conta os conceitos de "Campo: da política, da organização e do processo de trabalho". O propondo uma "Matriz de Análise" que busca mapear as mudanças nos diversos campos. A aplicação desse instrumento ilustra como se processa o tema do poder nas organizações nas suas várias formas: político, técnico e administrativo e a conformação do campo de disputas sociais dada pelos diferentes sujeitos sociais, a partir da compreensão de que qualquer sujeito que esteja no processo organizacional sempre tem algum tipo de poder para atuar e pode gerar um método para intervir na realidade (TESTA, 1989; MERHY, 1995). Este instrumento permite uma melhor compreensão do processo organizacional e seus produtos, instrumentalizando o entendimento dos diversos interesses e facilitando a construção de estratégias e modos de realizá-las.

A matriz busca explicitar os produtos alcançados pelos diferentes níveis. No campo da política ocorrem as formulações e decisões sobre os fazeres dos serviços; no campo da organização, estão envolvidos os vários agentes institucionais, nos seus vários níveis e instâncias na máquina institucional e o campo dos processos de trabalho representa o âmbito do fazer cotidiano. Esses diversos campos foram relacionados com o seu próprio modo de gerir, segundo a forma de atuação de cada ator. A matriz visualiza o sujeito nos seus espaços situacionais e o sujeito no seu agir. Na aplicação da matriz operamos com os seguintes conceitos:

- *"campo da política: representa o lugar institucional onde ocorrem as formulações e decisões sobre os fazeres dos serviços, e que será mais ou menos amplo conforme a natureza mais democrática e cooperante dos projetos de saúde e das máquinas organizacionais que os implementam.*

- *campo da organização: representa o modo como se relacionam os vários agentes institucionais envolvidos, produzindo contratualidades entre si, nos vários níveis e instâncias de uma máquina institucional. (...) A rigor, todos os níveis de uma organização operam com formulações, decisões e produção de compromissos, e o maior ou menor envolvimento dos vários agentes está marcado pelas lógicas de partilhamento dos contratos produzidos e das possibilidades de neles atuarem os conjuntos interessados.*

- *campo dos processos de trabalho: representa o lugar da produção dos atos de saúde na sua cotidianidade, e portanto é um espaço privilegiado de percepção e identificação dos outros dois campos, de seus modos de gestão e de agir, e de análise das ações protagonistas dos trabalhadores na construção dos modelos.*

- *gerir: expressa o modo como cada ator real governa os processos a ele referentes. (...)*

- *agir: expressa o modo como em cada campo é produzido o que se almeja." (MERHY, 1998 a p. 119 e 120)*

Operando com os conceitos acima, iremos estabelecer reflexões sobre o Projeto Vida e o Acolhimento, compondo uma matriz que exponha as relações entre os acontecimentos, processos institucionais vividos, dispositivos inventados e as relações estabelecidas, mapeando mudanças

ocorridas nos diversos campos: política, organização e processo de trabalho (MATUS, 1989; MERHY, 1998 a).

Esses projetos possibilitaram a criação de sujeitos com certo modo de governar ou de gerir que se traduziu em resultados. Visando à análise mais detalhada dos processos, decidiu-se elaborar matrizes separadas para o Acolhimento e o Projeto Vida.

O **QUADRO 4** detalha os produtos obtidos no campo da política, da organização e processos de trabalho, conforme os focos do gerir e do agir do Projeto Vida que, em síntese, são:

- Campo da política: criou intervenção na agenda do governo, definindo o Projeto Vida como prioridade institucional, visando impactar a assistência materno-infantil no município.

- Campo da organização: resultou na construção de entendimentos e na busca de adesão e consenso entre os atores, governo e trabalhadores, sobre as intervenções. Promoveu a incorporação de diversos subprojetos na área materno infantil e a discussão da mudança do processo de trabalho em saúde.

- Processo de Trabalho: levou à alteração do processo de trabalho no cotidiano dos serviços, à implantação do Projeto Vida e seus vários subprojetos: Vigilância à Mortalidade Infantil, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, pré-natal, referenciamento ao parto, combate à desnutrição, assistência às doenças respiratórias, mudança do processo de trabalho em saúde. Os resultados estão descritos no **ANEXO 2**.

Matriz do Acolhimento e seus produtos, **QUADRO 5:**

- Campo da política: resultou na intervenção da agenda do governo, incorporando a

diretriz de implantação da mudança do processo de trabalho (Acolhimento) na rede.

- Campo da organização: possibilitou a construção de entendimentos e a busca de adesão e consenso entre os atores (governo e trabalhadores).

- Processo de trabalho: consistiu na alteração do processo de trabalho no cotidiano dos serviços, iniciando-se pela pediatria e expandindo-se para outras clínicas (adultos, mulher, saúde bucal, saúde mental). Caracterizou-se pela aceleração deste processo a partir da Avaliação de Desempenho.

No trabalho em questão a matriz possibilitou a visualização da intencionalidade dos atores na condução do Projeto Vida e Acolhimento, facilitando assim a compreensão dos principais produtos obtidos. A matriz pode ser utilizada em qualquer projeto institucional e através dele buscar uma análise da intencionalidade dos atores.

QUADRO 4 - Matriz de análise do Projeto Vida e produtos pretendidos, dados os campos da política, trabalho e os focos do gerir e do agir

CAMPO	FOCO		
	Gestão	Agir/ Fazer	Produto
Política	Núcleo de governo e colegiado de direção, levam para a IV Conferência Municipal (1994), a proposta do Projeto Vida, enquanto prioridade institucional, visando impactar a assistência materno-infantil no município	Elaboração de projeto de intervenção Projeto Vida (Vigilância à Mortalidade Infantil e subprojetos)	Definição d institucional materno inf
Organização	Constituição do Grupo de Condução do Projeto Vida (GCPV), para coordenação do projeto, envolvendo a área assistencial e os Distritos Sanitários.	Utilização de espaços coletivos de decisão como seminários, oficinas, empregando-se metodologias para construção de entendimentos e busca de adesão das equipes (gerencias intermediárias e locais).	Construção adesão e cc e trabalha técnicas na Incorporaçã materno inf processo de
Processo de Trabalho	GCPV, equipe dirigente dos Distritos Sanitários e gerentes discutem a proposta de implantação do Projeto Vida e decidem estratégias para implementação no nível local.	Direção da SMSA/BH, nos diferentes níveis, discute o Projeto Vida com o nível local, através de seminários, reuniões, aplicação de instrumentos, construindo o plano de ação do serviço de acordo com a sua capacidade e realidade local.	Implantaçã subprojetos Infantil, ac desenvolvin ao parto, c às doença processo de Os resultad

QUADRO 5 - Matriz de análise do Acolhimento, produtos pretendidos, dados os campos da política, trabalho e os focos do gerir e do agir

CAMPO	FOCO		
	Gestão	Agir/ Fazer	
Política	Núcleo de governo e colegiado de direção, definem pela implementação da mudança do processo de trabalho na rede.	Direção da SMSA/BH leva a proposta de implantação do Acolhimento para a V Conferência Municipal (1995). Convidado o LAPA/UNICAMP para assessorar a implantação, criado o Grupo de Condução do Projeto Vida; implantado o projeto de Avaliação de Desempenho, com indicadores de monitoramento do processo.	Interincoimplprocna re
Organização	A área assistencial da SMSA/BH e o grupo condução do Projeto Vida (GCPV) definem por desencadear a discussão de mudança do processo de trabalho com as gerências distritais e intermediárias.	Utilizam-se espaços coletivos de decisão como seminários, oficinas, empregando-se metodologias como fluxograma analisador, rede de petição e compromisso, plano de ação, e outros, para construção de entendimentos e busca de adesão das equipes de gerências intermediárias e locais.	Conbuscator
Processo de Trabalho	GCPV e consultoria definem estratégias para implantação do Acolhimento no nível local.	GCPV, equipe dirigente dos Distritos Sanitários e consultoria acompanham a implantação do Acolhimento no nível local, utilizando seminários, reuniões, instrumentos como fluxograma analisador, rede de petição e compromisso, plano de ação do serviço, capacitação técnica. A decisão da implantação em determinado Centro de Saúde é tomada pela equipe local, que define sua operacionalização de acordo com a capacidade e realidade local.	Alte no c pela outr: saúd Acel da A

6 - Conclusão

"Para o desejo do meu coração

O mar é uma gota".

Adélia Prado (1999, p.190)

O estudo analisou a experiência do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS/BH), no período de 1993 a 1996, uma vez que, em 1993, uma nova gestão assumiu a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e se propôs a implantar, mudanças no modelo de atenção e de gestão na saúde.

A construção de um novo modelo de saúde, em Belo Horizonte, foi pontuada por diversos dispositivos de intervenção no seu processo institucional. A análise de um ou mais desses dispositivos permitiria uma análise institucional e expondo os seus agentes, suas intenções e modos de ação. Optou-se por analisar o Projeto Vida e o Acolhimento, enquanto dispositivos de intervenção institucional desse processo, investigando se há uma relação positiva entre eles e o impacto causado no modelo.

A metodologia utilizada não se restringiu a uma única técnica de coleta de dados. Lançou-se mão de dados quantitativos, mensuráveis, duros e, por outro lado, de dados qualitativos e

situacionais destinados a coletar informação sobre a interação entre os diversos atores, suas perspectivas e estratégias, a forma como eles afetam o programa e fatos contextuais. Foram utilizados na análise documentos e registros públicos, dentre outros, possibilitando uma variedade de enfoques (SULBRANDT, 1994).

Dessa forma, utilizando-se múltiplos instrumentos e focos de observação, pode-se avaliar a coerência dos resultados, sugerindo uma maior confiabilidade interna dos dados utilizados, aumentando assim a validade interna (HARTZ, et al, 1997).

Reconstruir a memória de processos constitui uma tentativa de que os sujeitos, ou atores, dêem o significado à sua ação. Portanto, reconstruir memória implica identificar a disputa de fontes, ou seja, busca-se, através do uso de todas as fontes qualitativas e quantitativas, recuperar as distintas maneiras como as pessoas vindas de lugares distintos, falam das coisas, dos acontecimentos. Esses diversos recortes revelam a riqueza do processo. Essa metodologia possibilitou reforçar a análise em uma mesma direção, pois a multiplicidade das fontes acabou por produzir indicadores sinérgicos que, mesmo não sendo robustos, apontaram sempre no mesmo sentido, trazendo embutidos indícios semelhantes, reforçando uma determinada linha de análise e mostrando indícios de mudanças através dos dados que, isolados, por vezes seriam insuficientes.

Com o objetivo de verificar se a implantação desses projetos produziu mudanças no modelo de atenção e no processo de trabalho, propôs-se, como metodologia, interrogá-lo segundo os seguintes marcadores de avaliação: financiamento, acesso, eficácia, publicização,

novas tecnologias de trabalho e sustentabilidade do projeto. A escolha desses marcadores decorreu de uma compreensão do movimento sanitário brasileiro, ou de uma parte do mesmo, que leva em consideração pressupostos de mudança necessários ao sistema de saúde e as suas diretrizes como: a garantia do acesso universal, a equidade e as bases do financiamento (MERHY, 1992; CAMPOS, 1992; CECÍLIO, 1994; MENDES, 1996).

Devido às limitações na obtenção dos dados, discutidas anteriormente, nem sempre obtivemos a medida exata, trabalhamos então com a possibilidade de agregar informações ou indicadores que fossem sinérgicos, reforçando determinada linha de análise. Partimos do entendimento de que os indicadores não são estáticos, não se restringem a uma única categoria e conversam e dialogam entre si, descortinando juntos uma outra possibilidade analítica imbricada e não estática. Assim, não assumimos o compromisso de sempre chegar a resultados objetivos; em algumas situações, como no marcador *eficácia*, conseguimos obter resultados precisos e estruturados. Esses indicadores serviram na análise para reforçar outras situações mais tênues, mas que também sinalizavam mudanças. A associação desse conjunto de situações nos possibilitou desenvolver uma análise mais global do processo.

Os indicadores também não se associam a um único marcador, transitam entre eles. Assim, analisar o conjunto dos indicadores trabalhados, tomando-os de forma global, torna mais fácil perceber a ampliação do acesso, o aumento da eficácia e da equidade.

O gestor tem a capacidade de intervir no processo organizacional produzindo novas práticas de saúde, intervindo no processo de trabalho e provocando mudanças. Essas mudanças

podem produzir impacto em diversos campos. É possível criar, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, dispositivos institucionais que favoreçam as forças instituintes, na criação de mudanças na política, na organização e processos de trabalho e que resultem em intervenções positivas. Práticas essas que produzam a universalização na atenção e serviços que incorporem as necessidades dos usuários, sejam acolhedoras, vinculem e sejam equânimes, que promovam reforma nas práticas sanitárias e sejam também produtores de indicadores positivos no quadro de morbimortalidade. Os novos dispositivos de mudança, quando pensados e articulados conjuntamente pelo coletivo dos trabalhadores de um serviço, ao serem introduzidos, ganham maior potência.

Da mesma forma, é possível também estabelecer outros dispositivos que provoquem mudanças racionalizadoras, que aumentem a potência dos projetos e a sua eficácia sem, entretanto, produzir reforma das práticas sanitárias. Pode-se estabelecer projetos verticalizados, com pequena participação e envolvimento de outros atores (trabalhadores, usuários), cujas mudanças são focalizadas, não abrangentes e que produzem impacto apenas na população alvo. Podem ser feitas intervenções focais, exitosas, sem grande participação dos atores. É possível estabelecer privatização dos espaços públicos, não democratização das decisões e ter, por exemplo, maior agilidade no processo decisório.

Procurou-se verificar se os dispositivos criados provocaram intervenções positivas, sob a perspectiva de possibilitar a definição de missões que tivessem compromisso com a garantia da eficácia dos núcleos específicos de intervenção profissional, possibilitando a ampliação da dimensão do núcleo cuidador, desencadeando processos mais conjuntos e partilhados no interior

da equipe e melhorando a eficácia e adequabilidade da ação específica. Outro aspecto investigado foi a ampliação dos espaços de ação em comum e mesmo a cooperação entre os profissionais que levassem a um enriquecimento do conjunto das intervenções em saúde, tornando-as mais públicas e comprometidas com os interesses dos usuários, acima de tudo, e mais transparentes para processos de avaliações coletivas (MERHY, 1998b).

De uma maneira geral pode-se dizer que tanto o Projeto Vida quanto o Acolhimento consistiram em bons dispositivos de intervenção institucional, pois possibilitaram a produção de novos sujeitos, que desenvolveram novas ações e causaram o impacto pretendido. Ao analisarmos a intervenção, à luz dos marcadores de avaliação - financiamento, acesso, eficácia, publicização, novas tecnologias de trabalho e sustentabilidade do projeto – foi possível concluir que houve avanço e melhoria dos indicadores analisados sobre os quais faremos, a seguir, uma breve reflexão.

Do ponto de vista do *financiamento*, houve uma importante alteração nos recursos investidos, que ocorreu tanto pelo acréscimo dos investimentos municipais - Recurso do Orçamento do Tesouro (ROT), quanto pelos recursos federais. Estes, resultantes da adesão do município à Gestão Semiplena, tiveram seu teto elevado pelo aumento da produção de serviços e melhora do registro. Outro aspecto importante foi o aumento do gasto ambulatorial, que, comparado ao recurso hospitalar, sofreu uma inversão. Este resultado se atribui à estruturação da regulação (Controle e Avaliação), da fiscalização e acompanhamento do desempenho dos prestadores, reduzindo fraudes; além do incremento da rede ambulatorial pública. Quanto ao uso dos recursos da saúde, foram avaliados indicadores que demonstram a ampliação de serviços,

aumento na folha de pagamentos e o aumento do investimento na compra de medicamentos. O gasto específico com o Projeto Vida e o Acolhimento, mesmo com as dificuldades metodológicas de acompanhamento, também foram ampliados, especialmente em: Recursos Humanos, medicamentos e imunização, leitos de risco, teste do pezinho, convênio com a Pastoral da Criança, programas como doenças respiratórias e desnutrição. Essas evidências nos permitem concluir que, no período analisado, houve maior comprometimento orçamentário com os projetos, produzindo-se maior comprometimento da riqueza social com a vida e com as políticas públicas em saúde.

A medida do *acesso* é complexa, pois a rigor teríamos que estabelecer a capacidade do paciente obter, quando necessário, o cuidado com a saúde. Recorremos então a medidas indiretas que indicaram o aumento da oferta de serviços e, conseqüentemente, a maior facilitação do acesso, mas não o acesso em si. Dos dados apresentados podemos concluir que, no período, houve em Belo Horizonte um aumento da capacidade instalada, demonstrada pela ampliação dos diversos procedimentos ambulatoriais (consultas médicas, apoio diagnóstico). Buscou-se universalizar a atenção e eliminar as barreiras ao acesso, embora essa meta ainda constitua algo de difícil execução. As consultas médicas básicas ainda estão abaixo do necessário. Na pediatria a oferta de 0,30 Cons./hab./ano, permanece próxima aos parâmetros de 0,31-0,46 Cons./hab./ano. O investimento em Recursos Humanos foi realizado através da contratação por concurso e terceirização. A incorporação de pessoal do quadro próprio aumentou em 47,8% no período e houve redução do quadro de servidores estaduais e federais. Observaram-se também iniciativas importantes na capacitação de pessoal. Tomou-se por indicador a incorporação de outras

necessidades no atendimento, buscando-se avaliar em que medida as portas da rede se abriram para as novas demandas colocadas pelos usuários. Esse indicador é potente, na medida em que permite, como um evento sentinela, perceber o esforço criativo e instituinte em curso, incorporando necessidades novas, buscando atenção integral, resolutiva e universal. O evento estudado foi o programa de acompanhamento das crianças com doença respiratória, que propiciou o aumento do vínculo e da responsabilização da equipe com as crianças adscritas. Demonstrando, assim, tanto a melhoria de acesso como também aumento da eficácia.

A *eficácia* é entendida como o poder de produzir um efeito, ou benefício, portanto diz respeito à utilidade das ações realizadas pelo serviço. Os dados de morbidade ambulatorial analisados revelam o crescimento dos atendimentos de casos mais agudos, principalmente doenças respiratórias leves e moderadas, otites e asma, traduzindo uma mudança no perfil ambulatorial, com maior captação de agravos e riscos, principalmente na pediatria. Esses resultados mostram como o acolhimento tornou-se um potente disparador de mudanças na rede municipal, ampliando as portas de entrada, reduzindo a entrada da clientela cativa e possibilitando o maior ingresso de agudos nas unidades.

Ocorreu também, no período de 1993 a 1996, redução das internações em Belo Horizonte. Esta ocorrência foi motivada em parte pela melhoria assistencial, mas também pela redução dos hospitais conveniados, devido à atuação do Controle e Avaliação, controlando fraudes e descredenciando hospitais. A redução ocorreu em todas as faixas etárias, inclusive em menores de 14 anos. A redução de internação em menores de 28 dias, residentes em Belo Horizonte, foi importante (-40,2%), permanecendo igual na DRS Metropolitana. Os diagnósticos mais comuns

foram: causas perinatais, septicemia, anomalias congênitas e pneumonias. Esse perfil repete-se em crianças menores de 1 ano nas internações por pneumonias (-34,8%), diarreia (-64,5%), septicemia (-62,2%), bronquite/asma (-29,2%) e desnutrição (-84,6%).

Em relação a determinados grupos, verificou-se boa capacidade na captação de desnutridos, de gestantes e de vigilância ao óbito de crianças, ampliando-se grandemente o número de inscritos nos programas. O acompanhamento desses grupos, de maneira geral, mostrou uma queda ao longo dos quadrimestres, o que pode ser atribuído em parte à falta de capacidade operacional da rede e, no caso dos desnutridos, a todas as dificuldades inerentes ao tratamento (perda do vínculo familiar, desagregação). O pior desempenho ocorreu após o ano de 1997, o que se atribui à desativação da Avaliação de Desempenho.

A cobertura vacinal mostrou-se adequada, resultando inclusive na redução de doenças imunopreveníveis como difteria, coqueluche, caxumba e rubéola.

A média de aleitamento exclusivo nos centros de saúde foi de cerca de 33% até os 4 meses (1997), mostrando-se melhor que a média do município, aferida em pesquisa pelo Ministério da Saúde em 1999 (MARQUES, 1999).

O programa de combate à desnutrição apresentou bons resultados na recuperação nutricional das crianças acompanhadas. O que pode ser comprovado também pela evolução da morbidade hospitalar, redução da mortalidade por desnutrição e pela redução estimada da prevalência de desnutridos na população menor de 2 anos.

Observa-se redução do coeficiente de mortalidade infantil no município, distritos e áreas

de abrangência. Existiam, em 1994, sobretaxas em determinadas áreas que demonstravam as desigualdades intraurbanas, justificando a necessidade de um planejamento em saúde que contemplasse essas dimensões. Houve uma redução significativa do Coeficiente de Mortalidade Infantil em determinadas áreas, muitas das quais consideradas áreas de risco, o que possibilitou à cidade tornar-se menos heterogênea na distribuição da mortalidade infantil e contribuiu para a promoção da *equidade em saúde*.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil global mostrou um declínio no período, em consequência da redução do componente Pós-neonatal causado por pneumonias, infecções intestinais, desnutrição e outras mais facilmente removíveis. Essas mudanças podem ter ocorrido em função da reorganização da assistência (serviços ambulatoriais e hospitalares), do acompanhamento, além das intervenções nas condições de vida, entre elas o saneamento. Enquanto isso, o Coeficiente de Mortalidade Neonatal manteve-se relativamente estável no período, o que pode ter sido resultante das ações incipientes ligadas à assistência ao parto, da intervenção no setor conveniado e da ampliação de leitos de risco.

O marcador *eficácia* apresentou, no presente trabalho, maior precisão, possibilitando demonstrar através de indicadores quantitativos as mudanças ocorridas, valendo-se dos bancos de dados disponíveis. Pela análise dos indicadores podemos afirmar que ocorreu melhora dos indicadores, ou maior eficácia, tendo o conjunto de ações implementadas produzido impacto positivo.

O tema da *Publicização* foi tomado sob a perspectiva da democratização da gestão, da

construção coletiva das propostas, partilhando o processo decisório e da subordinação ao interesse público. Concluiu-se que essas foram pautas importantes no SUS/BH. De fato, no período, ocorreu efetiva participação popular tanto nas definições quanto no controle e fiscalização das ações de governo. Esta asseveração é confirmada, por exemplo, pela ocorrência de inúmeros fóruns coletivos, pelo crescimento da população envolvida no processo, pelo compromisso com as deliberações das Conferências, pela interlocução com os fóruns instituídos e pelo papel do Conselho enquanto importante interlocutor e ator político.

Houve também a preocupação com a construção coletiva das propostas, envolvendo os trabalhadores nos projetos institucionais. Neste trabalho foram descritos inúmeros espaços criados que possibilitaram essa construção, além dos instrumentos gerenciais utilizados que possibilitaram a maior publicização. Destacamos ainda a implantação da Avaliação de Desempenho, que constituiu importante instrumento de gestão pela pactuação, construção coletiva de indicadores, aprofundamento de reflexões sobre o cotidiano dos serviços e suas contradições, produzindo ruídos que possibilitaram a publicização da discussão e reflexão coletiva da equipe sobre as suas práticas.

A implantação do Acolhimento tornou-se um bom marcador do processo. Na sua concepção o Acolhimento teve aprovação consensual nos diferentes fóruns de participação popular (Conselhos e Conferências) para sua implantação, no entanto, esbarrou em entraves relacionados às pressões corporativas por parte dos trabalhadores da saúde, por ser um dispositivo que altera o processo de trabalho e que mobiliza ao mudar o cotidiano. O gestor conseguiu conquistar adesão ao projeto, embora apresentasse insuficiências na implantação de

medidas que poderiam dar maior potência ao projeto e que diziam respeito a referências e à organização do sistema como um todo. Dentre os pontos positivos, destaca-se a mudança do acesso aos casos agudos nas unidades, maior humanização no atendimento aos usuários, ampliação do acesso, o aumento do vínculo entre usuários e equipe, o trabalho em equipe e a otimização do trabalho da enfermeira e do trabalho médico.

Através da reorganização do processo de trabalho houve uma melhor utilização dos recursos da Unidade de Saúde, qualificando o trabalho dos profissionais, inclusive do médico, integrando os profissionais na assistência, resgatando o sentido do trabalho multiprofissional e qualificando o produto final ofertado. Essa mudança possibilitou a ampliação de espaços democráticos de discussão e de decisão, por ampliar os espaços de escuta, de trocas e decisões coletivas. Significou ainda um grande dispositivo no sentido da “criação do sujeito coletivo”, por representar uma força impulsionadora que critica as forças paralisantes da instituição, mobiliza as forças instituintes que tendem a transformar as instituições, desencadeando um intenso movimento de forças criativas, mobilizando energias e propostas inovadoras (BAREMBLITT, 1996). Todo este processo foi intensamente vivido nos diversos níveis do sistema, produzindo avanços e também contradições.

Ao mesmo tempo que o *Acolhimento* constituiu um potente disparador de mudanças, permitiu também uma profunda reflexão sobre os problemas anteriormente existentes no serviço, os quais, com a mudança do processo de trabalho, vieram à tona com toda a força: área física inadequada, insuficiência quantitativa e de capacitação de RH, dificuldade de obtenção de apoio diagnóstico e de consultas especializadas, falta de medicamentos, ambulância e leitos, falhas

dos processos gerenciais, enfim, problemas que não eram nenhuma novidade para as equipes afloraram como problemas emergenciais. O processo produziu ainda maior sobrecarga do trabalho, aumento da tensão e insegurança com a nova prática.

Cabe ressaltar que a diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos não pode se resumir às unidades básicas, mas deve permear todo o sistema, modulando os demais níveis da assistência (especialidades, urgências, hospitais), as áreas técnicas ou meios, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo tecno-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva. Do que podemos concluir que se o processo de mudança não for conduzido no sentido de impactar o Sistema de Saúde, abrindo-lhe as portas, permitindo ampliação do acesso e resolutividade de todo o sistema, tende a se tornar um limite.

Outro desafio que se coloca consiste em se estabelecer mecanismos de vinculação, responsabilização da clientela. O acolhimento por si só não responde a todas as necessidades na organização do serviço. É necessário definir população/área de responsabilidade, onde a equipe proceda ao acompanhamento, vigilância, priorização de riscos e agravos, permitindo-se o estreitamento do vínculo com a população, monitoramento, bem como incentivo à autonomia do paciente.

No que se refere à gestão do setor conveniado/contratado, foram dados passos no sentido de colocar o interesse público acima do privado. O primeiro espaço concretizou-se em 1994, quando Belo Horizonte assumiu a Gestão Semiplena do Sistema e estruturou o controle e avaliação, buscando desprivatizar o Estado. No que se refere ao Projeto Vida, foram traçadas

estratégias de intervenção nos leitos hospitalares, redesenhando o fluxo, ampliando leitos de risco, definindo critérios de qualidade, definindo tabela própria de remuneração e incentivo e fazendo convênios/parceria com o setor conveniado visando à ampliação de leitos. Apesar das iniciativas, os resultados obtidos ainda foram insuficientes no sentido do real controle da situação (gestão do privado).

De maneira geral a gestão pautou-se por práticas democráticas, buscando partilhar o processo decisório, tentando ampliar o leque de atores aderidos ao projeto, buscou também o controle do setor conveniado, levando com isso à publicização da gestão. O marcador "Publicização" demarca um novo modo de operar a política, funda-se em princípios democráticos, por isso torna-se tão sensível na avaliação dos modelos.

Usualmente o conceito de "*novas tecnologias*" é tido como o conjunto "de produtos biotecnológicos, drogas e equipamentos médicos, procedimentos terapêuticos e sistemas de apoio à decisão" (ALMEIDA & INFANTOSI, 1998). Neste estudo o empregamos como sendo a utilização de novas "ferramentas" de análise que possibilitaram intervir no processo de trabalho, permitindo ajudar na busca de respostas e saídas sobre o fazer em saúde, abordando aspectos da micropolítica do trabalho em saúde, visando publicizar o espaço e buscar novos sentidos e formatos e instrumentalizando o conjunto dos trabalhadores na gestão efetiva do seu processo de trabalho (MERHY & CHAKKOUR, 1997).

As "*novas tecnologias*" empregadas foram as ferramentas do Planejamento Estratégico que impulsionaram as mudanças, possibilitando a reflexão sobre o cotidiano dos serviços,

extraindo as distintas lógicas institucionais que atuam em um dado serviço, interrogando sobre o processo de trabalho em saúde, sobre a "captura do trabalho vivo em ato", a privatização dos espaços públicos dentre outros (MERHY & CHAKKOUR, 1997).

Os instrumentos empregados foram: a *Rede de Petição e Compromisso*, Os *protocolos assistenciais*, o fluxograma e alguns indicadores da *Avaliação de Desempenho*.

A *Avaliação de Desempenho* possibilitou a pactuação coletiva em torno do projeto assistencial da Secretaria de Saúde, construção coletiva de indicadores, estabelecimento de metas, avaliação dos processos, motivação dos trabalhadores, aprofundando reflexões sobre o cotidiano dos serviços e suas contradições. Possibilitou aos vários atores a explicitação de seus projetos, permitindo o debate público dos espaços privados de trabalho, garantindo-se a inclusão de indicadores relativos ao Projeto Vida e ao Acolhimento na planilha de avaliação.

O processo foi muito dinâmico, envolvendo a rede, introduzindo processos de avaliação e debates constantes sobre resultados e desempenho (SANTOS, et al., 1998; MALTA et al., 1998b). Por outro lado produziu também um descompasso entre a metodologia da implantação da mudança do processo de trabalho e a Avaliação de Desempenho, levando a um certo atropelamento nos processos, já que a última acabou por ter uma força de implantação e sedução grande, deslocando outros acontecimentos que são mais processuais.

A Avaliação de Desempenho, apesar de seguir os passos de discussão coletiva, acertos de indicadores e metas, passou também por uma forte carga normatizadora. Esta normatização foi causada por: definições da informática (padrões, prazos, descrições de indicadores etc.), leis

aprovadas na Câmara, acordos sindicais, comitês de acompanhamento com participação de sindicalistas e conselheiros com definição de prazos de implantação, congelamento de planilhas, definição de regras de inclusão e exclusão que de certa forma engessavam e impunham um ritmo próprio, ganhando autonomia e desconhecendo processos anteriores. Esses fatos propiciaram contradições, como a priorização de ações pontuadas pela planilha e a desativação de outras, forçando práticas de exclusão de usuários de fora da "área de abrangência". Outro exemplo foi a interrupção do prêmio, em 1997, quando tomou-se por prática, na grande maioria das unidades, o não preenchimento dos formulários e das boletas, identificadas como do SADE. Com isso perdeu-se a confiabilidade do sistema de registro, resultando em queda significativa do registro. A desativação do prêmio resultou também em queda no monitoramento e desmotivação da rede, o que também contribuiu na redução das ações e no desempenho dos indicadores.

Sem dúvida, esse processo foi muito rico e um disparador de mudanças positivas, embora cheio de contradições. Cabe reconhecer a necessidade de aperfeiçoamento e as críticas pertinentes, dentre elas a sua descontinuidade causada pelo peso financeiro que representou ao gestor e pela falta de um planejamento de longo prazo (MALTA, et al.; SANTOS et al., 1998).

O fluxograma publicizou os fluxos e o processo de trabalho, tornando-se uma ferramenta para reflexão da equipe, mostrando os interesses distintos, os modos distintos de governar a instituição e provocando a reflexão das equipes acerca do seu cotidiano. A *Rede de Petição e Compromisso* foi importante por permitir a publicização e estabelecimento de compromissos entre os diferentes níveis diretivos. Os *protocolos assistenciais* propiciaram a capacitação das equipes, a definição de atribuições entre as categorias, bem como a padronização de condutas

assistenciais e a definição de critérios de risco qualificando o ato em Saúde. Os protocolos foram formulados sob a ótica da formatação da intervenção multiprofissional de forma a legitimar a inserção de toda a equipe na assistência e definir a participação das diversas categorias.

O uso das ferramentas analisadoras, quando da implantação das mudanças no processo de trabalho, foi importante para a instrumentalização dos trabalhadores e gerências locais na gestão efetiva. Permitiu revelar qualitativamente o modo de operar o cotidiano, os produtos e resultados alcançados, a finalidade daquele trabalho, bem como os princípios ético-políticos que comandavam aquela ação, alavancando o processo de mudanças. As pessoas começaram a conversar mais, a se expressar mais, a ocupar os espaços do trabalho, contribuindo para tornar a gestão menos privada e mais coletiva. Ocorreu o aumento do espaço da interlocução coletiva, do debate, das trocas, da perspectiva de ir construindo um “trabalhador coletivo”, práticas e saberes e formatando equipes multidisciplinares (MERHY & CHAKKOUR, 1997).

O conceito de "*sustentabilidade*" advém originalmente da idéia de "sustentar a terra", de forma a satisfazer “as necessidades da geração atual sem comprometer as necessidades das gerações futuras”. Empregamos o conceito para além da concepção ambiental ou econômica, tomando-lhes emprestados os elementos do fluxo, da responsabilidade da transmissão entre gerações, da reflexão colocada sobre os determinantes da auto-sustentação, da continuidade, dos garantidores.

Na discussão desse marcador tomou-se o tema da sustentabilidade pela possibilidade de abrir um olhar analisador sobre si mesmo, interrogando sobre as apostas do sujeito e a

capacidade de torna-se instituído.

São inúmeras as experiências de quebra da hegemonia do poder local, com implantação de projetos inovadores, com inúmeros avanços na construção do SUS. Nem por isso a continuidade das experiências está assegurada. Podem ocorrer quebras no processo tanto por retomada das forças conservadoras quanto por disputas travadas no mesmo campo democrático-popular, que foi o que ocorreu em Belo Horizonte.

Existem diferentes compreensões dentro da saúde coletiva que levam a divergências na forma de implementar o projeto. Uma delas encontra-se na compreensão da gestão, na relação público-privado. Alguns setores defendem que o Estado teria o papel de subsidiar o setor privado de prestação de serviços de saúde, enquanto outros insistem no caráter público da saúde, no investimento na gestão pública e no seu papel de regular o privado, sem favorecimentos.

Outra polêmica muito atual dá-se na concepção de como organizar a rede básica. Alguns setores defendem uma transição rumo ao PSF, por consolidar formas mais estáveis de financiamento junto ao governo Federal, reduz também os momentos de enfrentamento, pela adesão aos modelos definidos centralmente. Outra divergência coloca-se devido ao entendimento de que se torna desnecessário investir em redes, em sistemas de saúde. Esta posição já era defendida por Milton Terris (1987), que afirmava a não-evidência de impacto do investimento em redes de serviços, defendendo, na época, caminhos como: a promoção, hábitos e estilo de vida saudáveis. Muitos sanitaristas atuais estão se pautando por essa concepção, defendendo a suficiência das ações simplificadas e de promoção à saúde. Assim, torna-se desnecessário

impactar os grupos sociais através de um esforço na organização das redes e na organização do processo de trabalho. Esse é o debate atual na saúde coletiva, e muitos têm feito essa aposta, estruturando propostas como as Cidades Saudáveis e o Programa de Saúde da Família, que trabalham com premissas semelhantes às aquelas defendidas pelo preventivismo de Terris (1987).

Em Belo Horizonte esse debate esteve presente, resultando na saída da equipe. Na tentativa de se implantar o Programa de Saúde da Família (PSF) mesmo sem clareza sobre quais os passos a serem dados, teve início a desestruturação de projetos importantes, além de se estabelecer outra relação com o setor contratado/conveniado, não priorizando aspectos importantes da gestão, o que, inclusive, gerou maiores gastos e acarretou importante déficit no custeio geral, penalizando-se a rede própria (PT, 1999).

O poder político é determinante para a hegemonização de dado projeto. A sua sustentação advém tanto da sua capacidade de governo quanto da sua governabilidade. Por si só o poder técnico é insuficiente para garantir a continuidade de determinada proposta. Mesmo tendo ocorrido, no período, adesão dos trabalhadores ao projeto, não foi suficiente para se fazer a institucionalização do mesmo. A resistência dos técnicos pode dificultar e obstaculizar outras propostas, principalmente se estas não se mostrarem viáveis, mais vantajosas, e se não conseguirem fazer interlocução com os diferentes atores. Mas não é suficiente para se contrapor à nova proposta e nem para manter projetos não governamentais em pauta. A consolidação dos atores políticos em questão (trabalhadores da rede e movimento popular) é processual, mas quanto maior a repressão e o uso do poder no sentido de impedir a sua organização, maior a dificuldade da resistência. Essas experiências não conseguem se impor como alternativas,

limitando-se apenas como práticas isoladas de alguns atores.

Diante desta experiência fica sempre a interrogação: Como incorporar estes avanços de forma mais definitiva na instituição? Como institucionalizar o projeto de forma que não fique à mercê das trocas de dirigentes? Uma das alternativas consiste na criação de estruturas técnicas permanentes, investindo-se no grau de profissionalização da gerência, capacitação, formação, a fim de sustentar minimamente estes avanços. Sem dúvida, este se torna um desafio constante, que deve ser objeto de reflexão e aprofundamento, mas não é suficiente para alterar as agendas dos dirigentes.

Um determinado projeto se mantém quando produz agendas de governo e tem sujeitos, atores, que o sustentam no plano da política e no plano do processo de trabalho. Esse é um processo de permanente disputa, pois aí se travam as apostas de mudança. Através do projeto é que se exterioriza a intencionalidade de um determinado ator, é quando ele se declara. Portanto esse campo está em constante tensão.

Conclui-se, então, que o Projeto Vida e o Acolhimento consistiram em bons dispositivos de intervenção institucional, produzindo mudanças no modelo de atenção, de forma a ampliar o acesso, aumentar a publicização da gestão, ampliar o financiamento das ações e assegurar a maior eficácia dos serviços no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, especialmente junto à população infantil. Entretanto, não houve sustentabilidade desses projetos de governo, mesmo com os avanços reconhecidos.

Ao se tentar estabelecer considerações sobre a generalização de uma dada intervenção,

busca-se um processo de validação externa, ou seja, utilizam-se seus resultados e aprendizados para estabelecer algumas reflexões gerais.

O presente trabalho possibilitou não somente avaliar os dispositivos institucionais empregados em Belo Horizonte e analisar o seu impacto mas, através dos marcadores de avaliação utilizados, pôde-se também construir uma metodologia de abordagem de outras experiências. A metodologia proposta é comunicativa, possibilitando olhar para outros municípios e avaliá-los quanto ao Modelo Assistencial implantado, seus pressupostos, acertos e limites.

A saúde é um território de práticas em permanente estruturação, onde é possível experimentar uma infinidade de fazeres, não existindo apenas um formato único possível. Por se representar um território tenso e aberto, sempre podem emergir novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas, o que constitui em si desafios constantes para qualquer paradigma a ser adotado (MERHY, 2000).

A gestão em saúde terá de enfrentar a tensão nos terrenos da política e do processo de trabalho, onde os conflitos entre os atores estarão sempre em cena. Assim, os distintos projetos terão sempre de utilizar, nas suas várias estratégias gerenciais, novas modalidades assistenciais, que não anulem as anteriores, convivendo e recriando sempre o novo. Cabe também não abandonar as lógicas administrativas que permitam a construção de um agir em saúde mais eficiente, sem substituir a racionalidade principal deste agir, que é a cuidadora, comprometida com a defesa da vida.

7 - Summary

This study analyzes the implementation of tools of institutional intervention in the Unified Health System (SUS) of Belo Horizonte, and the “Life and Intake” projects, in an attempt to verify if these intervention tools have had a positive impact on the delivery of medical services, specially to the infantile population. The methodology applied sought to analyze the impact of these tools in key areas such as: *funding, accessibility, effectiveness, democratization, new management techniques and sustainability* of the project. These key areas were selected on the basis of directives and assumptions that are a fixture in the movements of public health of Brazil. For every key area specific indicators were proposed multiple techniques of data collection were employed using quantitative and qualitative data. To that effect this study resorted to public registries, accessed data banks and conducted extensive research in order to create a multi-faceted approach to the subjects. The main results of this analysis were: there was an increase in *funding* for the project because of additional allocations made by the municipal government (Municipal Treasury Secretary) and grants from the federal government. Some indicators demonstrate an expansion of services offered by the system, an addition of personnel and also an increase of expenses for purchase of medication. Increased budget allocation to these projects reflects larger investment in the public health sector. The key area of *accessibility* was evaluated by way of indirect measurement: The increase in the offer of services had the consequence of increasing and facilitating accessibility to these same services. There was an increase in the capacity for service delivery, demonstrated by the expansion of various clinical services (medical appointments, diagnostic work, etc) and by the hiring of additional clinical personnel. One of the indicators utilized was that of the identification of needs for new services, such as the need to address upper respiratory conditions. The key area of *effectiveness* was analyzed through quantitative indicators which allowed the evaluation of the improvement in the delivery clinical services, increased capacity for treatment of acute cases, reduction of hospitalization and infantile mortality rates (even when at risk areas are considered). The inescapable conclusion at which one arrives is that

the improvement in the key area of effectiveness is directly related to the positive impact of the changes implemented. The key area of *democratization* relates to the collective construction of the proposals involving the critical players of the institutional projects. The analysis demonstrated that the project administration adopted democratic practices which involved the workers of the institutional projects as well as the people in the decision making, control and monitoring processes of governmentally mandated actions. A planned effort was also developed to gain control of services provided with the support of other public subsidies and entitlement funding thus creating a true public focus for the project administration. The key area of *new management techniques* was explored from the perspective of the utilization of new analytical tools that made it possible to intervene more decisively in the service delivery processes. The *new management techniques* employed were: the network of petition and commitment, service protocols, work flow diagrams and some performance indicators. The utilization of analytical tools revealed the quality level of the services provided, the products and the results achieved and the ethical and political principles driving the project thus becoming an effective mechanism for the project administration and for local management of affairs. The key area of *sustainability* borrows from the environmental or economical concepts, the elements of flow, of responsibility for transmission between generations, of determining factors for self-support, of continuity and of guarantee. The option for the implementation of a specific model of service is made in advance after a decision has been reached to follow either the prevailing market trend (hegemonic model) or the directives provided by the SUS. In the case of the latter, the ongoing contention stemming from the diverse understanding of what the role of the collective health. In Belo Horizonte, this contention resulted in an administrative crisis which eventually led to the departure of the public health team responsible for the development of these projects and consequently to the gradual termination of some of the projects which had already been implemented. Public health is a domain of practices that are continuously evolving. It is possible to experiment with various models and conceptualizations. The challenge that faces the effort of experimenting with a new model, is to employ mechanisms or strategies that do not cancel the previous model but, that allow the new to draw on the experience and results of old one thus creating the opportunity for

yet another model to emerge. The public health system is an open domain marked by tension from which new processes can emerge. These new processes can hold the key for permanent changes in standard practices. The conclusion of this study arrives is that the “Life and Intake” projects became good tools for institutional intervention as it was able to focus on new concepts which in turn developed new approaches that promoted change in the way that the service delivery system is managed. These changes consisted of an increase in funding of services delivered, expansion of the capacity for service (increased accessibility), of the democratization of the project administration, of utilization of new management techniques, of increased effectiveness of the services delivered as part of the Unified Health System of Belo Horizonte, specially of the services provided to the infantile populations. Through performance indicators employed by the project, it was possible to develop a methodology that utilized the experience of other models. The methodology proposed is one that emphasizes interaction with other models, one that takes in consideration other approaches and models and evaluates their premises, strengths and scope.

8 - Referências Bibliográficas

- ACURCIO, A.F. ; CHERCHIGLIA, M.L.; SANTOS, M.A. Avaliação de Qualidade de serviços de saúde. **Revista Saúde em Debate**, n. 33, p.50 -53, 1991.
- ACURCIO, A.F. **Análise da relação entre o acesso a dois serviços públicos de saúde, e os resultados na saúde dos indivíduos infectados pelo HIV em Belo Horizonte de 1984 - 1994.**- Dissertação (Mestrado de Saúde Pública - Epidemiologia). Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1995.
- AKERMAN, M. Diferenciais intra- urbanos em São Paulo: estudo de caso de macrolocalização de problemas de saúde. In: BARATA, R.B. et al. **Equidade e Saúde, contribuições da epidemiologia.** Série Epidemiologia 1. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1997.
- ALMEIDA, C. & LUCCHESI. Investigando o Sistema de Saúde no Brasil. In: HEIMANN, L.S. et al. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000.
- ALMEIDA, N.F. ; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à Epidemiologia Moderna.** Belo Horizonte: COOPMED, 1992.
- ALMEIDA, R.M.R ; INFANTOSI, A.F.C. Avaliação de tecnologias em saúde: uma metodologia para países em desenvolvimentos. In: Barreto, M.L., Almeida Filho, N.; Barata R.B. **Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- ANDRADE, C. D. **O Corpo: novos poemas.** 14^a ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 1998.
- AROUCA, A.S.S. **O Dilema Preventivista, contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 1975.

- ARRETCHE, M.T.S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E.M. (org.) **Avaliação de Políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 1998.
- ASSUNÇÃO, R.M.; BARRETO, S.M.; GUERRA, H.L.; SAKURAI, E. Mapas de taxas epidemiológicas: uma abordagem Bayesiana. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, **14**(4): 713- 723, out-dez (1998).
- AYRES, J.R.C.M. **Sobre o Risco, para compreender Epidemiologia**. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1992. Desenvolvimento e o meio ambiente**. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, set. 1992.
- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1999/2000. No Limiar do século XXI**. São Paulo, jan. 2000.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: teoria e prática**. 3ª ed., Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1996.
- BARRETO, ML.; CARMO, E.H., Mudanças em padrões de morbimortalidade. Conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C.A . (Org.). **Velhos e Novos males da saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: HUCITEC, 1995.
- BARRETO, ML.; CARMO, E.H., SANTOS, C.A.S.T.S., Saúde e população brasileira: mudanças, superposição de padrões e desigualdades. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e Democracia, a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.
- BARROS, M.B.A, Epidemiologia e superação das iniquidades em saúde. In: BARATA, R.B. et al. **Equidade e Saúde, contribuições da epidemiologia**. Série Epidemiologia. 1ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1997.
- BELO HORIZONTE. Lei Municipal 5903, de 03-06-1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 1991.
- BERLINGUER, G. **Ética da Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Capítulo da Saúde, Brasília, 1988.

_____. Emenda Constitucional n. 29 de 13-09-2000. Define a vinculação de recursos orçamentários no financiamento à saúde. Diário Oficial da União (DOU), Brasília, DF, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria ministerial n. 2.409, de 23-03-1998. Estabelece critérios e requisitos para implementação de ações de combate às carências nutricionais nos municípios. Diário Oficial da União, (DOU). Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial n. 709, de 10/06/1999. Estabelece critérios e requisitos para implementação de ações de combate às carências nutricionais nos municípios. Diário Oficial da União, (DOU). Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde. n. 272 de 01-03-1995. Estabelece o limite máximo de AIH a serem distribuídas mensalmente a cada estado. Diário Oficial Da União, (DOU). Brasília, 1995.

_____. **Lei 8242**. Define papel dos Conselhos e Conferências da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 1990a.

_____. **Lei 8080**. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Consulta Pública n. 01 de 8-12-2000. Parâmetros Assistenciais do SUS. Diário Oficial Da União, (DOU). Brasília, DF, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3046 de 20-07-1982. Define parâmetros de consultas médicas. Diário Oficial Da União, (DOU). Brasília, 1982.

_____. Ministério da Saúde. Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

BREILH, J. La sociedade, El debate de La modernidad y La nueva Epidemiologia. Conferência apresentada no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Rio de Janeiro, ago. 1998.

- BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96: Uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Campinas: UNICAMP, 1997. Mimeografado.
- BURLANDY.L.; BODSTEIN, R.C.A. Política e Saúde Coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976- 1992). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(3):543-554, jul./set. 1998.
- CAMPOS, C.R. A produção da cidadania. In: CAMPOS, C.R. ; MALTA D.C.; REIS, AT.; SANTOS,AF; MERHY, E.E.; **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã VMED, 1998.
- CAMPOS, F.E. **Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde**. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1988, 264p.
- CAMPOS, G.W.S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. S. Paulo: HUCITEC, 1994.
- _____. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva a organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e Democracia, a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997a.
- _____. **Reforma da Reforma, repensando a Saúde**. S. Paulo: HUCITEC, 1992.
- _____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar a trabalho em equipes de Saúde. In MERHY E.E.; ONOKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde, um desafio para o público**. HUCITEC, São Paulo, 1997b.
- CARVALHO, D.M. Grandes Sistemas Nacionais de Informação em Saúde: revisão e discussão da situação atual. **Informe Epidemiológico do SUS**. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde (FNS), CENEPI. Brasília, ano IV, n. 4, out./dez. 1997.
- CASTELLANOS, P.D. Epidemiologia, Saúde Pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R. B. **Condições de vida e situação de Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

CASTELLANOS, P.D. **Perfiles de morbilidad, nível de desarrollo e inequidades sociales en la region de las Américas.** Oficina Sanitária Panamericana da Organizacion Panamericana de La Salud, 29 p., mar. 1994. Mimeografado.

CECÍLIO, L.C.O. (Org). **Inventando a mudança na Saúde.** S. Paulo: HUCITEC, 1994.

CECÍLIO, L.C.O. Indicadores de avaliação de desempenho: um instrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais públicos. In: MERHY E.E. & ONOKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde, um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, 1997a.

_____. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In MERHY, E.E. & ONOKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde, um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, 1997b.

CHAUÍ, M.- A questão Democrática. In: Wolfe A . et al. **A Questão da Democracia.** São Paulo: CEDEC / Paz e Terra, 1980.

CMS/BH (Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte). Acolhimento ainda gera polêmica. **Jornal dos Conselhos de Saúde de Belo Horizonte,** Ano II, out. 1998.

CMS/BH (Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte). Manifesto dos técnicos da SMSA/BH. **Jornal dos Conselhos de Saúde de Belo Horizonte,** Ano II, mai. 1998.

CONTANDRIOPOULOS, AP., CHAMPAGNE, F., DENIS, J.L., PINEAULT, R. A Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde. Dos Modelos conceituais à prática na Análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

COREM (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM). Ofício n. 1759/97, ao Secretário Municipal de Saúde. Belo Horizonte, 26 de maio de 1997.

COREM (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM). Ofício n. 797/96, ao Secretário Municipal de Saúde. Parecer do relator do COREN sobre as normas técnicas de assistência integral à Saúde Materno Infantil. Belo Horizonte, 19 de março de 1996.

- COSTA VAL, V.M. A estruturação do projeto de assistência farmacêutica no município. In: CAMPOS, C.R. ; MALTA D.C.; REIS, AT.; SANTOS,AF; MERHY, E.E.; **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público**. Xamã VM; Belo Horizonte, 1998.
- DENIS, J.L., CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde. Dos Modelos conceituais à prática na Análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ,1997.
- DONABEDIAN, A. **Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica**. México: Instituto Nacional de Salud Publica, 1990. 74p.
- DONNANGELO, M.C.F. ; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades,1979.
- ESCOREL,S. Revirada na saúde. **Tema/Radis**. Rio de Janeiro, 11:5-7, 1988.
- FEKETE, M.C. **Sistema de incentivo como instrumentos de gestão do trabalho em saúde**. Tese (Mestrado). Universidade Estadual de Londrina, 1999
- FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.
- FJP (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO). **Descentralização e governança no setor saúde em Belo Horizonte**. Programa de Descentralização e Governança do PNUD. Subprograma: Estudos Comparativos entre países. Escola de governo de Minas Gerais, Belo Horizonte, mai.1998. 114p.
- FLEURY, S. A questão democrática da saúde. In FLEURY, S. (org). **Saúde e Democracia, a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.
- FRANCO, T.B. , MERHY , E.E., BUENO, W.S. **O Acolhimento como um Dispositivo de redesenhar processos de trabalho em Saúde: O caso de Betim (MG)**. Betim: 1997. 24p. Mimeografado.

- FRANCO, T.B., & MERHY, E.E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial.** Campinas: UNICAMP, 1999. 23p. Mimeografado.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Divulgação Preliminar da Contagem Populacional. Brasília: 1996. **CD ROM.**
- GONÇALVES, R.B.M **Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, 1994.
- GRANDA, E., BREILH,J. **Saúde na Sociedade.** São Paulo: Cortez e ABRASCO, 1989.
- HARTZ, Z.M.A Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde. Dos Modelos conceituais à prática na Análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- HARTZ, Z.M.A, CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, AP., LEAL, M.C. Avaliação dos programas materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde. Dos Modelos conceituais à prática na Análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- HEIMANN, L.S.; CORTIZO, C.T.; CASTRO, I.E.N.; KAYANO, J.; ROCHA, J.L.; NASCIMENTO, P.R.; BOARETTO, R.C.; PESSOTO, U.C.; JUNQUEIRA, V. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000.
- INAN (INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO). Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. **Perfil de crescimento da População Brasileira de 0 a 25 anos.** Brasília, INAN,M.S., 1990, 60 p.
- KOHN, A .Why incentives plans cannot work. Harvard Business Review, 1991. Apud FEKETE, M.C. **Sistema de incentivo como instrumentos de gestão do trabalho em saúde.** Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Londrina, 1999.

- KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. Tradução de B.C. Boeira e N. Boiera. São Paulo: Perspectiva, 1975.
- LAPA (LABORATÓRIO DE PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO), Relatório preliminar da Pesquisa de Planejamento Organização e Gestão em Sistemas de Saúde : Sistematização e Transferência de Tecnologia. UNICAMP/LAPA/CNPQ, Campinas, ago. 1998.
- LAURELL A.C. A saúde doença como processo social. In: NUNES, E.D. (Org.). **Medicina Social, aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983.
- LAURENTI, R., MELLO JORGE, M/H/P/, LEBRÃO, M.L, GOTLIEB, S.L. **Estatísticas de Saúde**. São Paulo: Pedagógica, 1987.
- LUCAS, S.D & CAMPOMIZZI, J.B. A participação cidadã no controle do Sistema único de Saúde em Belo Horizonte. In: CAMPOS, C.R. ; MALTA D.C.; REIS, AT.; SANTOS, AF; MERHY, E.E.; **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público**. São Paulo, Xamã VM, 1998.
- LUSTOSA, P.H. **A importância dos indicadores para a avaliação**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1999. 15p. Mimeografado.
- LUZ, M.T. **Natural Racional Social, razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MAGALHÃES, M.F.L. Recursos Humanos e modelo assistencial: um encontro intrigante. In: CAMPOS, C.R. ; MALTA D.C.; REIS, AT.; SANTOS, AF; MERHY, E.E.; **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã VM, 1998.
- MALTA, D. C.; MEDEIROS, N.S.; ACCIOLY, M. C.; BONOLLO, P.; ARANHA A; GOULART, E.M.A.; NASCIMENTO R. Inquérito nutricional em crianças menores de 5 anos em Belo Horizonte, em 1993. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v.8, n.4, out./ dez.1998a.

- MALTA, D.C.; FERREIRA, L. M.; REIS, A.T.; MERHY, E.E. Acolhimento - Uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, MALTA D.C.; REIS, AT.; SANTOS,AF; MERHY, E.E.. **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã VM, 1998b.
- MALTA, D.C; ALMEIDA, M.C.M; DIAS, M.AS.; MERHY, E.E. A mortalidade infantil em Belo Horizonte por área de abrangência dos centro de saúde, 1994/1996. Aceito para publicação no **Cadernos de Saúde Pública**, em 29/06/2000.
- MARANHÃO, A.G.K.; JOAQUIM, M.M.C.; SIU, C. et al. Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. **Tema**, n.17, p.6-13, fev. 1999.
- MARQUES, J. Brasileiras amamentam por apenas 34 dias. **Folha de São Paulo**. São Paulo: 20 out. 1999. Caderno Cotidiano.
- MARX, K. **O Capital, crítica da economia política**. Livro 1, volumes I e II. São Paulo: Bertand Brasil/DIFEL, 1987.
- MATUS, C. O Planejamento estratégico situacional. In: URIBE RIVERA, F.J.(org.). **Planejamento e programação em saúde**. São Paulo: Cortez e ABRASCO, 1989.
- MAUSNER, J. S. & BAHN, A.K. **Introdução à epidemiologia** Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- MEIRELES, C. **Melhores Poemas**. São Paulo: Global, 1984.
- MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal, In MENDES, E.V.(org.); **Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MERHY E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R.(orgs). **Agir em Saúde. Um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997a.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar ao ruidos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org) et al. **Inventando a mudança na Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência . In: CAMPOS, C.R., et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o Público.** São Paulo: XAMÃ VM, 1998a.

_____. **Relatório preliminar da Pesquisa "Planejamento Organização e Gestão em Sistemas de Saúde: Sistematização e Transferência de Tecnologia"**, LAPA/ UNICAMP/ CNPQ. Campinas, 1998b. Mimeografado.

_____. **A Saúde Pública como Política - um estudo dos formuladores de políticas.** São Paulo: HUCITEC, 1992.

_____. **O capitalismo e a Saúde Pública.** 2. ed. São Paulo: Papyrus, 1987.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (org). **Saúde e Democracia, a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos, 1997b.

_____. Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates no planejamento em saúde no Brasil. In GALLO, E. **Razão e Planejamento, reflexões sobre política estratégia e liberdade.** São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

- MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA,R.C. **Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: Contribuição para as conferências de saúde.** Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. p. 91- 96. Vol 1. Brasília, ago. 1992.
- MERHY, E.E. & CHAKKOUR,M. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In MERHY, E.E. & ONOKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde, um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, 1997.
- MERHY, E.E & NESC - NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA DE RECIFE - FIOCRUZ, Relatório Preliminar de Pesquisa, Recife, Pernambuco. 1999. Mimeografado.
- MONTEIRO, C. A. **Saúde e nutrição das crianças de São Paulo: diagnóstico, contrastes sociais e tendências.** São Paulo: HUCITEC-Edusp, 1988.
- MONTEIRO, C. A., BENÍCIO, M.H.D.A., BALDIJÃO, M.F.A. Mortalidade no primeiro ano de vida e a distribuição de renda e de recursos públicos de saúde. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo,14:515-29, 1980.
- MONTEIRO, C.A , CONDE, W.L. Tendência secular as altura das crianças da cidade de São Paulo, entre 1974 e 1996. In: IV CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. **Anais.** Rio de Janeiro: Armazém das Letras, 1998, 519p. p.440.
- MONTEIRO, C.A.; BENÍCIO, M.H.D, IUNES,R., GOUVEIA,N.C., TADDEI, J.AAC., CARDOSO,MAA . O Estado Nutricional das Crianças Brasileiras: a trajetória de 1975 a 1989. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. Belo Horizonte: Coopmed. **Anais** p. 89-104. 1992.
- MUSGROVE, P. Do nutrition programs make a difference? The case of Brasil. **Int. Journal of Health Services,** 20(4); 691-715, 1990.

- NAJAR, AL. & MARQUES. E.C., (org.). **Saúde e espaço, estudos metodológicos e técnicos de análise**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- NISIS (NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE). **A equidade em Saúde: do discurso à prática**. São Paulo, março de 2000, 108 p.
- NOGUEIRA, R.P. A dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil: 1970-1983. **Educación Médica y Salud**, Washington, v.3: 335-350, 1986.
- NUNES, E.D. As ciências sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. **Saúde e Sociedade**, 1(1): 59- 84, 1992.
- _____. Saúde Coletiva: História de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade** 3(2): 5-21, 1994.
- _____. Trayectoria de la Medicina Social en América Latina: elementos para su configuration. In: FRANCO, S. e NUNES, E.D. **Debates en Medicina Social**. Quito: ALANES; Washington: OPS/OMS, 1991. p. 17- 137.
- OLIVEIRA. M.J. **Problemas atuais para a revisão da política de financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. p. 77- 98. Vol 2. Brasília, ago. 1992.
- PAIM, J.S. Bases Conceituais da reforma sanitária brasileira. In FLEURY, S. (org). **Saúde e Democracia, a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.
- _____. Medicina Comunitária, introdução à uma análise crítica. **Revista Saúde em Debate**, n. 1: 9-12, 1976.
- PAIM. J. S.; ALMEIDA, N. F. Saúde Coletiva: uma "nova Saúde Pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, 32 (4): 299-316, 1998.

- PAIM, J.S., COSTA, M.C.N., CABRAL, V., MOTA, I.A., NEVES, R.B.B. Spatial Distribution of Proportional Infant and certain socioeconomic variables in Salvador, Bahia, Brazil. **Bulletin PAHO**, 27 (1):1-14, 1987.
- PARTIDO DOS TRABALHADORES. Núcleo de Saúde do Diretório Municipal de Belo Horizonte. Carta ao Diretório Municipal de Belo Horizonte, nov. 1998.
- PINTO, A.M.R., O fetichismo da avaliação. **Análise e conjuntura**, Belo Horizonte, 1(2):73-92, mai./ago. 1986.
- PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA); Brasília, Distrito Federal: PNUD, 1996.
- POSSAS, C. **Saúde e Trabalho; a Crise da Previdência Social**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1989. 324 p.
- PRADO, A. **Poesia reunida**. 9. ed. São Paulo: Ciciliano, 1999.
- REIS, AT.; CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; MERHY, E.E. Posfácio In: **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, VM., 1998.
- REZENDE, J. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.
- RODRIGUES, S.C.; MAGALHÃES, H.M.J.; EVANGELISTA, P.A.; LADEIRA, R.M.; LAUDARES, S. Perfil dos nascidos vivos no município de Belo Horizonte, 1992-1994. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 13(1)53-57, jan./mar. 1997.

- ROGER, M. & ROUGEMONT, A. Programmes de santé maternelle & infantile. In: ROUGEMONT, A. & BRUNET-JAILLY, J. Eds. La Santé en Pays Tropicaux. Paris: Doin Editeurs, 1989. Apud: HARTZ, Z.M.A, CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, AP., LEAL, M.C. Avaliação dos programas materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde. Dos Modelos conceituais à prática na Análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública.** 2ª ed. São Paulo: Unesp, HUCITEC, ABRASCO, 1994.
- SANTOS, A.F.; FERREIRA, J.; BATISTA, M.F.P.; LAGES, N.S. Criando um sistema de informação estratégico em saúde – A experiência do Projeto de Avaliação de desempenho. In: CAMPOS, C.R.; MALTA D.C.; REIS, AT.; SANTOS, AF; MERHY, E.E.; **O Sistema de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã VM, 1998.
- SANTOS, F.P. O Novo papel do município na gestão da saúde - O desenvolvimento do controle e avaliação. In: CAMPOS, C.R. ; MALTA D.C.; REIS, AT.; SANTOS, AF; MERHY, E.E.; **O Sistema de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã VM, 1998.
- SANTOS, L. Aspectos Jurídicos sobre financiamento do SUS. Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. 81- 84p. Vol 1. Brasília, agosto de 1992.
- SANTOS, M. **Espaço e método.** São Paulo: Nobel. 1985.
- _____. **Metamorfozes do espaço habitado.** Fundamentos Teóricos e metodológicos da Geografia. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1991.
- SCHRAIBER, L.B. Prefácio. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde. Dos Modelos conceituais à prática na Análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

SILVA Jr, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em Saúde, o debate no campo da Saúde Coletiva.** São Paulo: HUCITEC, 1998.

SIMÕES, C.C.S; MONTEIRO,C.A .Tendência secular da mortalidade infantil no Brasil. In, MONTEIRO,C. A . (Org.), **Velhos e novos males da saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças.** São Paulo: HUCITEC/NUPENS/USP, 1995.

SIMÕES, C.C.S. O estudo dos diferenciais de mortalidade infantil segundo algumas características sócio- econômicas. In: IBGE/Unicef. **Perfil de crianças e mães no Brasil. Aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, p.61-78. 1992.

SINDIMED (SINDICATO DOS MÉDICOS DE MINAS GERAIS). Acolhimento nos postos da PBH mostram primeiros resultados. **Jornal do Sindimed,** Belo Horizonte, jun. 1996.

SMAD (SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO DE BELO HORIZONTE). **Planilha dos Recursos Humanos em Saúde.** out. 2000. Mimeografado.

SMPL/BH (SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO DE BELO HORIZONTE). Fórum setorial da Saúde. **Revista do Orçamento Participativo.** Belo Horizonte, 1995.

SMSA/BH (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE). **Propostas de Consolidação do SUS-BH. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde,** nov. 1996a. 15p. Mimeografado.

_____. **Relatório do Serviço de Atividades Assistenciais,** 1993-96. Belo Horizonte: dez. 1996b. 58 p. Mimeografado.

_____. **Pesquisa de procedência do SUS, 1995. Diagnóstico da Situação de Saúde no Município, 1998.** Núcleo de Epidemiologia/Sistema de Informação/ Departamento de Planejamento e Regulação, 1998a.

_____. **Análise dos questionários das visitas aos Recém-nascidos de risco, no Projeto de Vigilância À Mortalidade Infantil. Anos: 1994 e 1995.** Núcleo de Epidemiologia/ Sistema de Informação/ Departamento de Planejamento e Regulação, 1994 e 1995.

- _____. **Cobertura vacinal em menores de 1 ano. Relatório Coordenação técnica de imunização.** Serviço de Atividades Assistenciais/Departamento de Ações de Saúde. 1999a. 9p. Mimeografado.
- _____. **Consultas médicas realizadas no SUS/BH, 1996.** Relatório da Coordenação de Atenção ao Adulto. Serviço de Atividades Assistenciais/Departamento de Ações de Saúde. 1997 a. Mimeografado.
- _____. **Diagnóstico de saúde da criança em Belo Horizonte,1994-1999.** Núcleo de Epidemiologia/Sistema de Informação/ Departamento de Planejamento e Regulação, 1999b.
- _____. **Leitos de Risco. Déficit será resolvido este ano. Informativo do Projeto Vida.** Ano 1, n. 3, 1995a.
- _____. **Perfil de Nascidos Vivos em Belo Horizonte, (SINASC).** Núcleo de Epidemiologia/ Sistema de Informação/ Departamento de Planejamento e Regulação, 1994-1997a.
- _____. **Pesquisa de Avaliação do Acolhimento do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte.** Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ Serviço de Atividades Assistenciais. Out. 1998b. 15 p. Mimeografado.
- _____. **Pesquisa de Avaliação do Acolhimento Junto aos Gerentes de Centros de Saúde.** Serviço de Atividades Assistenciais/Departamento de Ações de Saúde. 1997b.
- _____. **Prioridade para o fórum setorial da saúde do Orçamento Participativo.** Projeto de Atenção materno-infantil. Belo Horizonte. 1995b. Mimeografado.
- _____. **Relatório de Morbidade Ambulatorial atendida na rede gerenciada pela SMSA/BH,(1M1).** Sistema de Informação/Departamento de Planejamento e Regulação, Belo Horizonte, 1994 e 1996. Mimeografado.

- _____. **Relatórios do Sistema de Avaliação e Desempenho, 1996, 1997, 1998.** Sistema de Informação/Departamento de Planejamento e Regulação. Belo Horizonte, 1996-1998. Mimeografado.
- _____. **Relatórios da oficina de trabalho de Assistência Perinatal.** Serviço de Atividades Assistenciais/Departamento de Ações de Saúde. 1996c. Mimeografado.
- _____. **Relatório Assistência Terapêutica.** Fluxograma do atendimento das Farmácias das Unidade de Saúde da SMSA/BH. Serviço de Apoio Terapêutico Departamento de Ações de Saúde/DCAS. 1997c. Mimeografado.
- _____. **Relatório final da Plenária Municipal de Saúde de Belo Horizonte.** Conselho Municipal de Saúde. maio de 1998c. 9p. Mimeografado.
- _____. **Relatório do Sistema de Informação Sobre Orçamento Público - SIOPS.** Fundo municipal de Saúde/Departamento Administrativo Financeiro, 1995-1997. Mimeografado.
- _____. **Situação do Aleitamento Materno na Rede de Belo Horizonte.** Coordenação de Atenção à criança. Serviço de Atividades Assistenciais/Departamento de Ações de Saúde. 1999c. Mimeografado.
- _____. **Planilha de Ações do Projeto Vida. Agenda do Grupo de Condução do Projeto Vida.** Serviço de Atividades Assistenciais/Departamento de Ações de Saúde. set. 1995g. 9p. Mimeografado.
- _____. **Pesquisa de demanda reprimida para consultas especializadas agendadas na Central de Marcação de Consultas.** Departamento de Ações de Saúde. 1998d. Mimeografado.
- _____. **Projeto Vida, uma prioridade de governo.** Serviço de Atividades Assistenciais/ Departamento de Ações de Saúde. 1997d. 14p. Mimeografado.

- _____. **Projeto de Vigilância à mortalidade Infantil.** SMSA/BH. 19p. abr. 1994a. Mimeografado.
- _____. **Projeto Vida e Subprojeto de Atenção ao Agudo, versão preliminar.** Serviço de Atividades Assistenciais. ago. 1994b. 7p. Mimeografado.
- _____. **Protocolo de Atenção Integral à Saúde Materno-infantil.** Serviço de Atividades Assistenciais/Departamento de Ações de Saúde. 1995d. 41 p. Mimeografado.
- _____. **Protocolo do Centro de Saúde Santa Lúcia/ Distrito Sanitário Centro Sul.** 1995e. Mimeografado.
- _____. Relatório da IV Conferência Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Cadernos da IV Conferência** .1994c.
- _____. **Relatório de Atividades da Secretaria Municipal de Saúde.** 1993-1997. Mimeografado.
- _____. **Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde.** 1994-1997b. Mimeografado.
- _____. **Relatórios das oficinas de trabalho com o consultor Emerson Elias Merhy.** jan./mai./jul./ago./set./out. 1995d. 30p. Mimeografado.
- _____. **Relatório do I Seminário do Projeto Vida. Triângulo de Governo.** dez. 1994d. 15p. Mimeografado.
- _____. **Relatório do II Seminário do Projeto Vida.** Jan. 1995f. 16p. Mimeografado.
- _____. **Relatório de Recursos Humanos.** Coordenação de Recurso Humanos. 1999d. Mimeografado.
- _____. **Reorganização da Assistência às doenças respiratórias na infância em Belo Horizonte.** Relatório de atenção à criança. Coordenação de Atenção à Criança/ DCAS. 1997e. Mimeografado.

_____. Saúde Cidade e Cidadania. Relatório da V Conferência Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Cadernos da IV Conferência**. abr. 1996d. 79p.

_____. **Secretaria Municipal de Saúde. Ações Desenvolvidas 1993-95 – A busca da qualidade e eficiência no serviço público**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. mar. 1996e. 43p. Mimeografado.

_____. Saúde BH. **Revista da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: n. 1, 49p. jun. 1996f.

SOUZA, M.W. Publicidade e consumo cultural. Site: www.montessorinet.com.br/acontece.htm. 1/04/2001.

SULBRANDT, J. Avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos usuais. In: KLIKSBURG, B. (org.) **Pobreza: uma questão inadiável**. Brasília: ENAP, 1994.

SUSSER, M. & SUSSER, E. Choosing a future for epidemiology: I Eras and paradigms. **American journal of Public Health**, 86 (5):668-673, 1996.

TESTA, M. O Pensamento estratégico na saúde. In: URIBE RIVERA, F.J.(org.), **Planejamento e programação em saúde**. São Paulo: Cortez e ABRASCO, 1989.

TERRIS, M. **La revolución epidemiológica Y la medicina social**. 3ª edición. México: Siglo Veintiuno, 1987.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. (org.). **Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. In São Paulo: HUCITEC, 1994.

VASCONCELOS, L.L.C. **Internações hospitalares no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: 1992 - 1996**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1997.

VELOSO, B.G., **Distrito Sanitário e território - construindo a descentralização no município de Belo Horizonte/MG.** Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1995.

VICTORA, C.G., BARROS, F.C., VAUGHAN, J.P. **Epidemiologia da desigualdade.** São Paulo: HUCITEC. 1989.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health.. Copenhagen: World Health Organization, 1990.

WHO, Expert Committee on Health Statistics en While, K. L.: Health care arrangements in the USA the Milbank Memorial Fund Quartely, vol. 50, no. 4, 1972.

9 - Anexos

Anexo 1 - Boletas da mulher, da criança e do acolhimento

Anexo 2 - Taxonomia de Análise

TAXONOMIA DE ANÁLISE

MARCADOR : FINANCIAMENTO

Interrogadores	Indicadores	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> - SUS/BH alterou o financiamento e o gasto do sistema? - Houve aumento do investimento através de recursos municipais? - Produziu maior comprometimento da riqueza social em benefício da vida? - Alterou a relação entre o gasto hospitalar e o ambulatorial ? - Qual o investimento realizado nos projetos estudados? 	1.1 Evolução dos recursos do ROT no financiamento do SUS em BH.	1.1 Aumento de 8,7% dos recursos do Tesouro, em 1992-93-96)
	1.2 Evolução do gasto ambulatorial.	1.2 Aumento do gasto ambulatorial de 49,5%, em 1993-94, para 46,7% em 1996
	1.3 Evolução do gasto com pessoal.	1.3. Aumento dos postos de trabalho do quadro próprio de pagamento de 15 milhões (1993) para 106 milhões de reais em 1996
	1.4 Evolução dos recursos aplicados na compra de medicamentos.	1.4 Aumento do investimento na compra de medicamentos chegando a US\$ 4 a 5 milhões nos anos seguintes.
	1.5 Gastos efetivados especificamente com o Projeto Vida e o Acolhimento.	1.5 Apurou-se um comprometimento em torno de 40,4 milhões do SUS no município anualmente, relativo a intervenção (criança) e o Acolhimento. Mesmo diante das limitações de gastos em Recursos Humanos, medicamentos, imunizações anteriormente inexistentes como: leitos de risco, teste do recém-nascido e programas como doenças respiratórias e desnutrição.

MARCADOR : ACESSO

Interrogadores	Indicadores	Resultados
- Houve aumento da capacidade instalada?	2.1 Evolução da rede física própria e contratada.	2.1 Houve uma expansão da rede de serviços próprios, cresce saúde mas também em unidades especializadas, centros de rede conveniada passou a ser gerida pelo serviço público hospitais conveniados e leitos disponíveis, em parte resultante
- Recursos Humanos: aumentou o número e a qualificação?	2.2 Recursos Humanos. 2.2.1 Incorporação de Recursos Humanos 2.2.2 Capacitação da força de trabalho.	2.2.1 Ampliação de postos de trabalho de 6452 (1992) para 96 de 50,2%. 2.2 .2 Iniciativas: Curso de Especialização em Gerência -GI em nível de pós-graduação; Curso de Profissionalização de 103 auxiliares; Profissionalização do Técnico de Higiene seminários do Projeto Vida e outros.
- Qual a cobertura?		
- Universalizou a atenção?	2.3 Cobertura ambulatorial. 2.3.1 Evolução da oferta de serviços ambulatoriais próprios.	2.3.1 Aumento dos procedimentos ambulatoriais no período básicos passaram de cerca de 6,7 milhões para 14,8 milhões; ; de cerca de 1,4 milhão para 2,3 milhões; procedimentos radio 144 mil, exames complementares, de cerca de 1,1 mil especializadas, de cerca de 4 mil para 36 mil.
- Atende aos usuários?		
- Incorpora outras necessidades ou seleciona aquelas de maior impacto?	2.3.2 Cobertura de consultas médicas aos residentes.	2.3.2 A oferta de consultas básicas aos residentes ficou abaixo cons.hab/ano); na pediatria o índice encontra-se pouco abaixo (0,3 consultas) para uma necessidade entre (0,31 a 0,46 cons. clínica médica. Nas consultas especializadas, embora o índice preconizados, existe déficit em determinadas especialidades (ortopedia, dermatologia). A oferta de consultas de urgência ta
	2.4 Incorporação de outras necessidades em saúde.	2.4. O SUS/BH procurou implantar projetos universalizantes determinados grupos. Foram incorporadas outras necessidades doenças respiratórias, que buscou maior vínculo entre a respiratórias de repetição (asma), reduzindo a reinternação e redução no atendimento do serviço de urgência.

MARCADOR: EFICÁCIA

Interrogadores	Indicadores	Resultados
- O projeto de intervenção trouxe resultados positivos?	<u>Morbidade ambulatorial</u>	3.1.1 Processo de trabalho dos CS priorizava entrada de retornos, aumento do acesso para os casos agudos - doenças respiratórias lev melhor captação de agravos e riscos. Redução dos diagnósticos ig qualidade da assistência. Média de atendimentos agudos de 49,75% entrada das crianças com CID agudos, possibilitando acompanhamen
- Aumentou a eficácia das diversas ações?	3.1.1 Atendimento aos casos agudos na pediatria.	
	3.1.2 Comparação do atendimento dos casos agudos na pediatria nas unidades com e sem acolhimento.	3.1.2 O atendimento em pediatria aos pacientes agudos nos CS com 45% (1994) para 58% (1996). Enquanto nos CS sem acolhimento (1996).
- Impactou o modelo de atenção?	3.1.3 Distribuição de atendimentos realizados pela equipe do Acolhimento.	3.1.3 A equipe de acolhimento dobrou a capacidade de resposta usuários para consulta médica; 37,% receberam atendimentos de enfermagem; para 8% foram solicitados exames laboratoriais, e par O novo fluxo abriu novas respostas para os usuário, já que anterior consultas médicas.
- Quais indicadores o demonstram?	3.1.4 Morbidade ambulatorial na ginecologia e obstetrícia.	3.1.4 Maior causa de atendimento na ginecologia é pré-natal atendimento. Ocorreu ainda aumento no planejamento familiar (53,4 também os atendimentos ginecológicos e o exame preventivo de cânc
- Buscou tornar mais equânime a rede?	3.2 Cobertura Vacinal	3.2 Boa cobertura vacinal em menores de um ano, níveis acima de 9 de desabastecimento nacional.
	3.2.1 Evolução das doenças imunopreviníveis.	3.2.1 Redução doenças imunopreviníveis: difteria, coqueluche, caxur

MARCADOR: EFICÁCIA (continuação)

Interrogadores	Indicadores	Resultados
	<p><u>Morbidade Hospitalar</u></p> <p>3.3.1 Evolução das internações em Belo Horizonte.</p> <p>3.3.2 Internação de menores de 28 dias por local de residência.</p> <p>3.3.3 Internação de crianças entre 28 dias e 1 ano por local de residência.</p>	<p>3.3.1 No período de 1993 a 1996 ocorreu uma redução na ordem de 18,7%, maior que a queda nacional. hospitais conveniados, atuação do Controle e descredenciando hospitais. A redução ocorreu em menores de 14 anos.</p> <p>3.3.2 Houve redução (-40,2%) na internação em Belo Horizonte, permanecendo igual na DRS Metropolitana causas perinatais, septicemia, anomalias congênitas</p> <p>3.3.3 Entre 28 dias e 1 ano residentes no município internações por: pneumonias (-34,8%), diarreia/bronquite/asma (-29,2%) e desnutrição (-84,6%), crianças residentes na região metropolitana, que importantes ou até aumento, exceto na desnutrição por diarreia, pneumonias e bronquite/asma ainda são</p>

MARCADOR: EFICÁCIA (continuação)

Interrogadores	Indicadores	Resultados
	<p><u>Acompanhamento de grupos de risco ou prioritários</u></p> <p>3.4.1 Visitas aos RN do programa de Vigilância à Mortalidade Infantil.</p> <p>3.4.2 Acompanhamento dos menores de 1 ano do programa de Vigilância à Mortalidade Infantil na rede.</p> <p>3.4.3 Prevalência da Desnutrição.</p> <p>3.4.4 Captação dos desnutridos.</p> <p>3.4.5 Acompanhamento dos desnutridos do programa.</p> <p>3.4.6 Mudança do grau nutricional entre desnutridos acompanhadas.</p> <p>3.4.7 Morbidade ambulatorial, hospitalar e mortalidade por desnutrição no município.</p> <p>3.4.8 Evolução do percentual de aleitamento na rede básica.</p> <p>3.4.9 Acompanhamento das gestantes.</p>	<p>3.4.1 Das 2.754 crianças de risco (residente em área de risco adolescente ou mãe analfabeta), em 1994, e 2.728 em 1995, 6 respectivamente visitados nos seus domicílios.</p> <p>3.4.2 Em julho de 1996 foram acompanhadas 52,8%; crescendo 1 Seguiu-se uma tendência de decréscimo, chegando a 52,1% descontinuidade da Avaliação de Desempenho.</p> <p>3.4.3 Embora os estudos empreguem metodologias diversas, desnutrição em Belo Horizonte de 8% em menores de 2 anos desnutridos em 1997 (estimativa do Ministério da Saúde (MS).</p> <p>3.4.4 A evolução de crianças inscritas no programa foi crescen inscritos em 1997.</p> <p>3.4.5 O acompanhamento foi de 60,3% no II Quadrimestre d havido um grande aumento na captação dos desnutridos, houve III Quadrimestre de 1997, tanto por dificuldade operacional do s Avaliação de Desempenho.</p> <p>3.4.6 Desnutridos acompanhados, seguindo o protocolo, aprese nutricional, sendo a melhora de: 31,3% entre os desnutridos leve; e 60% entre os desnutridos graves. A evolução das crianças q melhora: de 10,9%, entre os desnutridas leves e de 20 a 25% entr</p> <p>3.4.7 Houve um declínio do diagnóstico de "desnutrição" na rede para 3,3% (1996). Houve acentuada diminuição das internações e por desnutrição (-84,6%). O mesmo ocorrendo em relação à passando de terceira causa com 12,3% em 1993 e para quinta cau</p> <p>3.4.8 A média de aleitamento exclusivo foi de 32% em 1996; 33,2 um aumento de cobertura no período do público de maior vulner na rede pública municipal.</p> <p>3.4.9 Ocorreu um aumento nas gestantes inscritas passando de acompanhamento sofreu um declínio de 61% para 18% no períoc ano de 1997, pelo desestímulo no preenchimento das boleta Desempenho e dificuldade operacional da rede.</p>

MARCADOR: EFICÁCIA (continuação)

Interrogadores	Indicadores	Resultados
	<p><u>Mortalidade Infantil</u></p> <p>3.4.10 Evolução da Mortalidade Infantil em Belo Horizonte.</p> <p>3.4.11 Mortalidade Neonatal.</p> <p>3.4.12 Mortalidade Pós-Neonatal.</p> <p>3.4.13 Evolução da Mortalidade Infantil por Distritos e o estudo das <i>Brechas Redutíveis</i>*.</p> <p>3.4.14 A Mortalidade Infantil em Belo Horizonte por área de abrangência dos centros de saúde, 1994/1996.</p>	<p>3.4.10 Houve uma diminuição do CMI, passando de 25,8/1000 em 1996, representando uma redução.</p> <p>3.4.11 Coeficiente de Mortalidade Neonatal passou de 18,9 (1993) para 17,2/1000 em 1996. O declínio.</p> <p>3.4.12 A mortalidade pós-neonatal reduziu de 43% totalizando uma queda de 43% no período.</p> <p>3.4.13 No ano de 1993, o DS Barreiro apresentou o maior coeficiente de mortalidade infantil entre os Distritos, correspondente a 1,13 vezes o CMI do Distrito de menor mortalidade. A brecha foi reduzida continuamente e progressivamente até 1996, apresentando estabilidade, praticamente sem redução (0,54).</p> <p>3.4.14 Também ocorreu redução do CMI nas áreas apresentaram CMI acima de 50/1000, e as áreas com esse coeficiente. Em 1994, vinte e nove áreas apresentaram CMI acima de 50/1000, caindo para apenas cinco áreas em 1996. O número de áreas com CMI abaixo de 35/1000 e se maior homogeneidade na distribuição dos centros de saúde intra-urbanas.</p>

* "*Brechas redutíveis*" permitem interpretar os coeficientes de mortalidade, em comparação com outros grupos sociais que se estabelecendo-se uma taxa de referência, com a qual se compara o quanto poderia ainda ter sido atingido na redução da mortalidade.

MARCADOR: PUBLICIZAÇÃO

Interrogadores	Indicadores	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> - Como se deu o processo de construção da participação popular? - Houve ampliação ou investimento nessa área? - Houve comprometimento com os fóruns de decisão coletiva? 	4.1 Fóruns de concertamento democrático.	4.1 A participação popular se deu nas definições de governo. Eram 20 comissões, em 1993, para organizarem Conselhos Distritais em todos os setores envolvidos no processo. O Conselho constituiu definindo pautas, apontando diretrizes, fiscalizando e também critica-lo. Ocorreram no período duas reuniões periódicas do Conselho municipal de inúmeros fóruns e debates com trabalhadores e
<ul style="list-style-type: none"> - No âmbito do Projeto Vida, a gestão possibilitou o controle do setor conveniado? - Possibilitou espaços de construção coletiva da proposta? - Integrou trabalhadores e usuários no processo decisório? 	4.2 A publicização da gestão nas Unidades de Saúde. 4.2.1 Retornos das consultas médicas.	4.2 Foram criados espaços de construção com diversos atores no processo (dirigentes, trabalhadores), incluindo dirigentes intermediários e locais. Produziram formas de governar a organização. 4.2.1 Houve maior publicização da discussão sobre as consultas médicas, que resultou em uma reestruturação clínica médica.
<ul style="list-style-type: none"> - Qual avaliação que os diversos atores fazem do processo? - No processo de trabalho dos centros de saúde, houve publicização da gestão? 	4.3 Indicadores ruidosos da Avaliação de Desempenho.	4.3 A Avaliação de Desempenho possibilitou a participação coletiva da equipe sobre as suas práticas. O indicador em outra conotação, forçando a prática da "cerca", Isso forçou discussões e na Conferência de Saúde impedindo a prática. No caso de indicadores da saúde começaram a forçar "alta por abandono" dos usuários das metas. O que resultou na ampliação da discussão de articular ações conjuntas com a Saúde Mental e abordagem às famílias e busca de alternativas com
<ul style="list-style-type: none"> - Produziu novos coletivos de trabalho? - Novas formas de governar a organização? 	4.4 O Acolhimento na perspectiva dos diversos atores: COREN, Sindicato dos Médicos e Conselho Municipal de Saúde.	4.4 A implantação do acolhimento teve aprovação nas Conferências), embora sua implantação tenha sido questionada por trabalhadores da saúde, representantes sindicais questionassem, acabaram por apoiá-lo.

MARCADOR: PUBLICIZAÇÃO (continuação)

Interrogadores	Indicadores	Resultados
	<p>4.5 <u>Pesquisa de avaliação do Acolhimento.</u> 4.5.1 Avaliação dos Gerentes e trabalhadores</p> <p>4.5.2 Avaliação dos usuários.</p>	<p>4.5.1 Gerentes e trabalhadores afirmaram preferência pelo acolhimento 95% e 72,7% respectivamente. De acesso aos casos agudos nas unidades (62%), ; humanização no atendimento aos usuários (26,1%). Os fatores negativos: inadequação da área física (9,5%), pouco acesso à implantação (9,5%).</p> <p>4.5.2 A avaliação do usuário confirmou a garantia de acesso a 73%; percebeu a priorização do agudo em 86% da unidade (86%).</p>
	<p>4.6.1 Estratégias propostas na gestão do setor conveniado no âmbito do Projeto Vida.</p> <p>4.6.2 Evolução do número de leitos de risco.</p>	<p>4.6.1 -1994 Belo Horizonte assumiu a Gestão de controle e avaliação e a gestão pública do setor conveniado no âmbito do Projeto Vida: redesenho do fluxo, ampliação de leitos de qualidade. Ainda existem inúmeros problemas a serem implantados e o monitoramento da qualidade de atendimento.</p> <p>4.6.2 Para ampliação dos leitos foi definida tabela de convênios/parceria com o setor conveniado visando a implementação de projetos junto ao REFORSUS para ampliação de novos leitos para recém-nascidos de risco. Ainda existem poucos leitos, pois apesar da ampliação ainda permanecem poucos leitos.</p>

MARCADOR: NOVAS TECNOLOGIAS DE TRABALHO

Interrogadores	Indicadores	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> - Quais as novas ferramentas introduzidas no processo de trabalho? - Surgiram novas formas de fabricar e produzir a política? - Essas ferramentas foram incorporadas no cotidiano das equipes? - Produziram mudanças? - Possibilitaram maiores espaços de conversa, de expressão? - Os trabalhadores ocuparam os espaços do trabalho, transformando a gestão menos privada e mais coletiva? 	5.1 Os instrumentos utilizados.	5.1 Os instrumentos empregados foram: a fluxograma, protocolo assistencial e alguns indi
	5.2 Mudanças produzidas pelos instrumentos.	<p>5.2 -O fluxograma publicizou os fluxos, o 1 ferramenta para reflexão da equipe, mostra distintos de governar a instituição, provocand cotidiano.</p> <p>- A Avaliação de Desempenho permitiu às ec constituiu-se em uma estratégia de gestão, a p alcançados, pactuação coletiva em torno do pr indicadores, estabelecimento de metas, ava trabalhadores, aprofundamento de reflexões sob do trabalho. Suas contradições: engessame implantação das equipes de acolhimeto, não 1 Enfim representou potente dispositivo de mudar - O protocolo assistencial surgiu demandada da atribuições entre as categorias, bem como da pa</p>
	<p>5.3.1 O papel da Avaliação de Desempenho como propulsora do acolhimento.</p> <p>5.3.2 O percentual de utilização das ferramentas e instrumentos gerenciais pelas equipes.</p> <p>5.3.3 Avaliação da integração do processo de trabalho das equipes.</p>	<p>5.3.1 O Acolhimento foi implantado no final c para 67 e outros 7 CS em 1997. Em 1996 hou de outubro (10) e novembro (18). Atribui-se existência de equipe de <i>Acolhimento</i> enquanto r</p> <p>5.3.2 Dados coletados em pesquisa mostrarz utilizavam os protocolos assistenciais, enquanto O Fluxograma era utilizado em 67% das ec aplicaram.</p> <p>5.3.3 Quanto à integração da equipe, 66% dos ; de trabalho integrado, e avaliavam a equipe coi periódicas de avaliação eram feitas por 72% periódicas de avaliação estabelecem, de ce interlocução coletiva, o espaço do debate, das ti trabalhador coletivo, construindo prática multidisplinares</p>

MARCADOR: SUSTENTABILIDADE

Interrogadores	Indicadores	Resultados
<ul style="list-style-type: none">- O que determina a implantação de um determinado projeto?- Quais as forças que disputam?- O que faz um determinado projeto se tornar hegemônico?- Quem o sustenta?- Algum ator, em especial o Conselho de Saúde, conseguiu determinar a agenda governamental?- A institucionalização de um projeto é suficiente para garantir a sua continuidade?	6.1. Condições para a ascensão de um projeto.	6.1 A implementação de um dado projeto deve ocorrer : política e, no caso de modelo tecno-assistencial segundo alicerçado na quebra da hegemonia e instalação de novos
	6.2 Fatores que diminuem a governabilidade na sustentação do projeto.	6.2 A desestruturação de projetos referenciados no SUS forças conservadoras. Quando a ruptura ocorre dentro popular, podemos discutir justificativas como: ir conjunturais, como dificuldades financeiras do governo formato de gestão; recomposição do leque de aliança; anterior com o núcleo de poder do governo; disputas sinc Outro fator importante ocorre pelas disputas travadas projetos do campo democrático popular na saúde não são Por trás desse contraponto, estão colocadas divergências uma transição rumo ao PSF, além de consolidar formas junto ao governo Federal, reduz também os momentos e modelos definidos centralmente. Além de um outro e privado, onde o estado tem o papel subsidiador do setor de saúde. Em Belo Horizonte esse debate esteve presente, rest tentativa de se implantar o Programa de Saúde da Família sobre quais os passos a serem dados, teve início importantes, além de se estabelecer outra relação com o priorizando aspectos importantes da gestão, o que, acarretou importante déficit no custeio geral, penalizando

MARCADOR: SUSTENTABILIDADE (continuação)

Interrogadores	Indicadores	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> - Como produzir novos atores políticos consolidados? - Qual o grau de sustentabilidade nos micro-processos de trabalho? - Só a direção do executivo garante os projetos? - Será possível a criação de estruturas técnicas permanentes? 	<p>6.3 Atores que garantem a continuidade do projeto e seus movimentos.</p>	<p>6.3 Um determinado projeto se mantém quando produz atores, que o sustentam no plano da política e no processo de permanente disputa, pois aí se travam projetos torna-se muito difícil se não se ocupa o poder por gestores, o movimento popular ou sindical muito ativo. Embora tenham se esboçado inicialmente movimentos como manifestos, apoio junto à imprensa, abaixo-assinado do PT, esse movimento tende a silenciar-se, ou perder capacidade de definir agendas e de sustentar-se no plano de trabalho ou do cotidiano.</p> <p>Um ator importante foi o Conselho Municipal de Saúde que não conseguiu definir sem sucesso as agendas, inclusive a discussão de menos três anos de oposição do movimento popular através de fóruns de denúncia e confrontação com o Projeto de Lei de denúncia ao Ministério Público de priorização de ações que culminaram no afastamento do secretário da direção do Conselho não conseguir tornar-se hegemônico, exercer o poder de oposição.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - O projeto tornou-se instituído? - Continua sendo operado? 	<p>6.4 Índícios de continuidade do projeto não hegemônico ou outras formas de resistência.</p>	<p>6.4 Ações relativas ao Projeto Vida, por serem realizadas na rede pública, como: acompanhamento de imunização, o programa de combate à desnutrição, o tratamento de doenças respiratórias, dentre outras. Ocorreu desenvolvimento de menor potência no acompanhamento do movimento de resistência trabalhadores contribuiu para a implementação de um projeto de mudança, em algo instaurado no projeto físico das novas unidades de saúde, ao denunciar o "acolhimento", ou no sistema de informação, ou no "equipes inseridas no acolhimento", ou na placa de identificação da equipe de acolhimento nos Centros de Saúde. Evidentemente que teimam em manter equipes de fato acionadas e cercadas de limites. São tentativas de resistência em manter a chama, esperando os ventos da mudança.</p>

Anexo 3 - Artigo aceito para publicação no Cadernos de Saúde Pública

**A MORTALIDADE INFANTIL EM BELO HORIZONTE POR ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DOS CENTRO DE SAÚDE, 1994/1996**

**ANALYSIS OF THE INFANT MORTALITY IN DIFFERENT GEOGRAPHIC AREAS
OF HEALTH CENTERS, IN BELO HORIZONTE (1994/1996)**

Deborah Carvalho Malta¹

Maria Cristina de Mattos Almeida²

Maria Angélica de Salles Dias³

Emerson Elias Merhy⁴

¹. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e doutoranda da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - R. Gravataí 40/201 Serra- 30240/070 Belo Horizonte / MG.

dcmalta@uol.com.br

². Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - Sistema de Informação

Av. Afonso Pena, 2336 – 9ºandar, Funcionários 30130-007 Belo Horizonte, MG
crisrina@horiz.com.br

³. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Núcleo de Epidemiologia

Av. Afonso Pena, 2336 – 9ºandar, Funcionários 30130-007 Belo Horizonte, MG

nucleoep@pbh.gov.br

⁴. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - Cidade Universitária Zeferino Vaz ,
Distrito de Barão Geraldo - FCM/DMPS - Caixa Postal 6111 - CEP - 13083-970, Campinas SP.

Resumo

A análise das condições de saúde referenciadas territorialmente constitui-se em importante campo de estudo para evidenciar as desigualdades regionais e intra-urbanas. O trabalho pretende identificar os diferenciais intra-urbanos em Belo Horizonte, estudando os coeficientes de mortalidade infantil (CMI) nas diversas áreas do município e avaliando sua evolução no período 1994/1996. Foram utilizados os dados do SINASC e SIM dos anos de 1994 e 1996, bem como mapas temáticos, com o recorte geográfico das "área de abrangência" dos centros de saúde. Para o cálculo dos CMI dessas áreas, visando corrigir possíveis flutuações aleatórias, em decorrência de números pequenos e instáveis, aplicou-se o método Bayesiano empírico. Verificou-se redução do CMI global do município em 24,4% entre 1994 e 1996. Também ocorreu redução do CMI nas áreas de abrangência. Em 1994, oito áreas apresentaram CMI acima de 50/1000, e em 1996 não foi observada nenhuma área com esse coeficiente; em 1994, vinte e nove áreas apresentaram CMI entre 35 a 50/1000, caindo para apenas cinco áreas em 1996; em 1996, observou-se um maior número de áreas com CMI abaixo de 35/1000 em relação a 1994. Em 1996, verificou-se maior homogeneidade na distribuição dos CMI, reduzindo as desigualdades intra-urbanas.

Palavras-chaves: Coeficiente de Mortalidade Infantil, análise pequenas áreas, iniquidade

Abstract

Analysis of health conditions by geographic areas highlights regional and intra-urban inequalities. This work intends to identify intra-urban discrepancies in the city of Belo Horizonte, studying the Infant Mortality Coefficients (IMC) in the several areas of the municipal district and evaluating their evolution from 1994 to 1996. This study utilizes data from 1994 to 1996 regarding birth and death registrations (SINASC and SIM). It also uses “theme maps” related to geographic areas of the Health Centers of the city in order to demonstrate the differences in their infant mortality coefficients. The empirical Bayesian method was applied in order to correct possible random fluctuation in IMC due to small and unstable numbers. A 24.4% reduction in the global coefficient was verified in the city between 1994 and 1996. Decrease also occurred in the health centers areas. In 1994, eight areas presented IMC above 50/1000 while in 1996 no area reached that coefficient; in 1994, twenty nine areas presented IMC from 35 to 50/1000, reducing to only four areas in 1996; in 1996 a larger number of areas was observed with IMC below 35/1000 compared to 1994. In 1996, more homogeneous levels was verified in the distribution of IMC, reducing intra-urban inequalities.

Key words: Infant Mortality Coefficient; Small-Area Analysis; Inequality.

Introdução

Durante as últimas décadas, na maioria dos países da América Latina, tem ocorrido mudanças significativas na situação de saúde, que se traduziram em reduções importantes das taxas de mortalidade específicas nas idades mais jovens, sobretudo em menores de 5 anos. No entanto, por trás dessas melhorias aparentes na realidade sanitária, esconde-se uma realidade de profundas desigualdades entre países e, no interior de cada país, entre setores sociais. Existem fortes evidências de que a desigualdade exerceu impacto negativo sobre as condições de vida de grandes setores da população durante os anos 80 e início dos 90. Também aumentou o número de pessoas vivendo em condições de pobreza, avaliado em cerca de duzentos milhões na América Latina (Castellanos, 1997).

O tema da desigualdade em saúde se mantém com a maior atualidade, dado o modelo de desenvolvimento econômico implementado no continente na década de 90, que avança acompanhado de uma política social que acentua a exclusão social, a desigualdade, gerando um maior contingente de desempregados, de menores de rua, sem teto, enfim de uma massa crescente de excluídos socialmente. Assim esse tema torna-se pauta importante dos movimentos sociais (Barros, 1997), das administrações democráticas populares, enfim dos segmentos comprometidos com o avanço das políticas públicas.

Observa-se que a Epidemiologia “descritiva” – descrição e análise de padrões de distribuição de eventos de saúde e, mesmo, de fatores de risco em diferentes segmentos de populações, em espaços diversificados – visa a identificação de “diferenças” observáveis em incidências e

prevalências de doenças ou taxas de mortalidade. É o achado de “diferenças” que alimenta o desenvolvimento de hipóteses, especulações, análises epidemiológicas, decisões e intervenções (Barros, 1997).

Um campo de estudo que vem se desenvolvendo no sentido de evidenciar as desigualdades consiste na análise das condições de saúde referenciadas territorialmente. Assim, a concepção do espaço passa a ser compreendida não só numa dimensão ecológica, natural ou administrativa, mas do espaço social e historicamente constituído como expressão de transformações sociais e de formas sociais específicas de ocupação (Santos, 1985; Santos, 1991; Barros, 1997; Najar & Marques, 1998; Assunção et al., 1998).

Diversos autores têm estudado os diferenciais intra-urbanos, buscando identificar as desigualdades e gerando assim possibilidades de sua superação (Granda & Breil, 1989; Castellanos, 1997; Barros, 1997; Akerman, 1997).

As iniquidades sociais nos perfis de mortalidade e condições de vida constituem as principais barreiras para o avanço e melhoria da situação de saúde. Dessa forma, as políticas de saúde deveriam considerar não somente os critérios de eficiência, mas também a definição do impacto potencial, da redução da mortalidade e na melhoria das condições de vida das populações marginalizadas (Castellanos, 1997).

Torna-se importante desenvolver sistemas de análise e de vigilância do impacto das políticas econômicas e sociais sobre a situação de saúde e as condições de vida dos diferentes setores da população, que deveriam se vincular aos níveis decisórios, contribuindo "com os esforços de

tornar prioritários os setores e territórios mais empobrecidos, assim como a adequação das intervenções a seus perfis de problemas prioritários” (Castellanos, 1997). Na medida em que os serviços de saúde incorporem o conceito das desigualdades sociais, assumindo a incumbência das ações relativas a populações social e territorialmente definidas, a lógica concentradora do sistema tenderia a alterar-se e reverter-se (Barros, 1997).

Análise dos dados espaciais em saúde e o monitoramento das desigualdades

Em 1854, John Snow descrevia que em Londres a mortalidade pela cólera era mais elevada nas residências servidas por uma das companhias de água que abastecia a cidade e captava a água diretamente do rio Tâmesa, abaixo do ponto onde eram lançados os esgotos da cidade. Dessa maneira, quase meio século antes das descobertas da microbiologia, a incorporação da categoria "espaço" na análise da distribuição da doença permitiu a hipótese de uma associação causal (Rosen, 1994). Modernamente, foram incorporados outros conhecimentos como a geografia, sendo desenvolvidas técnicas e modelos estatísticos de análise da distribuição espacial das doenças. Assim, o geoprocessamento vem surgindo enquanto um campo promissor, auxiliando a Epidemiologia e a Saúde Pública na compreensão dos fenômenos relacionados à dinâmica da distribuição das doenças (Najar & Marques, 1998).

Segundo Assunção et al. (1998), os mapas temáticos constituem-se em poderosos instrumentos na análise espacial do risco de determinada doença, podendo listar-se três objetivos principais: o primeiro consiste na descrição e simples visualização da distribuição espacial do evento na região de interesse; o segundo, exploratório, consiste em sugerir os determinantes locais do evento e

fatores etiológicos desconhecidos, que possam ser formulados em termos de hipóteses a serem investigados posteriormente; o terceiro objetivo seria o de apontar associações entre o evento e seus determinantes.

Utilizando os mapas temáticos no estudo da distribuição da mortalidade infantil em municípios de Minas Gerais, Assunção et al. (1998) concluem pela forte correlação espacial entre as taxas, quando municípios vizinhos tendem a ter taxas mais similares, permitindo por exemplo identificar facilmente bolsões com taxas muito elevadas e outras com taxas muito baixas, o que mostra a desigualdade existente entre os diversos municípios mineiros. Entretanto, o mapa revela também seus problemas, como por exemplo a presença de algumas localidades com valores muito discrepantes dos seus vizinhos. Esses valores tão distintos e extremos podem ser causados por flutuação aleatória, sem nenhuma associação com o risco subjacente. Quando o número de nascidos vivos é pequeno, a taxa pode sofrer grandes variações devido a uma pequena mudança no número de óbitos. Esse grau de variabilidade está associado ao tamanho das unidades geográficas de análise, o que acarretará, conseqüentemente, pequenas populações e assim estimativas de risco muito instáveis, impedindo sua comparação e, conseqüentemente, a utilização deste poderoso instrumento - o mapa temático - no estudo de pequenas áreas.

Uma alternativa a essa dificuldade seria utilizar mapas subdivididos em áreas de análises maiores, por meio de agregação das áreas menores. Isto acarretaria perda de informação, já que um dos maiores objetivos de se fazer mapas temáticos seria a identificação de desigualdades em áreas geográficas menos agregadas, identificando áreas de risco para orientar intervenções de saúde pública. Para superar essa dificuldade, Assunção et al. (1998) utilizam o método

Bayesiano. Este método ao estimar o risco de uma pequena área, tem como idéia central o uso de informações das outras áreas que compõem a região de estudo, visando diminuir o efeito das flutuações aleatórias não associadas ao risco. Os valores discrepantes resultantes podem ser estudados sem o temor de haver ocorrido flutuação aleatória causada por populações pequenas, resultando em mapas mais confiáveis e fáceis de interpretar. O método, entretanto, não afeta erros sistemáticos como aqueles causados por sub-registros e isso implica que a sua interpretação requer um conhecimento sobre os dados e as áreas estudadas (Assunção et al., 1998)

Visando avaliar os diferenciais intra-urbanos em Belo Horizonte, o estudo atual procurará identificar os coeficientes de mortalidade infantil nas diversas áreas do município. Serão construídos mapas temáticos, através do geoprocessamento das informações, permitindo-se a comparação entre as áreas de abrangência da cidade, além de avaliar a evolução das taxas entre os anos de 1994/1996. Dessa forma, estaremos investigando a possível existência de sobretaxas em determinadas áreas, auxiliando na compreensão das causas que levam a essas desigualdades.

Material e Métodos

Em 1992, foi implantado na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Como consequência, todos os nascimentos ocorridos nas maternidades do município passaram a ser comunicados à SMSA, através das Declarações de Nascidos (DN). Esse procedimento permitiu a montagem do banco de dados relativo aos nascidos vivos, tornando possível a utilização de denominadores confiáveis e a detecção de RN com maior

risco de adoecer e morrer.

Belo Horizonte é dividido em nove Distritos Sanitários, que se subdividem em áreas de abrangência dos centros de saúde. A definição dessas áreas se deu a partir do processo de territorialização em 1992, levando-se em conta o acesso da população aos serviços, suas barreiras geográficas e malhas viárias. No seu desenho essas áreas levaram em consideração os limites dos setores censitários definidos pelo IBGE e digitalizados pela Empresa de Processamento de Dados do município (Prodabel). Em cada área de abrangência, foram identificadas áreas de risco, levando-se em conta critérios como: tipo de moradias, condições de infra-estrutura urbana, caracterizadas pela presença ou não de água tratada, esgotamento sanitário, pavimentação, iluminação, riscos geológicos e outros riscos socioeconômicos já identificados por outros setores da administração municipal. Estas informações foram complementadas pelas equipes técnicas dos centros de saúde, que se utilizaram de pesquisas do tipo estimativa rápida para consolidar as informações sobre um determinado território a partir de fontes, como as diversas formas de registros, de entrevistas com informantes chaves da comunidade e através da observação direta (Unglert, 1994; Mendes, 1994; Veloso, 1995). Essas áreas foram digitalizadas, passando a integrar a base geográfica do município. Através de um módulo complementar aos sistemas nacionais para registro de nascimentos (SINASC) e de óbitos (Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM) e da base geográfica do município, tornou-se possível o georreferenciamento dos nascidos, dos casos sob vigilância, dos óbitos, dos residentes nas áreas de risco, dentre outros. A variável "área de abrangência" de residência foi incluída no banco de dados a partir de 1995.

A SMSA através do Núcleo de Epidemiologia (NEPI), estruturou o banco de dados do Sistema de Mortalidade (SIM) em 1993 e 1994, a partir da digitação das cópias xerográficas das declarações de óbito obtidas na Fundação João Pinheiro (FJP), órgão estadual responsável, na época pelo sistema de informação de mortalidade. Após este período, as declarações passaram a ser entregues diretamente na SMSA, passando o banco de dados de mortalidade, a ser sistematicamente trabalhado, melhorando-se a qualidade dos endereços, ou seja, os coeficientes atuais espelham a realidade de uma forma mais precisa.

A cobertura do SINASC para Belo Horizonte, após 1993, tem sido próxima dos 100%, já que no SINASC, em 1996, 99,8% dos partos foram hospitalares, sendo emitida a DN em todos os estabelecimentos, e nos demais (0,2%), os próprios cartórios a providenciam no momento do registro do nascimento (Rodrigues, et al., 1997). No caso do SIM, também é obrigatória a emissão da DO, não sendo permitido o sepultamento sem a mesma. Não se tendo conhecimento de cemitérios clandestinos em Belo Horizonte, estima-se em aproximadamente 100% a cobertura do SIM.

Para o estudo atual, foram utilizados os dados do SINASC e SIM dos anos de 1994 e 1996. A delimitação das áreas de abrangência refere-se a definições estabelecidas no ano de 1995. Foram analisadas 118 áreas em 1994, e em 1996 foram incluídas 3 novas unidades, sendo estudadas, portanto, 121 áreas.

Como no ano de 1994 ainda não havia o registro da área de abrangência, os endereços de RN e óbitos foram georreferenciados à base de endereços e logradouros da Prodabel, o que

possibilitava a posterior identificação da área de abrangência correspondente. Em 1411 registros do SIM, 136 não foram georreferenciados (9,6%). No banco de dados do SINASC, após o georreferenciamento ainda permaneceu um grande número registros com área de abrangência ignorada e concentradas no Distrito Noroeste; assim, procedeu-se à distribuição proporcional dos 1537 nascidos no referido distrito, entre as suas áreas de abrangência, levando em consideração a contagem populacional de 1996 de menores de 5 anos (IBGE, 1996). Em 1994, os registros sem área de abrangência determinada no SINASC foram de 5,9% (2443/ 41400).

A partir de 1995, a variável "área de abrangência" passou a ser informada pelos técnicos dos Distritos Sanitários, através do conhecimento das ruas , bairros e mapas destas regiões.

Em 1996, tanto para o SIM quanto para o SINASC, utilizou-se o georreferenciamento dos registros por endereço apenas para complementar aqueles nos quais a "área de abrangência" de residência não estava informada, permanecendo como ignoradas 0,04% (15/41489)no SINASC e em 0,09% (1/1055) no SIM.

Utilizou-se o software Excel para o cálculo dos CMI das "áreas de abrangência". Em 1994, nasceram em Belo Horizonte 41406 crianças; destas, 1411 foram a óbito com menos de 1 ano de vida. Em 1995, nasceram 42153 crianças; destas, 1205 foram a óbito com menos de 1 ano de vida; e em 1996, nasceram 41487 crianças e destas, 1055 foram a óbito com menos de 1 ano de vida.

Foram feitos mapas temáticos, utilizando o software MapInfo, comparando os coeficientes_ de mortalidade infantil por Distrito Sanitário e por área de abrangência. Os CMI por Distrito

Sanitário em 1994 foram agregadas em 4 (quatro) categorias (28,6 a 30,7/1000; 30,7 a 32,3/1000 e 32,3 a 33,4/1000 e 33,4 a 34,7/1000) com faixas pouco amplas. Aqueles referentes às áreas de abrangência foram agregados em 5 (cinco) categorias: mortalidade menor e igual a 10/1000, mortalidade entre 10 e 20/1000, mortalidade entre 20 e 35/1000, mortalidade entre 35 e 50/1000, e mortalidade maior que 50/1000.

Para a estimativa dos coeficientes de mortalidade infantil das áreas de abrangência dos centros de saúde, utilizou-se a abordagem Bayesiana empírica global, com o objetivo de corrigir as possíveis distorções que ocorrem quando se trabalha com números pequenos e instáveis. Este método consiste em um ajuste dos CMI por área em direção ao coeficiente do município, através de um fator de correção, que contempla a variabilidade destas taxas e o número de nascidos em cada área, segundo a seguinte fórmula: (Bailey & Gatrell, 1995)

$$\text{CMIE}_i = w_i * r_i + (1 - w_i) * R$$

Onde CMIE_i é o coeficiente de mortalidade infantil estimado para a área de abrangência i ;

(r_i) é o coeficientes de mortalidade infantil usual da área;

(R) é o coeficientes de mortalidade infantil do município;

(w_i) é o peso, ou fator de correção da área i , que é calculado através de:

$$w_i = v / (v + R / n_i) \quad \text{onde:}$$

(n_i) é o número de nascidos na área;

(v) expressa a variabilidade dos coeficientes, sendo calculado segundo:

$$V = \frac{\sum (n_i * (R - r_i)^2)}{N} - \frac{\sum r_i}{(N / A)}$$

onde:

(N) é o total de nascidos do município;

(A) é o número de áreas de abrangência.

Esses cálculos foram feitos usando-se a planilha do Excel, produzindo-se um coeficiente de mortalidade infantil ponderada para cada área de abrangência, com as quais foram feitas as comparações entre 1994 e 1996.

Resultados

Em Belo Horizonte, no período entre 1979 a 1996, houve uma diminuição do CMI, passando de 64,02 em 1979 para 25,8 óbitos por 1000 nascidos vivos em 1996 (Tabela 1), seguindo a mesma tendência da maioria das capitais do Brasil e da América Latina (Simões & Monteiro, 1995). Esta queda deveu-se à redução dos óbitos infantis tardios por diarreias, pneumonias e desnutrição. No período do estudo, ocorreu um decréscimo do CMI, passando de 34,1/1000 em 1994, para 25,8/1000 em 1996, representando uma redução de 24,4% no coeficiente.

Ao se analisar as áreas dos nove Distritos Sanitários (DS) que compõem o município e que correspondem cada um deles, a um contingente de cerca de 250 a 300 mil habitantes, não se

observa grandes diferenciais na distribuição da mortalidade entre essas áreas. Da mesma forma que o município, também nessas áreas ocorre a redução do CMI observada para o município.

A Figura 1 mostra que os coeficientes entre os distritos se distribuíam em 1994 entre 28,6/1000, menor CMI no DS Noroeste, à 34,7/1000, maior CMI no DS Norte. Embora haja diferença entre os distritos, as realidades geográficas de análise ainda são muito agregadas, dificultando análises e intervenções. Em 1996 ocorreu redução da CMI nos distritos, mas as taxas distritais ainda permaneceram próximas da taxa global do município, variando entre 20 à 30/1000.

Visando avaliar as desigualdades intra-urbanas, focalizando áreas menores e mais homogêneas, estudou-se a evolução da mortalidade infantil no período, localizando com maior detalhamento as mudanças entre regiões menores (as áreas de abrangência). Essas áreas constituem-se territórios mais homogêneos, do ponto de vista do comportamento dos indicadores de morbi-mortalidade. Calculando-se os CMI de forma mais desagregada, torna-se possível avaliar as diferenças ocorridas em áreas menores e propor intervenções necessárias.

Com a aplicação do método Bayesiano, nota-se uma tendência à aproximação dos coeficientes de mortalidade infantil de áreas ao CMI do município, de forma mais evidente naquelas áreas com CMI extremos (superior ou inferior). A Figura 2 compara o CMI de 1994 usual com o CMI de 1994 estimado pelo método Bayesiano empírico. Os valores do coeficiente usual (1994) foram ordenados por ordem crescente. As áreas com CMI 94 estimado, abaixo de 20/1000, tendem a ser mais elevadas que o CMI 94 usual, tendendo a aproximar-se da média do município. Acima deste valor, o CMI 94 estimado tende a ser menor que o CMI usual. A mesma tendência ocorre

no ano de 1996. Dessa forma, os valores discrepantes foram corrigidos, resultando em mapas mais confiáveis e fáceis de interpretar.

A Figura 3 compara o CMI 94 estimado com o CMI 96 estimado, onde os dados foram ordenados pelo CMI 94 estimado. Observa-se que nas taxas abaixo de 30/1000, uma tendência do CMI ser até mais elevado em 1996, enquanto acima desse patamar dá-se uma queda acentuada no CMI, comparando-se 1994 com 1996. A figura mostra também uma tendência à homogeneização do CMI no município, sem discrepância entre as diversas áreas.

Essas informações são melhor percebidas através dos mapas temáticos. As Figuras 4 e 5 mostram os coeficientes de mortalidade infantil de 1994 e 1996 estimados, por área de abrangência. Em 1994, 8 áreas apresentavam coeficiente maior que 50/1000 nascidos vivos, 29 áreas entre 35 a 50/100, 66 áreas entre 20 a 35/1000, em 14 áreas os coeficientes, estavam entre 10 a 20/100 e 1 área com coeficiente abaixo de 10/1000. O cálculo do coeficiente de mortalidade infantil em grandes áreas (Distritos Sanitários) ocultava esses diferenciais (Figura 4).

Ao comparar o CMI com 1996, observa-se que 5 áreas apresentaram coeficientes entre 35 a 50/100, 97 áreas entre 20 a 35/1000 e 19 áreas entre 10 a 20/1000. Não foi observada nenhuma área acima de 50/1000 (Figura 5). Observa-se uma mudança do perfil de mortalidade em Belo Horizonte, com melhoria nas condições de saúde da população infantil, evidenciadas não só pela redução global do coeficiente do município, mas também pela redução do indicador de mortalidade infantil em áreas menores, observando-se uma maior homogeneidade na distribuição dos CMI no município, reduzindo-se assim, as desigualdades intra-urbanas.

Discussão

Os indicadores de mortalidade, embora sejam os mais usados em saúde pública, no interior do Brasil, ainda sofrem de distorções relacionadas à qualidade dos serviços de registros de dados vitais e ao subregistro. Nesse sentido a estruturação de sistemas nacionais de informação, como o SIM e SINASC, contribuiu na melhora da qualidade e confiabilidade dos registros, aliada ao fato de que nas grandes cidades o subregistro de óbitos tem sido mais controlado (Carvalho, 1997). Em Belo Horizonte, a partir de 1993, com a implantação e análise dos bancos do SINASC e SIM no município, houve uma maior confiabilidade nos dados, além da melhora da cobertura (Rodrigues, et al., 1997). Apesar dos avanços, ocorreram alguns problemas nos dados em 1994, como o seguinte percentual de registros com procedência ignorada: SINASC (5,9%) e SIM (9,6%), o que pode resultar em erros sistemáticos. Em 1996, ocorreu uma redução importante dos registros ignorados.

No estudo de Barreto, et al. (1997), são descritas as tendências atuais declinantes da mortalidade infantil em várias sociedades, dissociadas de mudanças de indicadores sociais e econômicos. Entretanto, a mortalidade infantil ainda permanece enquanto um razoável indicador de desigualdades regionais, revelando os desníveis de saúde, as iniquidades e os diferenciais intra-urbanos (Almeida & Rouquayrol, 1992; Barros, 1997; Monteiro, 1995).

No Brasil, vários estudos têm demonstrado a existência de diferenciais de mortalidade infantil entre estratos sociais (Victora et al., 1988; Simões, 1992), entre regiões do país (Simões &

Monteiro, 1995) e áreas de uma mesma cidade (Monteiro et al., 1980; Pain, et al., 1987; Monteiro, 1988). O atual estudo também procura identificar esses diferenciais dentro do mesmo município, através do estudo dos CMI das diversas áreas de abrangência.

Existem diversos recortes espaciais possíveis do município, como o Índice de Qualidade de Vida Urbano (IQVU) que estuda as desigualdades regionais nas 80 Unidades de Planejamento (UP) e o Índice de Condição de Vida (ICV) da Fundação João Pinheiro que aborda as diferenças regionais. Todas essas unidades geográficas foram construídas a partir do setor censitário (SMPL, 1996; FJP, 1996). O atual trabalho utilizou mapas temáticos com o recorte geográfico das "áreas de abrangência" no estudo dos diferenciais intra-urbanos da mortalidade infantil, visando facilitar o planejamento local, delimitando o território do centro de saúde, ou seja, o espaço geográfico, onde se exerce o papel de promoção à saúde, vigiando-se os óbitos e outros eventos considerados evitáveis.

Ao se aplicar o método Bayesiano empírico global, os mapas tornaram-se mais informativos, estimando o risco das áreas de maneira mais precisa, permitindo análise com maior segurança (Assunção, et al., 1998). No atual trabalho utilizou-se o CMI do município para estimativa do CMI das áreas. Entretanto, avaliamos ser importante posteriormente utilizar a estimativa Bayesiana por vizinhança, ou seja, realizar as correções por áreas próximas e estabelecer a comparação com o reajuste empregado no trabalho.

O estudo mostrou ainda a importância de se trabalhar dados de forma desagregada, permitindo a localização espacial em pequenas unidades, o que possibilita evidenciar as desigualdades

acentuadas entre as diversas regiões da cidade (Monteiro et al., 1980; Pain, et al., 1987; Monteiro, 1988; Barros, 1997; Akerman, 1997), mostrando o risco diferenciado das populações residentes em vilas e favelas (áreas de risco) na mortalidade infantil em Belo Horizonte (Malta, et al. 1998).

Os resultados mostram uma redução dos coeficientes de mortalidade infantil no município de Belo Horizonte, em todos os Distritos Sanitários e na maioria das áreas de abrangência das unidades de saúde. A contribuição maior do estudo atual foi a de identificar os diferenciais intra-urbanos em Belo Horizonte, evidenciando as diferenças entre os coeficientes de mortalidade infantil nas diversas áreas do município, mostrando sua evolução, a existência de sobretaxas entre em determinadas áreas, contribuindo assim na percepção de que a cidade não é um todo homogêneo, mas que apresenta suas desigualdades, colocando assim a necessidade de um planejamento em saúde que contemple essas dimensões. Houve uma redução significativa do CMI em determinadas áreas, muitas das quais consideradas áreas de risco, possibilitando assim à cidade tornar-se menos heterogênea na distribuição da mortalidade infantil. Através do mapeamento dessas desigualdades, podem ser traçadas estratégias diferenciadas de intervenção, permitindo a aprendizagem a partir dos erros e dificuldades encontradas na execução das políticas e programas, além de avaliar se as ações em curso têm conseguido reduzir as desigualdades, retornando as informações para os atores diretamente envolvidos, trabalhadores e usuários, permitindo assim que os resultados iluminem a intervenção para mudar rumos e rever estratégias. Numa forma mais renovada de se entender a avaliação das políticas sociais, ela é entendida, enquanto poderoso instrumento para melhorar o desempenho dos programas sociais, como uma instância de aprendizagem que permite reelaborar e melhorar esses programas (Arretche, 1998;

Sulbrandt, 1994).

A adoção do enfoque de risco pelos serviços de saúde em Belo Horizonte, permitiu a análise dos problemas de sua área de atuação, a definição de prioridades e direcionamento de ações aos grupos sociais mais dramaticamente excluídos do atendimento. No caso do combate à mortalidade infantil, o Projeto de Vigilância à Mortalidade Infantil implantado na rede pública municipal em 1994 passou a identificar como grupos sob vigilância e acompanhamento pelos centros de saúde recém-nascidos residentes em áreas de risco e que somavam um dos seguintes critérios: baixo peso (menor que 2.500g), filho de mãe analfabeta ou adolescente (Malta et al. 1998). Estas variáveis eram identificadas através do SINASC e foram selecionadas por serem fatores já relatados na literatura como favorecedores de um maior risco de óbito (Victora, et al. 1989).

A redução do CMI deu-se de forma importante nas regiões de vilas e favelas, o que pode ser atribuído tanto à iniciativas como a vigilância à mortalidade infantil, melhoria na atuação dos serviços de saúde, melhorias na urbanização e saneamento, dentre outras. O atual estudo não consegue isolar o efeito das diferentes variáveis e o seu comportamento na redução da mortalidade infantil, mas permite verificar a queda da mortalidade infantil e das desigualdades no município, tornando-o menos desigual, num curto espaço de tempo. Mesmo diante dessas limitações, torna-se importante este tipo de análise avaliativa, permitindo traduzir essas mudanças para as equipes dos centros de saúde, possibilitando ampliar a responsabilidade sanitária, na condução das ações de saúde, no âmbito local.

Referências

- AKERMAN, M., 1997. Diferenciais intra-urbanos em São Paulo: estudo de caso de macrolocalização de problemas de saúde. In *Equidade e Saúde, contribuições da epidemiologia*. (R.B. Barata, M.L. Barreto, N.F. Almeida, org.), pp. 177 - 186, Rio de Janeiro, Série Epidemiologia 1. Editora Fiocruz/Abrasco.
- ALMEIDA, N.F. & ROUQUYROL, M.Z, 1992. *Introdução à Epidemiologia Moderna*. Belo Horizonte: Editora Coopmed, APCE, Abrasco.
- ARRETCHE, M.T.S., 1998. Tendências no estudo sobre avaliação. In *Avaliação de Políticas sociais: uma questão em debate* (E.M. Rico, org.), pp. 29-39, São Paulo, Cortez, Instituto de Estudos Especiais.
- ASSUNÇÃO, R.M.; BARRETO, S.M.; GUERRA, H.L.; SAKURAI, E., 1998. Mapas de taxas epidemiológicas: uma abordagem Bayesiana. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(4): 713- 723, out-dez.
- BAILEY, T.C. & GATRELL, A.C., 1995. *Interactive spatial data analysis*. Longman Scientific & Technical, Essex, 413p, England.
- BARRETO, M.L.; CARMO, E.H., SANTOS, C.A.S.T.S., 1997. Saúde e população brasileira: mudanças, superposição de padrões e desigualdades. In *Saúde e Democracia, a luta do CEBES*. (S. Fleury, org.). Editora Lemos, São Paulo.

- BARROS, M.B.A.,1997. Epidemiologia e superação das iniquidades em saúde. In *Equidade e Saúde, contribuições da epidemiologia*. (R.B. Barata, M.L. Barreto, N.F. Almeida, org.), pp. 161 - 176, Rio de Janeiro, Série Epidemiologia 1. Editora Fiocruz/Abrasco.
- CARVALHO, D.M., Grandes Sistemas nacionais de Informação em Saúde: revisão e discussão da situação atual. *Informe Epidemiológico do SUS*, ano IV, n. 4, out/dez., 1997. FNS/CENEPI. Ministério da Saúde, Brasília.
- CASTELLANOS, P.D.,1997 Epidemiologia, Saúde Pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In *Equidade e Saúde, contribuições da epidemiologia*. (R.B. Barata, M.L. Barreto, N.F. Almeida, org.), pp. 137-160, Rio de Janeiro, Série Epidemiologia 1. Editora Fiocruz/Abrasco.
- FJP (Fundação João Pinheiro), 1996. *Índice de Condição de Vida nos Municípios de Minas Gerais*, Belo Horizonte, Escola de governo.
- GRANDA, E.& BREILH, J., 1989. Saúde na sociedade. Rio de Janeiro, Cortez editora/ Abrasco.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1996. *Contagem Populacional/1996* CD-ROM.
- MALTA, D.C., FERREIRA, L. M., REIS, A.T., MERHY., 1998. E.E. Acolhimento _ mudando o processo de trabalho em saúde, um relato da experiência em Belo Horizonte, In: *O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público*. (C.R. Campos, D.C. Malta, AT. Reis, AF. Santos, E.E..Merhy, Or.). Editora Xamã VM, Belo Horizonte.

- MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal, 1994. In: *Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (E.V. Mendes, org.). Editora Hucitec, São Paulo
- MONTEIRO, C. A., BENÍCIO, M.H.D.A., BALDIJÃO, M.F.A., 1980. Mortalidade no primeiro anos de vida e a distribuição de renda e de recursos públicos de saúde de saúde, São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 14:515-29.
- MONTEIRO, C. A., *Saúde e nutrição das crianças de São Paulo: diagnóstico, contrastes sociais e tendências*. São Paulo: Hucitec-Edusp.
- NAJAR, AL. & MARQUES. E.C., (org.), 1998. *Saúde e espaço, estudos metodológicos e técnicos de análise*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- PAIN, J.S., COSTA,M.C.N., CABRAL, V., MOTA, I.A., NEVES,R.B.B.,1987. Spatial Distribution of Proportional Infant and certain socioeconomic variables in Salvador, Bahia, Brazil. *Bulletin PAHO*, 27 (1):1-14.
- RODRIGUES, S.C., MAGALHÃES, H.M.J., EVANGELISTA, P.A, LADEIRA, R.M., LAUDARES, S. 1997. Perfil dos nascidos vivos no município de Belo Horizonte, 1992-1994. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, 13(1)53-57, jan-mar.
- ROSEN, G., 1994. *Uma História da Saúde Pública*, Editora Unesp. Hucitec, Abrasco, 2^a edição, São Paulo.

SANTOS, 1985. *Espaço e método*. São Paulo: Nobel.

SANTOS, 1991. *Metamorfoses do espaço habitado. Fundamentos Teóricos e metodológicos da Geografia*. 2. ed. São Paulo:Hucitec, 1991.

SIMÕES, C.C.S & MONTEIRO, C.A, 1995. Tendência secular da mortalidade infantil no Brasil. In: *Velhos e novos males da saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças*. (C.A Monteiro, org.). Editora Hucitec/NUPENS/USP, São Paulo.

SIMÕES, C.C.S., 1992. O estudo dos diferenciais de mortalidade infantil segundo algumas características sócio- econômicas. In: *IBGE/Unicef. Perfil de crianças e mães no Brasil. Aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, p.61-78.

SMSA/BH (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte). *Diagnóstico de saúde da criança em Belo Horizonte,1994-1999*. Núcleo de Epidemiologia/Sistema de Informação/ Departamento de Planejamento e Regulação, 1999b.

_____. *Projeto de Vigilância à mortalidade Infantil*. SMSA/BH. 19p. abr. 1994a. Mimeografado.

SMPL (Secretaria Municipal de Planejamento de Belo Horizonte), 1996. *Índice de Qualidade de Vida Urbana, Belo Horizonte*, Minas Gerais.

SULBRANDT, J., 1994. Avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos usuais. In: *Pobreza: uma questão inadiável*. (B. Kliksberg, org.) Brasília: ENAP,1994.

UNGLERT, C.V.S.,1994. Territorialização em sistemas de saúde. In: *Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (E.V. Mendes, org.). Editora Hucitec, São Paulo

VELOSO, B.G., 1995. *Distrito Sanitário e território - construindo a descentralização no município de Belo Horizonte/MG*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

VICTORA, C.G., BARROS,F.C., VAUGHAN, J.P., 1988. *Epidemiologia da desigualdade*. São Paulo: Hucitec.

Tabela 1: Série histórica dos coeficientes de mortalidade infantil, Belo Horizonte por 1000 nascidos vivos 1979 a 1996

Ano	Coeficiente de Mortalidade Infantil
1979	64,0
1980	57,4
1981	54,1
1982	54,8
1983	46,5
1984	44,8
1985	42,5
1986	38,7
1987	41,7
1988	43,9
1989	36,6
1990	36,5
1991	36,7
1992	39,2
1993	34,4
1994	34,1
1995	28,5
1996	25,8

Fonte: Dados de 1979 a 1992 (SMSA/BH, 1994) - Projeto de Vigilância à mortalidade infantil; dados de 1993 a 1996 (SMSA/BH, 1999) - Diagnóstico de Saúde da criança. Núcleo de Epidemiologia/SI/DEPLAR