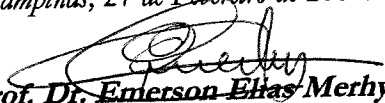


HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

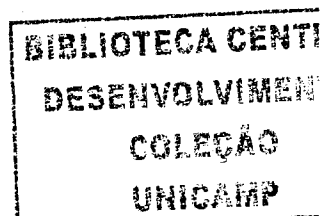
Campinas, 21 de Fevereiro de 2006.


Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Orientador

**O DESAFIO DE CONSTRUIR E REGULAR REDES
PÚBLICAS, COM INTEGRALIDADE, EM SISTEMAS
PRIVADO-DEPENDENTES: a experiência de Belo Horizonte**

CAMPINAS

2006



HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

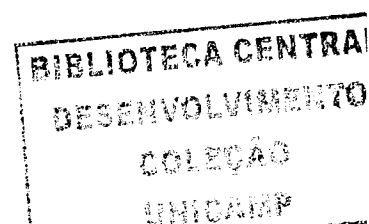
**O DESAFIO DE CONSTRUIR E REGULAR REDES
PÚBLICAS, COM INTEGRALIDADE, EM SISTEMAS
PRIVADO-DEPENDENTES: a experiência de Belo Horizonte**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor
em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: PROF. EMERSON ELIAS MERHY

CAMPINAS

2006



NIDADE BC
CHAMADA UNICAMP
M27d
EX
DMBO BC/ 20162
ROC 16.12306
D X
REÇO 44.00
ATA 23109606
CPD

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

16 ID 338108

M27d

Magalhães Júnior, Helvécio Miranda

O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte. / Helvécio Miranda Magalhães Júnior. Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientador : Emerson Elias Merhy

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde Pública. 2. Medicina. 3. Sistema Único de Saúde. I. Merhy, Emerson Elias. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

(sln/fcm)

Título em inglês : Challenge of building and regulating public health care networks in dependent private systems: the experience in Belo Horizonte

Keywords: • Public Health

- Medicine
- SUS

Área de concentração : Saúde Coletiva

Titulação: Doutorado em Saúde Coletiva

Banca examinadora: Prof Dr Emerson Elias Merhy

Prof Dr Luiz Carlos de Oliveira Cecilio

Prof Dr Rúben de Araújo Mattos

Profa. Dra. Déborah Carvalho Malta

Profa. Dra. Alzira de Oliveira Jorge

Data da defesa: 21-02-2006

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Membros:

1. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

2. Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

3. Profa. Dra. Déborah Carvalho Malta

4. Profa. Dra. Alzira de Oliveira Jorge

5. Profa. Dra. Silvia Maria Santiago

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 21/02/2006

DEDICATÓRIA

Aos usuários do Sistema Único de Saúde, sentido maior de todo este trabalho, e aos trabalhadores de saúde, especialmente os da rede municipal de Belo Horizonte, que fazem deste sentido uma realidade a cada dia!

E à minha querida Belo Horizonte!

Aos companheiros de trabalho, há 18 anos, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; para não ser injusto com ninguém, não citarei nenhum nome. Todos vocês me fizeram, ao longo do tempo, acreditar que é possível unir amizades profundas e militâncias políticas comuns ao caminho profissional como técnicos e gestores de um enorme sistema de saúde, aprendendo e reaprendendo a cada dia o significado de produzir saúde e contribuir para a justiça social, principalmente para os que mais precisam da afirmação das políticas públicas para defender suas vidas e sua felicidade. Ao longo deste trabalho, vocês aparecerão o tempo todo, porque são também os seus produtores. Meu esforço maior foi tentar dar conta de sistematizar e também de refletir academicamente sobre a enorme experiência acumulada nesta que é uma das melhores equipes de saúde pública do país, à qual tenho muito orgulho de pertencer.

Ao amigo fraterno, militante das mesmas causas, companheiro de partido, formulador e gestor público brilhante, o Prefeito de Belo Horizonte, Fernando Pimentel, pela sensibilidade e apoio incondicional em todos os momentos, pessoalmente, na condução da secretaria municipal de saúde e para eu dar conta desta tese. Também, por me ensinar, na política e na administração pública, a tentar fazer sempre diferente e melhor para a nossa população.

Aos companheiros do governo municipal de Belo Horizonte, pela solidariedade irrestrita em todos os momentos, pelo exemplo vivo, várias vezes presente neste estudo, de que, mais do que possível, é absolutamente necessário para o sucesso das políticas públicas, em especial a da saúde, trabalhar de forma integrada, fazendo dos conceitos da intersetorialidade uma ação afirmativa de governo. E aí, agradeço a todos no nome do bravo companheiro Jorge Nahas.

Ao Prof. Emerson Merhy, meu querido amigo e orientador deste trabalho, professor no sentido maior desta palavra, o meu profundo agradecimento pelos ensinamentos durante tantos anos, em especial nestes últimos do doutorado, pelo brilhantismo e generosidade intelectual, por reafirmar em mim a vontade de continuar lutando por um sistema de saúde digno para todos os brasileiros e, finalmente, pela paciência com este aluno difícil. Tenha a certeza de que só consegui superar as imensas dificuldades, e você sabe que foram muitas, com seu apoio incondicional o tempo todo. Obrigado principalmente por não ter me deixado desistir desta empreitada.

À Ledinha e ao Faustinho, verdadeiros co-autores e co-orientadores desta tese, meus amigos eternos, companheiros de militância e de trabalho durante tantos anos, que também foram responsáveis, dentre outras coisas, por eu ter conseguido chegar até o fim da caminhada. Também nisto conseguimos fazer as coisas juntos, o que se transformou num grande prazer; obrigado pela convivência e pelo aprendizado comum.

Aos mestres de toda uma caminhada acadêmica. Muitos foram os responsáveis pela minha formação; não sendo possível falar de todos, registro aqui o meu reconhecimento aos professores da querida Faculdade de Medicina da UFMG, Leonardo Maurício Diniz e Davidson Pires de Lima, exemplos de médicos e mestres. Mas eu agradeço mesmo é pela amizade profunda, já de tantos anos. Estes foram os da clínica, e na Epidemiologia, o meu orientador da especialização, o grande amigo (também na altura!) Henrique Guerra.

Aos militantes da saúde pública – creio que tenho convivido, de alguma forma, com quase todos os seus grandes nomes, nos últimos anos, em especial por força da função, este segmento instigante dos gestores municipais. Obrigado pelo tanto que tenho aprendido com todos e com suas experiências singulares, em especial aos amigos do Conasems, com quem tenho partilhado angústias, aflições, mas também muitas esperanças na consolidação do SUS em todo o Brasil. Foram as suas várias experiências pelo país afora, verdadeiras trincheiras na afirmação cotidiana do SUS, que me animaram a aprofundar o tema desta tese, como contribuição para o debate contemporâneo de nossos desafios.

Por falar em gestor municipal, por tudo o que representa e resume na nossa caminhada, eu agradeço numa distância cósmica e dedico este trabalho a Cézar Rodrigues Campos, eterno Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte! Você nos deixou muito cedo, sem ver muitas das suas idéias e projetos concretizados. Nós, que orgulhosamente somos parte da sua equipe de 13 anos atrás, estamos dirigindo a sua Secretaria com muito de sua orientação e exemplo, e, usando a imagem que você criou para resumir aquela gestão 93-96, mesmo sem o grande maestro, a orquestra continua a sinfonia inacabada, afinando e desafinando, mas também tocando muitas das notas com que você sempre sonhou. Continuamos a libertar os loucos, tratando-os como cidadãos sujeitos de seu destino, trazendo-os de volta para a vida comum, da saúde e da sociedade, e não deixando ninguém mais entrar por aquela rota nefasta dos manicômios, e, principalmente, fazendo desta luta o exemplo para outras buscas e outras lutas. Aliás, a integralidade, tema desta tese, é uma delas!

À minha família, com todo o carinho que, às vezes, a ausência forçada pela correria do dia-a-dia me impede de demonstrar como gostaria. Em especial, à minha mãe, que resume o que há de bom no ser humano. Aos que não estão mais por aqui, e são muitos os que foram importantes e contribuíram com a minha vida, mas certamente meu pai Helvécio, minha avó Geralda e meu tio Rubem, os últimos queridos que não tenho mais visto por aqui, ficariam muito felizes de ver o seu Júnior dando conta de mais esta batalha e estariam na organização da festa de comemoração.

Aos amigos de todas as horas, de vários tempos e diferentes lugares, que me têm feito evoluir sempre e que são sempre um grande orgulho e prazer para mim. Mais recentemente, a convivência feliz com os mineiros das montanhas de Moeda, pertim de Belo Horizonte, tem me ensinado outros sentidos para a vida! Foi lá que eu encontrei paz para terminar este trabalho.

Ao meu amor, Mariana, menina das montanhas, raio de sol que passou a iluminar a minha vida nos últimos tempos, e para não falar de todas as coisas boas, o reconhecimento pelo apoio incondicional em todas as horas, o que foi decisivo para dar conta de mais esta tarefa.

"O senhor...Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão"

(João Guimarães Rosa)

	PÁG.
RESUMO	<i>xxix</i>
ABSTRACT	<i>xxxiii</i>
INTRODUÇÃO	37
1- Objetivos do estudo.....	41
2- Metodologia.....	47
CAPÍTULO 1	57
1- Construindo o SUS – histórico e contexto atual.....	59
2- Marco teórico da regulação assistencial.....	69
3- Marco teórico da integralidade.....	81
CAPÍTULO 2	105
1- A cidade de Belo Horizonte e as suas políticas públicas.....	107
2- O sistema de saúde da cidade: a dependência do setor privado.....	113
CAPÍTULO 3	123
Dinâmica do funcionamento do sistema de saúde e suas insuficiências: a fragmentação da atenção e as dificuldades de acesso.....	125
CAPÍTULO 4	141
1- Proposta de reorganização da atenção secundária ambulatorial, como aposta na construção de redes públicas integrais.....	143
2- Analisando a proposta de reorganização da atenção secundária: será possível avançar na busca da integralidade?.....	166
CONCLUINDO E TENTANDO APONTAR O FUTURO	189
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	199

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Apac	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
CEM	Centro de Especialidades Médicas
Cems	Centro Metropolitano de Especialidades Médicas
Cersam	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAT	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID 10	Classificação Internacional de Doenças 10ª Edição
Cint	Central de Internações
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMC	Central de Marcação de Consultas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Conasems	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
Consu	Conselho de Saúde Suplementar
C S	Centro de Saúde
Datasus	Departamento de Informática do SUS

ESF	Equipe de Saúde da Família
Fhemig	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Inamps	Instituto Nacional de Previdência Social
IVS	Índice de Vulnerabilidade a Saúde
MS	Ministério da Saúde
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PAD	Programa de Atenção Domiciliar
PBH	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
Piass	Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa de Saúde da Família
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIH-SUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS

SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
Sinasc	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
Suds	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS-BH	Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
Tunep	Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

	PÁG.
Tabela 1- Composição do Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS).....	115
Tabela 2- Alguns equipamentos cadastrados no CNES.....	117
Tabela 3- Distribuição dos leitos cadastrados por especialidades no município de BH em março de 2005.....	118
Tabela 4- Consolidado dos 50 procedimentos de internação mais freqüentes no SUS/BH em 2004.....	130
Tabela 5- Programação pactuada e integrada (PPI) out/03-set/04.....	138

	PÁG.
Figura 1- Pirâmides etárias segundo as áreas de vulnerabilidade à saúde.....	110
Figura 2- Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil 1993-2004.....	112
Figura 3- Distribuição dos Centros de Saúde em Belo Horizonte.....	114
Figura 4- Distribuição dos hospitais do SUS-BH.....	121
Figura 5- Fluxo programado/eletivo.....	126
Figura 6- Fluxo de urgência.....	127
Figura 7- Fluxo de pacientes de outros municípios.....	128
Figura 8- Estrutura da linha de cuidado.....	153
Figura 9- Linha de cuidado perinatal.....	154
Figura 10- Linha de cuidado puérpera e recém-nascido.....	155
Figura 11- Linha de cuidado cardiovascular.....	157

RESUMO

O histórico do desenvolvimento da implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, com seus referenciais teóricos e exemplos concretos como o da gestão municipal de uma grande cidade – Belo Horizonte – nos mostra avanços, mas também limites. Um destes é a afirmação concreta da integralidade, com a construção de redes públicas integrais, que dão sentido na vida dos usuários para aquele princípio do SUS. Maior este desafio ainda, o de se implantar estas redes em ambientes com forte presença do setor privado complementar no SUS e com vasos comunicantes permanentes com o setor suplementar, o que exige um enorme esforço regulatório. Com esta moldura de afirmação dos princípios do SUS, a escolha da experiência de Belo Horizonte se baseou na trajetória de organização do sistema na cidade, com onze anos de gestão plena e a pela sua prioridade dada à questão da garantia de integralidade da atenção, apesar de todos os limites reconhecidos de financiamento do sistema. Uma das ações afirmativas neste sentido é o da proposta de reorganização da atenção secundária ambulatorial, que foi considerado um adequado campo de análise deste tema. No percurso teórico, foram feitas revisões do tema da integralidade e da regulação assistencial, além da caracterização da cidade e da estrutura de seu sistema de saúde. A análise da utilização dos serviços, a partir de bancos de dados oficiais e do estudo dos principais fluxos dos usuários, foi o passo seguinte, demonstrando a fragmentação da atenção e a presença importante do setor privado na média e alta complexidades. Apresentado o projeto da atenção especializada ambulatorial, como recorte de estudo para a construção de redes integrais de atenção, com ênfase principal na articulação de linhas de cuidado e de outros dispositivos de relação dos vários segmentos da rede assistencial. Relacionando o mundo teórico do projeto apresentado, foi construída uma matriz analítica que permitiu uma investigação para analisar se o conjunto da proposta continha elementos estruturais suficientes para se afirmar ser uma iniciativa concreta de construção da integralidade. As categorias escolhidas foram suficiência de ofertas assistenciais, articulação e integração da rede, presença de regulação pública assistencial, atendimento a necessidades dos usuários e impacto no quadro de saúde da população. A primeira conclusão é que esta matriz proposta tem potência suficiente para analisar diferentes sistemas de saúde na busca de integralidade. O resultado de sua aplicação no caso de Belo Horizonte é que a proposta tem vários elementos inovadores e potentes no caminho da integralidade e desvendou uma série de questões que precisam ser melhor imaginadas,

operacionalizadas e avaliadas, principalmente no que se refere a dificuldade de parametrizar a suficiência da oferta assistencial e o perfil desta oferta principalmente com relação aos médicos e aos quesitos da responsabilização dos elementos da rede e a verdadeira satisfação dos usuários. Tudo isto indica a necessidade de novos caminhos de investigação para produção de conhecimento necessário e no plano concreto, efetivar propostas com este tipo de recorte, sendo uma esta uma agenda contemporânea acadêmica e da prática do SUS brasileiro.

ABSTRACT

The development history of “Sistema Único de Saúde” (SUS) implantation in Brazil with its theoretical references and examples such as municipal management of a big city such as Belo Horizonte, has shown advances but also limitations. One of these advances is the confident assertion of integrality by building entire public health networks, which make life worthwhile for SUS users for that SUS principle. Even greater than this, it is the challenge of implanting these networks in environments with a strong presence of complementary private sector in SUS and with permanent communication channels with the supplementary sector, which requires a great regulatory effect. With this structure asserting SUS principles, the choice of the experience in Belo Horizonte was based on the way the system was organized in the city, with 11 years of complete management, and on the priority given to ensuring integral attention, despite all known financial limits of the system. One of the assertive actions in this sense is the proposal of reorganizing outpatient attention, which was considered an appropriate field to analyze this theme. In the theoretical way, integrality and assisting regulation themes have been reviewed, besides the city’s characterization and its health system structure. The analysis of service use, from official database and from the study of the main users flows, was the following step, showing attention fragmentation and the presence of private sector in medium and high complexities. The project of specialized outpatient attention is presented as a study outline to build entire attention networks, emphasizing the articulação of care lines and other ways to link several sections of health care network. Relating the theoretical world to the project, an analytical matrix was built to allow investigating whether the group of proposals had enough structural elements to assert as a confident initiative to build integrality. The chosen categories were enough adequacy of assistance supplies, network assertion and integration, presence of public assistance regulation, meeting the needs of users and impact on the population’s health status. The first conclusion is that this proposed matrix enables analyzing different health systems in search of integrality. In the case of Belo Horizonte, the result of this application is that it has plenty of powerful and innovative elements towards integrality and disclosed a series of issues which should be better analyzed, operationalized and evaluated, mainly in terms of the difficulty to parameterize adequacy of assistance supplies and the profile of these supplies mainly regarding physicians and responsabilization questions of network elements and the true satisfaction of users. This indicates the need for new ways to

investigate thus producing required knowledge and on a more concrete level effectivating proposals with this kind of profile, being a contemporary academic agenda and of practice for our Brazilian SUS.

INTRODUÇÃO

A experiência acumulada nos 11 anos da gestão plena da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), iniciada na década de 90, na esteira da aposta na descentralização / municipalização e, no decorrer desses anos, com marchas e contramarchas na implantação efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo ou não sentido real na vida dos milhares de cidadãos/usuários, mostrou, como em outros lugares, uma série de insuficiências nesta sua efetivação. Como em todo processo com este nível de complexidade organizacional, essas insuficiências devem se apresentar como desafios/dilemas para os gestores do sistema, de forma a não desconsiderar todos os avanços alcançados durante esses anos pós-constitucionais. A ousadia generosa da opção por um sistema de saúde de caráter universal, definindo saúde como direito e não como um produto a ser disputado no mercado, e ainda, avançando mais, afirmando a integralidade e a igualdade como princípios não é pouca coisa na história brasileira. Antes, foi resultado de uma luta social e de intensa disputa, até chegar às atuais definições constitucionais. Mesmo comparada aos inscritos constitucionais de outros países que optaram por sistemas com essas características, a escolha brasileira é muito ousada e generosa. Muito foi feito em todo o país nesses anos, e não há dúvidas de que o SUS é uma política pública sem similar em termos de concepção e arcabouço jurídico, configurando-se como um projeto de reforma efetiva do Estado brasileiro e absolutamente capilarizada em todo o território nacional, alicerçada em amplo controle social, com participação cotidiana de milhares de trabalhadores e tornando-se, sem dúvida, um patrimônio do povo brasileiro (BRASIL, 2005g). Sem receio de engano, é possível afirmar que o SUS comporta-se como efetivamente universal em vários de seus aspectos e funções. Isto pode ser observado no campo da proteção ampla por vacinas, na vigilância sanitária de produtos e serviços em todo o território nacional, no controle de novas e velhas endemias e epidemias, nas campanhas educativas e na articulação intersetorial para promoção a saúde (o exemplo recente da campanha contra a violência e pelo desarmamento teve uma participação efetiva dos níveis de gestão do SUS) e na produção de ciência e tecnologia para o setor saúde. No campo da assistência, na utilização de uma rede de atenção de alta complexidade, majoritariamente pública em serviços de excelência, como o evidente sucesso dos transplantes, sendo o Brasil o país com maior volume de transplantes no setor público do planeta (BRASIL, 2005b).

Os serviços hospitalares de referência em emergência e, mais recentemente, com a implantação do Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), já abrangendo mais de sessenta milhões de brasileiros, são também indícios da afirmação do caráter universal do sistema de saúde brasileiro. Isto não é pouco, e tem contribuído para a melhoria de vários indicadores gerais e importantes do país (BRASIL, 2005b). Pode-se inferir que o não reconhecimento dessas conquistas só pode ser devido a interesses que não os públicos e definidos por outra lógica. O sistema de saúde do Brasil tem resistido a vários ataques externos, como de algumas propostas de organismos internacionais (BANCO MUNDIAL, 1993) e no campo interno, de setores conservadores interessados em alavancar setores do mercado, abrindo-o para a acumulação de capital financeiro ou produtivo no incipiente sistema capitalista brasileiro. E ataques dissimulados dos sucessivos governos no âmbito federal, e em especial nos governos estaduais, na insistência de não dotar o SUS dos recursos suficientes para a sua viabilização concreta, coerente com a generosidade constitucional e com o determinado na própria Constituição Federal (CONASEMS, 2005).

Neste ambiente de conquistas e de concomitantes desafios e disputas é que as insuficiências do sistema têm que ser adequadamente analisadas. Operações para o seu enfrentamento devem ser montadas, de forma a legitimar o SUS progressivamente junto à população brasileira, principalmente naquelas camadas que dependem exclusivamente deste sistema para a sua atenção e proteção. Estas lacunas concentram-se na qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2004), que já foi bastante universalizada, como na atenção básica, no enfrentamento dos estrangulamentos da atenção, como nas especialidades médicas, nos serviços de urgência e emergência e na atenção hospitalar resolutiva. E, em todos os campos da atenção, a intervenção precisa ser contundente no “jeito de tratar”, caminhando para um sistema que prima pelo seu caráter humanizado, acolhedor e solidário com o sofrimento dos usuários em qualquer situação (BRASIL, 2004).

É neste cenário de afirmações e disputas, que a discussão de propostas de intervenção na política de saúde em curso nos sistemas locais de saúde, especialmente os de grande complexidade, e de reorganização da prática dos seus serviços toma maior importância. Exatamente neste campo é que se coloca o presente estudo, como mais uma contribuição para o debate do SUS contemporâneo e alguns de seus dilemas.

1- Objetivos do estudo

Com base na experiência da gestão de Belo Horizonte e considerando-se a situação observada nacionalmente, podem ser elencados alguns problemas centrais para o SUS na atualidade: o enorme subfinanciamento, com volume de recursos incoerente com a aposta constitucional; a questão da gestão do trabalho em sentido amplo e todas as suas implicações; a implementação real do princípio da integralidade; a regulação da incorporação e da utilização tecnológica, as dificuldades de regulação do sistema em bases públicas e a convivência, às vezes nebulosa, com um subsistema de atenção supletiva de caráter privado (CONASEMS, 2005).

Neste estudo, optou-se por tratar de um desses dilemas como eixo principal e um outro, interligado ao primeiro, e como seu componente. Trata-se do desafio de implementar um sistema de atenção integral, repensando e reordenando o modelo assistencial em todos os seus níveis de complexidade, avançando para o conceito de integralidade necessária, a partir da discussão dos indícios concretos de fragmentação ou não integralidade do sistema municipal de saúde de um grande município- Belo Horizonte-, e analisando uma das propostas efetivas para a sua superação: o seu projeto de reorganização da atenção ambulatorial secundária.

Portanto, o objeto central do estudo é analisar uma proposta que almeja ser um elemento potente para avançar na conquista de mais integralidade no plano concreto de um sistema local de saúde, considerando este um movimento processual e contínuo. Ao mesmo tempo, o que pode parecer contraditório, o estudo já assume tratar-se de um recorte de uma atenção integral, não sendo abordado vários outros elementos constituintes de uma rede integral, como a atenção às urgências, a atenção hospitalar e as ações de vigilância à saúde, além dos movimentos internos ao campo da atenção básica para avançar na conquista de práticas integrais nestes serviços. Entretanto, poderá ser observado no decorrer da sua apresentação e discussão que todas estas sub-redes, se assim possam ser nomeadas, estarão necessariamente o tempo todo se interrelacionando com a rede de atenção especializada no novo formato proposto.

Segundo MATTOS (2004), o termo integralidade tem sido usado para designar um dos princípios do SUS, expressa uma das bandeiras de luta do chamado movimento sanitário e tem funcionado como uma imagem-objetivo para o sistema. Indica, portanto, de forma mais sintética, as características desejáveis do sistema, em sua política e das práticas nele exercidas, contrário às práticas vigentes, ou seja, dando marca a uma verdadeira reforma. Com tamanha responsabilidade deste tema, que será mais amplamente abordado no capítulo da revisão teórica, caberia perguntar: a integralidade continua sendo esta imagem-objetivo que indica na sua conquista processual o caminho a ser seguido? Ela segue, ainda, sendo um bom indicador da direção que desejamos imprimir ao sistema de saúde e de suas práticas? E segue ainda sendo útil como nosso referencial, por contraste, das características que criticamos historicamente no sistema brasileiro? Daí a importância de se analisar as experiências que se pautam pela integralidade, ou que apostam nela como seu eixo estruturante, o que torna importante esta agenda de pesquisa (MATTOS, 2004).

Um elemento constitutivo do problema é a dificuldade do SUS em sua regulação pública, visando construir um sistema de atenção integral em ambiente de forte predomínio e dependência do setor privado complementar no próprio SUS, além da análise das comunicações dinâmicas do sistema público com a saúde suplementar. Aqui, chama a atenção a grande simbiose entre os componentes complementar e suplementar da atenção à saúde, ambos de alguma forma relacionados ao SUS. Ainda que com várias abordagens destes temas na literatura da saúde pública brasileira, observa-se uma falta de investigação de forma mais integrada, com uma análise do tema a partir do referencial, das inquietações e do olhar do gestor local de sistema de saúde.

Em síntese, o objetivo geral do estudo é discutir a proposta de reorganização da atenção secundária de Belo Horizonte, com vistas à verificação de seus conteúdos de integralidade, debatendo o desafio de construir e regular redes públicas integrais de saúde. E os objetivos específicos são os seguintes:

1- Descrever o projeto de reorganização da atenção secundária da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a partir dos seus eixos de implementação e fundamentado no diagnóstico do problema identificado como prioridade da gestão;

2- Propor, a partir do referencial teórico e da própria discussão do projeto de atenção secundária, uma matriz analítica que possa verificar os atributos de integralidade:

3- Discutir os elementos constituintes do projeto, à luz da matriz apresentada, sem a pretensão de promover a sua avaliação global neste momento, pela própria incipiência de sua implantação;

4- Analisar a estrutura e a utilização do sistema de saúde de uma grande cidade – Belo Horizonte-, identificando a existência da fragmentação da atenção e a dependência da prestação de serviços do setor privado, principalmente em alguns dos componentes da assistência;

5- Verificar as evidências de comunicação do SUS com o setor suplementar da saúde e o significado disto para o conjunto do sistema, bem como as dificuldades ou insuficiências de regulação de caráter público.

Além do desafio conceitual e da contemporaneidade do tema, outra questão motivadora foi a própria experiência de 11 anos de gestão plena de um grande sistema municipal de saúde, o que permite analisar, já com uma razoável experiência cotidiana, o seu funcionamento. Tudo isto, ainda pouco sistematizado e publicizado em termos de gestão global, tende a uma análise sempre por projetos, programas, intervenções ou campos específicos do conhecimento. E isto foi feito, ao longo do tempo, em muitos trabalhos acadêmicos de bom nível científico. Em diversos momentos, em diálogos internos e externos, inúmeras vezes foram cobradas do autor, uma exploração sistemática e alguma forma de publicização da experiência da gestão de Belo Horizonte. Conta para isto, especialmente, a sua história profissional, que esteve durante todo este tempo, ainda que em posições diferentes, de alguma forma, relacionada pessoalmente e implicada politicamente na gestão do carinhosamente chamado SUS-BH. Este percurso na instituição, nos últimos 18 anos, com a prática clínica em uma unidade básica nos tempos pré-SUS, em unidade de urgência, nas áreas de gestão da assistência, epidemiologia, planejamento, administração, regulação e, nos últimos quase três anos, na condição de secretário municipal, possibilitaram uma visão histórica evolutiva importante.

Entretanto, é preciso registrar que não serão objetos deste trabalho um pormenorizado relato dessa história e a análise da evolução do funcionamento do sistema de saúde desde o advento da Constituição Federal de 1988. Este seria um outro e também instigante objeto de estudo. Este relato objetiva mostrar a posição do observador nos temas escolhidos, analisando uma proposta específica em curso e prioritária para a sua gestão. Daí a constatação também de sempre existir um viés narrativo, parecendo haver uma tentativa de trabalhar o material na perspectiva de um projeto que possa ser implementado em uma situação concreta; coisas de gestor! Mesmo tratando-se de uma investigação acadêmica, aliada ao referencial teórico e documental, há a interposição permanente da prática do autor como ator implicado no seu objeto e fazendo, desde já, uma declaração explícita desta implicação, sem falsas isenções ou distanciamentos.

Não existe neutralidade *a priori*, mas posições claras com relação a matriz discursiva seguida, a fidelidade aos princípios do SUS e aos propósitos de construção de um sistema de saúde digno para todos os brasileiros, que faça sentido positivo em suas vidas cotidianas, com envolvimento político e profissional na construção local deste sistema, na sua própria cidade e também como parte de um conjunto de políticas públicas protagonizadas por um governo municipal de inspiração, apesar do desgaste do termo, democrático e popular. É um formato de investigação diferente dos postulados de cunho positivista, que afasta o sujeito epistêmico do objeto do estudo, por considerar esta forma mais imparcial. Esta é uma das questões importantes relacionadas à chamada pesquisa social ou pesquisa em ciências sociais, onde este estudo se enquadra, por tratar-se de uma investigação sobre um projeto de intervenção de uma política pública social (MINAYO, 1993). Deve-se reconhecer, entretanto, que esta discussão da neutralidade não cabe apenas no campo das ciências sociais, mas para todas as outras ciências, onde o mais significativo é a constatação da validade dos resultados e de sua aplicabilidade, considerando-se que a situação permanente de sempre implicação dos sujeitos envolvidos.

Segundo esta autora há sempre uma identidade entre o sujeito e o objeto da investigação. Ela investiga seres humanos que embora guardem diferenças entre eles (objetos de investigação e investigadores) em termos culturais, de classe, de faixa etária ou qualquer outro motivo, têm um substrato comum que os tornam solidariamente imbricados

e comprometidos. Outro aspecto distintivo deste tipo de investigação é que ela "é intrínseca e extrinsecamente ideológica", sendo comprometida com determinada visão de mundo e interesses historicamente comprometidos e se submete e resiste aos limites dados pelos esquemas de dominação vigentes. A visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo do conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. É uma condição da pesquisa, que uma vez conhecida e assumida, pode ter como fruto a tentativa de objetivação do conhecimento. A autora cita, para reafirmar este princípio, Lévy Strauss para quem "numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é ele mesmo, parte de sua observação" (MINAYO, 1993).

Ainda sobre este tema, MALTA (2001) cita os autores Almeida & Lucchese, para quem, na investigação da gestão e sistemas e serviços de saúde, surgem novas dimensões que caracterizam essa área da investigação, como o estar vinculado à ação concreta, possibilitando a percepção daqueles diretamente envolvidos nessa problemática, inclusive utilizando seus resultados. Além da possibilidade de contribuir na sua formação profissional, acabam reduzindo a distância entre pesquisadores e trabalhadores de serviços de saúde e tomadores de decisão (MALTA, 2001).

Esta posição declarada de observador implicado do cotidiano de uma organização e a necessidade de postura crítica, pelas características necessárias da dimensão acadêmica deste estudo, não são posições incompatíveis. Ao contrário, trata-se da possibilidade singular de articulação de ciência e praxis. Sobre isto, um bom referencial é o texto de MERHY (2004), abordando o tema do sujeito implicado. Segundo o autor, na saúde coletiva tem-se buscado dois grandes caminhos científicos para os processos de investigação. No primeiro, hegemônico e mais consagrado, há uma separação clara entre o sujeito do conhecimento e o seu objeto de estudo. O outro é o percorrido por aqueles que reconhecem a íntima relação entre sujeito e o objeto, que exige métodos de pesquisa, onde a própria relação torna-se um necessário componente epistemológico. Afirma o autor:

Em ambos busca-se a garantia de um método que permita, de algum modo, a construção da premissa de que o sujeito que se compromete com a produção do conhecimento, só fará se for objetivado como sujeito epistêmico, portador de de uma

maneira precisa de investigar e de um conjunto de conceitos, que lhe direciona na ação sobre o campo empírico e na explicação ou compreensão, como garantia da objetividade do conhecimento produzido, paradigmaticamente imaginado, como aquele que poderá fazer sentido e significar verdades para os outros, mesmo que estes não saibam disso; e assim, validando-se como ciência e como conhecimento cientificamente legitimado (MERHY, 2004).

Para o Brasil, este reconhecimento e esta preocupação têm particular importância pela participação direta e crescente de trabalhadores e usuários nos processos de reorganização do sistema de saúde, buscando parceria com pesquisadores para estudar os seus próprios processos de intervenção, submetendo à investigação científica o seu próprio agir e a sua visão do problema a ser investigado. Nesta situação clara de implicação, subsumindo o sujeito como ser epistêmico, a conformação do trabalhador/pesquisador como este sujeito epistêmico está marcada pelo seu lugar como “sujeito militante implicado”. Parece que a importância de se ter clara esta possibilidade de caminhar é a preocupação com a complexidade desta mistura, de colocar-se sob análise situações e fenômenos em que o próprio investigador participa, ou até é o seu protagonista principal. Talvez mais importante ainda, metodologicamente, em cenários tão densos como os vividos na gestão do SUS contemporâneo, seja a elaboração de dispositivos que possam descobrir e interrogar silêncios ou sombras existentes no próprio ambiente ou realidade pesquisada, reconfigurando-a para novos caminhos possíveis e alertando o sujeito implicado de suas sempre possíveis cegueiras.

Portanto, neste estudo, com a clara mistura assumida dos sujeitos, a intencionalidade está na transformação de um relato de uma proposta profundamente estruturadora para a superação de dificuldades do sistema, na busca da integralidade necessária para o mundo dos usuários, em um objeto de investigação, com possibilidade de retorno para o próprio desenvolvimento da proposta, qualificando-a. A partir de um referencial teórico e uma matriz discursiva assumida como seus balizadores, busca um produto que faça sentido aos seus coletivos operadores e a outros coletivos que a possam aproveitar. Ou seja, fazendo e extraíndo de uma produção científica o seu sentido maior, que é a possibilidade de instrumentalizar modificações na realidade, até mesmo durante a sua produção.

2- Metodologia

Segundo MINAYO (1993) metodologia é o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade, sendo central nas teorias sociais e fazendo parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria. A metodologia abrange as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador. Diz a autora:

Se a teoria, se as técnicas são indispensáveis para a investigação social, a capacidade criadora e a experiência do pesquisador jogam também um papel importante. Elas podem relativizar o instrumental técnico e superá-lo pela arte. Esta qualidade pessoal do trabalho científico, verdadeiro artesanato intelectual que traz a marca do autor, nenhuma técnica ou teoria pode realmente suprir. Daí que a pesquisa é a atividade básica das Ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação contínua entre teoria e dados (...) A pesquisa social tem uma carga histórica e, assim como as teorias sociais, reflete posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de determinadas classes e grupos (MINAYO, 1993).

Dentro da pesquisa social, a autora propõe a divisão desta em cinco modalidades: a básica, a estratégica, a orientada para um problema específico, a pesquisa-ação e pesquisa de inteligência. O eixo deste estudo se enquadra no campo da pesquisa estratégica, com alguns dispositivos utilizados da pesquisa-ação, o que é benvido para os seus objetivos e possível segundo a autora. A pesquisa estratégica baseia-se nas teorias das ciências sociais, mas orienta-se para problemas que surgem na sociedade, buscando lançar luz sobre determinados aspectos da realidade. Já a pesquisa-ação é um tipo de investigação social com base empírica, que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. É uma investigação *pari passu* com o desenvolvimento de programas governamentais, podendo estar dentro ou fora do próprio programa em desenvolvimento (MINAYO, 1993). E este estudo tem muito dos elementos constituintes destes tipos de pesquisa, não se subordinando, entretanto, a nenhum formato

específico de desenho mais tradicional, mas se filiando a uma multiplicidade de possibilidades.

Como já dito, seu foco central é a apresentação da proposta de reorganização da atenção secundária de Belo Horizonte, que tem na busca da integralidade a idéia-força, e a sua discussão a partir da montagem de uma matriz analisadora para a verificação dos seus atributos constitutivos. Não se trata, portanto, de um estudo clássico de avaliação de um projeto no campo da saúde pública ou gestão do SUS, posto que ele ainda está em fase inicial de implementação. Desta forma, a matriz proposta não será neste momento aplicada na sua íntegra, mas utilizada para efeito de discussão do próprio projeto. Almeja concretizar o desafio anunciado no título do estudo, ou seja, a construção e regulação de redes públicas com integralidade, em sistemas privado-dependentes, que é a situação encontrada em Belo Horizonte.

Partindo do objeto do estudo, foi feito um levantamento da produção bibliográfica relativa à área da gestão e atenção no SUS, com ênfase nos estudos que abordam o tema da integralidade, da regulação, da relação público-privado e da saúde suplementar na sua relação com o SUS. Buscou-se material dos últimos dez anos relativos à gestão da SMSA; foram revistos e analisados relatórios técnicos e de gestão, projetos, artigos e livros relacionadas à gestão, produções acadêmicas -monografias de especialização, dissertações de mestrado e teses de doutorado - cujo objeto de alguma forma, foi o sistema municipal da saúde de Belo Horizonte, além de relatórios de indicadores, como o pacto da atenção básica e os relatórios da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Pelo próprio caráter do objeto central do estudo, sendo uma proposta em construção, também contribuíram para o material produzido relatos assistemáticos de discussões internas da equipe de direção e diversas equipes técnicas da secretaria municipal e de parceiros externos, de dentro e fora do governo municipal.

A revisão teórica se relacionou aos temas da regulação assistencial e da integralidade. O primeiro, por ser estruturante na discussão de organização e gestão de redes de serviço, com vistas a se alcançarem os objetivos de cuidado integral qualificado e resolutivo, a partir das regras gerais de funcionamento do sistema e as outras que precisam ser estabelecidas para os casos específicos. No caso da regulação, apesar de inúmeras

citações na literatura e em documentos oficiais do SUS, em especial nesta conceituação que privilegia a questão assistencial, sempre pareceu-nos carecer de uma melhor sistematização e adensamento conceitual.

Com relação à integralidade, princípio constitucional do SUS, tornou-se imperiosa a sua revisão teórica na tentativa de sustentação conceitual da análise crítica do projeto de reorganização da atenção secundária de Belo Horizonte. Ao contrário da escassez bibliográfica sobre o tema da regulação, felizmente a integralidade vem sendo objeto crescente de produção, com o surgimento até de centros específicos para o seu estudo, como o Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (PINHEIRO, 2001, 2003, 2005), o que nos estimulou muito a buscar este caminho de investigação.

A estrutura de saúde instalada no município de Belo Horizonte foi descrita a partir de bases oficiais de informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE- (IBGE, 2002), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES- (BRASIL, 2005a), do anuário estatístico da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2003) e relatórios de gestão da SMSA (BELO HORIZONTE, 2004). A principal base utilizada é o CNES, que é atualizado periodicamente pelos gestores locais do SUS e gerenciado pelo Departamento de Informática do SUS -Datasus. Este cadastro permite identificar inúmeras características da rede de serviços de saúde, mas optamos por escolher a questão central do mapeamento dos leitos hospitalares e de alguns serviços ambulatoriais. Para as devidas comparações e discussão da utilização do sistema de saúde, foi usado criticamente os parâmetros da Portaria GM1.101/2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a), além de outras referências da literatura e de análises internas realizadas pela SMSA.

Sobre o CNES, é necessário relembrar a sua história e importância organizacional hoje para a discussão da organização do sistema de saúde. Até o final da década de 90, o dimensionamento da capacidade de prestação de serviços de assistência à saúde no país era uma incógnita. O sistema público mantinha um cadastro estrito à produção de procedimentos financiados pelo SUS e o restante, sem nenhuma

sistematização, restrito ao conhecimento dos organismos financiadores privados da saúde ou, ainda, somente pela vigilância sanitária, para os casos dos serviços exclusivamente particulares, mas sem base nacional. Desde 1997, o Ministério da Saúde vem trilhando, com os gestores municipais e estaduais, o caminho da construção do CNES. A partir de 2002, intensificaram-se ações visando à cobertura do universo existente e à qualificação dos dados cadastrais. Desde o final de 2003, o cadastro encontra-se em produção, sendo utilizado obrigatoriamente para contratação e pagamento dos procedimentos financiados pelo SUS (BRASIL, 2005c). Paralelamente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no desempenho de suas atividades reguladoras da saúde suplementar e com a determinação política de apoiar estratégias de composição de um sistema nacional de saúde, articulado também em sua base de informação, determinou a utilização obrigatória do CNES na contratualização de prestadores que atendam planos privados de assistência à saúde (BRASIL, 2003). Isto forçou um movimento, em todos os municípios, de qualificação do cadastro, numa ação sinérgica entre gestores do SUS, as operadoras de planos e os estabelecimentos de saúde prestadores de serviço. Esta base de dados é dinâmica e atualizável periodicamente, sendo de controle e responsabilidade do gestor local, que repassa as informações de sua variação para a base de dados nacional.

Os critérios paramétricos adotados neste estudo, para a discussão de suficiência ou insuficiência, e os seus limites reais, estão na citada Portaria do MS GM 1.101/02, que estabeleceu os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, no sentido de representar recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para os gestores nas três esferas de governo para o planejamento, programação e priorização das ações de saúde. Como todo parâmetro em saúde, este conjunto também deve ser relativizado e avaliado à luz das diversas realidades e de componentes dinâmicos do sistema local, incluindo a estrutura e o comportamento do componente da saúde suplementar. Esta portaria seguiu parâmetros assistenciais internacionalmente reconhecidos, inclusive os baseados em dados da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde, para a cobertura e produtividade assistencial em países em desenvolvimento, as estatísticas de atendimento prestado aos usuários do SUS, as incidências nacionais por especialidade e série histórica de internações e procedimentos ambulatoriais (BRASIL, 2002a).

A atenção ambulatorial está caracterizada no CNES em níveis de complexidade crescente, de acordo com os procedimentos que realiza. Pela importância da atenção básica e pela forma como direciona o modelo assistencial da SMSA, com ampla predominância de serviços próprios (BELO HORIZONTE, 2004b, 2005a), foi dada ênfase especial à descrição da organização destes serviços. Também utilizada a base de informação da Pesquisa do IBGE Assistência Médica Sanitária de 2002 (IBGE, 2002), como forma de checagem dos dados do CNES. Estudo anteriormente citado da ANS, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde verificou alto grau de concordância entre os dados do CNES e da pesquisa do IBGE para a base nacional, o que foi considerado suficiente para ser extrapolado para o município de Belo Horizonte (BRASIL, 2005b). Esta hipótese foi comprovada no presente estudo, nos itens considerados fundamentais para a análise da estrutura de saúde do município.

No capítulo que trata da utilização dos serviços de saúde, foram utilizados os relatórios de produção do ano de 2004 do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS) e do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), o sistema de informação próprio da SMSA, denominado Fênix, e os dados consolidados no relatório de gestão da SMSA, referente ao ano de 2004, e da versão preliminar do Plano Municipal de Saúde 2005-2008. Este, em fase de discussão interna da equipe de direção da SMSA e a ser apresentado ao Conselho Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2004b, 2005 a).

A partir do diagnóstico situacional político e técnico-assistencial e da decisão política do governo municipal de enfrentar decididamente o tema da atenção secundária (conforme será apresentado no capítulo III), o projeto de reorganização proposto pela SMSA foi apresentado (BELO HORIZONTE, 2002b, 2005b) e analisado criticamente à luz do referencial conceitual assumido e da introdução de uma matriz avaliativa. Esta foi construída com o objetivo de verificação das possibilidades concretas de sucesso da proposta, considerando o diagnóstico das dificuldades reais de formulação de redes públicas integrais em ambientes com diversos obstáculos, dentre eles a predominância expressiva do setor privado complementar no sistema municipal de saúde e os indícios de comunicação do sistema público com o setor suplementar.

No percurso metodológico, este material empírico, obtido nas diversas fontes citadas, foi trabalhado utilizando algumas das técnicas e arsenal metodológico principalmente da análise de conteúdo. Segundo MINAYO (1993), em pesquisas sociais, em especial na área da saúde, as dificuldades começam quando se parte para a análise do material coletado das várias formas, existindo sempre uma enorme discordância quanto a técnicas e métodos a serem empregados. Aí é que entra a análise de conteúdo, que poderia ser um termo genérico para designar o tratamento dos dados, mas não é só isto. A autora, para quem a análise de conteúdo é um conceito historicamente construído, cita Bardin, que a define como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. O resumo das tendências históricas da análise de conteúdo, mostra que todo o esforço teórico para desenvolvimento de técnicas visa ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação, e alcançar uma "vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação" (MINAYO, 1993).

A análise do discurso vem contribuir para associar à discussão do conteúdo, a avaliação do contexto histórico e situacional de sua produção, trazendo do marxismo a idéia de que o texto é portador do contexto situacional expresso pelo seu sentido. Insiste que, na interpretação de um texto, é fundamental a compreensão de seu processo produtivo, enriquecendo o debate sobre o material sob análise (MINAYO, 1993).

Este estudo tem uma grande complexidade e grau de dificuldade, pelas suas próprias características intensivas de inter-relações com diversos elementos constitutivos do sistema e de fora deste. Mas, pela importância cada vez mais contemporânea do tema, parece valer a pena a ousadia em seguir este caminho, tateando por metodologias, também complexas, que miram a avaliação do projeto. Neste estudo não será objeto de avaliação o impacto da implantação da proposta de atenção secundária, já que está em processo de implantação na rede municipal de saúde. O objetivo do estudo é a verificação da capacidade da proposta em avançar efetivamente na conquista da integralidade como característica do sistema municipal de saúde, em especial no segmento da atenção

ambulatorial especializada. A forma proposta para a verificação foi a construção de uma matriz avaliativa composta de cinco diretrizes analisadoras e, em cada uma delas, a definição preliminar de alguns indicadores e/ou analisadores.

A importância deste tipo de estudo vem sendo mostrada por diversos autores em vários aspectos do sistema de saúde, desde a sua formulação política mais geral, até as práticas específicas de determinados serviços e programas. Segundo CONILL (2004), houve um saudável avanço nos mecanismos de acompanhamento e avaliação utilizados pelas instâncias gestoras do SUS, quando comparados com as antigas práticas das instituições federais, centradas na revisão das contas médicas e no cumprimento de metas de produção ou de metas de programas verticais. Também os sistemas de informação se diversificaram disponibilizando um leque amplo de dados que tendem a ser mais integrados por meio deste instrumental.

Para a mesma autora, um importante passo a ser dado na construção do SUS, seria o monitoramento de algumas de suas diretrizes básicas na prestação de serviços e que, dentre elas, estaria certamente o princípio da integralidade da atenção. Os mesmos aspectos que envolvem a análise de serviços e dos sistemas de saúde se aplicam ao esforço para discutir a integralidade: a multifatorialidade do processo saúde/doença, a diferença entre a dimensão individual e coletiva do conceito de qualidade, a relatividade da noção de valor e o fato de que os processos avaliativos lidam com relações sociais e processos organizacionais complexos (CONILL, 2004). No estudo, esta complexidade ficará demonstrada na discussão, no momento próprio, dos componentes propostos para a matriz analítica do projeto analisado.

Segundo CONTANDRIOPOULOS et al. (1997), " 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". Prossegue os autores, dizendo que as definições de avaliação são numerosas e avaliar envolve sempre um julgamento. Trata-se de atribuir um valor, uma medida de aprovação ou desaprovação de uma política ou programa, de analisar algo a partir de uma certa concepção de justiça, explícita ou implícita, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão.

Segundo MALTA (2001), as dificuldades do processo de avaliação são inúmeras, tanto conceituais quanto operacionais. Já que avaliar é atribuir valor, há que se estabelecer os critérios sobre os quais se determina este valor e os objetos que serão valorizados, mas isto nem sempre acontece. A avaliação também não é imparcial, com uma suposta neutralidade técnica, mas depende da visão de mundo daqueles que a realizam. Da mesma forma não há um único caminho avaliativo, não existindo uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais. Os seus resultados são uma aproximação à realidade e podem ser operacionalizados por vários caminhos (ACURCIO et al., 1991)

Apesar de não ter este estudo uma proposta avaliativa clássica, contribui para o seu propósito, o diálogo com as questões da avaliação. É um bom referencial de avaliação é aquele proposto por SULBRANDT (1994), que adota como categorias de avaliação metas, processos e impacto. Os conceitos da avaliação de processos refere-se à monitorização dos mesmos, numa tentativa sistemática de medir a cobertura de programas sociais, o grau a que está chegando na população alvo e, principalmente, o acompanhamento dos processos desenvolvidos no seu interior, com identificação dos seus pontos positivos e negativos, ou os que facilitaram ou dificultaram a obtenção do sucesso. A avaliação de processos será bem utilizada na formulação da avaliação da proposta apresentada neste estudo.

A avaliação de impacto diz respeito aos efeitos do programa sobre a população alvo. O objetivo deste tipo de avaliação é determinar os efeitos de uma intervenção social, ou aqueles que sejam estritamente atribuíveis ao programa. Pela dificuldade de medição direta em termos técnicos e pelos seus custos elevados, ela pode ser substituída por medidas indiretas ou indicadores que representem pontos intermediários para medir estes impactos. A medição da situação deve ocorrer no início e no final do programa. Para isto, existem grandes dificuldades como garantir o controle de variáveis estranhas que possam influenciar o processo, a amostragem deve ser adequada, a intervenção deve ser suficientemente importante e significativa para produzir impacto e ser uniforme durante o tempo de sua execução. A atenção deve se dar com a complexidade deste modelo, em que podem acontecer desenhos que produzam resultados profundamente equivocados (SULBRANDT, 1994).

Uma alternativa considerada pelo mesmo autor é a chamada avaliação global, que busca identificar os elementos relevantes em um programa ou política social, utilizando-se de mecanismos diversos de coleta, além de identificar todos os atores relevantes no processo e os fatores organizacionais envolvidos, considerando-se todo o contexto do programa. São utilizados múltiplos critérios da avaliação, explicitando, para cada um deles, os atores que os propuseram. É necessário 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 que dele participam. É necessário ainda identificar os beneficiários diretos, os trabalhadores encarregados de concretizar o programa, com suas motivações, seus julgamentos, comportamentos e estratégias. Também há que se entender a lógica interna do programa, as tecnologias utilizadas, com suas bases teóricas, ordenadoras das cadeias causais que operam no seu interior e que podem influir no possível sucesso ou não da intervenção (SULBRANDT apud MALTA, 1994).

CAPÍTULO 1

1- Construindo o SUS – Histórico e contexto atual

Como o referencial afirmado neste estudo é o dos princípios do SUS brasileiro (universalidade, integralidade e igualdade/eqüidade) e a busca permanente de concretizá-los para os seus usuários, este histórico e contextualização seguirão um roteiro com esta marca. A história e o caminho para a construção dessas bases conceituais, as forças que tensionaram este processo, o percurso teórico de algumas das referências mais importantes da produção acadêmica e o registro de algumas práticas relacionadas aos princípios do sistema e aos temas específicos abordados serão o roteiro desta parte inicial do estudo, que será finalizado, com o histórico da organização do sistema municipal de saúde de Belo Horizonte, pela razão de o município ser a base para o desenvolvimento deste trabalho.

Até a década de 80, os modelos de saúde implantados no Brasil preservavam a dicotomia na ação entre saúde pública e atenção médica individual. Ao Ministério da Saúde cabiam as ações de medicina preventiva e saúde pública e ao Ministério da Previdência e Assistência Social os cuidados médicos individuais previdenciários.

No início dos anos 60, os movimentos sociais reivindicavam uma reforma sanitária consistente e conseqüente (LUZ, 1991), mas foram alijados do cenário político pelo golpe militar de 1964. Já nas décadas de 20 e 30, a produção de atos médicos do setor privado superou em larga escala o setor público (COHN & ELIAS, 1996), mas, a partir de 1968 até os anos 80 viu-se a consolidação do modelo médico-assistencial privatista, como a política sanitária brasileira (MENDES, 1993), assentando-se sobre o tripé do Estado como grande financiador do sistema através da Previdência Social e como grande comprador de serviços, o setor privado como o maior prestador de serviços de assistência médica e o capital internacional, através do complexo médico industrial, dominando a área dos insumos e dos equipamentos.

O sistema de saúde, nesta época, pode ser caracterizado algo excludente quanto ao acesso, fragmentado institucionalmente, fortemente centralizado no nível federal e com clara opção pela compra de serviços médicos pelo setor privado. O acesso era facultado aos trabalhadores urbanos do mercado formal. Os demais, os que não contribuíam para a Previdência e os trabalhadores rurais, recebiam atendimento individual precário nos postos

de saúde estaduais e municipais e, ocasionalmente eram atingidos pelas ações preventivas do Ministério da Saúde (FRANÇA, 1997).

No decorrer das décadas de 70 e 80, são implementadas propostas de cunho racionalizador, mas que, ao mesmo tempo, buscam quebrar o caráter securitário da assistência médica-previdenciária, ampliando a cobertura dos serviços para os setores não contribuintes. Dentre estas propostas podemos citar: a criação do Fundo de Assistência e Previdência Rural (Funrural), o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Único Descentralizado de Saúde (Suds). No período entre 1975 e 1982, os serviços de saúde tornaram-se o foco da crise do modelo de política social e ressurgem movimentos sociais de contestação ao modelo vigente, os quais pregam uma reforma das políticas de saúde (LUZ, 1991).

Num ambiente de grande mobilização da sociedade civil organizada lutando pelos direitos da cidadania, e com o momento de redemocratização do país, as questões de saúde tornaram-se um tema importante nos programas políticos dos candidatos aos governos estaduais, ao Congresso Nacional e às Assembleias Legislativas nas eleições de 1982. Esta mobilização de diferentes setores da sociedade desencadeou o denominado movimento sanitário brasileiro, base político-ideológica da reforma sanitária (LUZ, 1991). Dentre os diversos fóruns de discussão do tema da saúde realizados na década de 80, cumpre destacar a importância das resoluções finais da 8ª Conferência de Saúde na formulação dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira (LUZ, 1991).

A Constituição Federal de 1988 adota um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos da proposta do movimento de reforma sanitária, fruto de um grande debate e medição de forças na Assembleia Constituinte. São eles: universalidade, integralidade, igualdade, com descentralização e hierarquização dos serviços. Os componentes seguintes se destacam no capítulo da saúde da nova Constituição:

- a) o conceito de saúde ampliado e relacionado ao efeito de um conjunto de políticas econômicas e sociais, ao lado de ações específicas de promoção e recuperação da saúde;
- b) o direito universal e igualitário dos cidadãos às ações e serviços de saúde e o dever do Estado em assegurar tal direito; e c) a definição de um modelo de organização para o

sistema de saúde, seus componentes, funções e relações, criando o Sistema Único de Saúde, como instância única de gestão pública responsável pela provisão universal, gratuita e integral de ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BUSS, 1995; COSTA, 2001). Este seria integrado pelos serviços públicos próprios, complementados pelos serviços privados, em rede regionalizada e hierarquizada, com comando único em cada nível de governo, descentralizado e com participação social. Surge a característica de complementar para a atuação do setor privado, e não é citada até então a questão do hoje conhecido setor suplementar do sistema de saúde, ou saúde suplementar.

Uma marca forte foi o estabelecimento do município como único ente federativo, ao qual caberia a missão constitucional de prestar serviço de assistência à saúde da população. Aos outros dois entes ficaria a missão de prover cooperação técnica e financeira ao exercício do encargo municipal. Este princípio constitucional foi ratificado pela Lei 8080/90, que atribuiu à direção municipal do SUS a competência de planejar, organizar e avaliar as ações de saúde, e gerir e executar os serviços de saúde, além de participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual (Artigo 18, I e II). Essas mudanças de titularidade para a gestão municipal induziram o crescimento do papel dos gestores locais na provisão da atenção, reduzindo ao longo da década de 80, as funções da União na oferta direta de serviços de atenção à saúde e ampliando suas atividades de negociação de recursos e regulação de desempenho. Essa redefinição de funções indica que o SUS tem implementado de modo acelerado a separação entre financiamento e provisão, pelo menos entre os níveis federativos (COSTA, 2001).

Como este estudo tem o seu foco em um sistema municipal e sua gestão, torna-se necessário avançar mais um pouco neste histórico da descentralização do SUS. A ampliação do papel municipal tem evidências concretas no aumento do número de estabelecimentos de saúde do setor público municipal em relação aos demais nas subseqüentes pesquisas do IBGE e na evolução neste nível do emprego no setor público, passando de 14,9% dos empregos em 1988 para 43,7% em 1992, com o equivalente decréscimo do nível federal (COSTA, 2001). A descentralização na década de 90 foi impulsionada e regulamentada através das Normas Operacionais Básicas (NOBs), definidas

pelo Ministério da Saúde e referendadas pelas entidades nacionais de secretários estaduais e municipais de saúde, que assumem protagonismo importante no processo nacional de organização do SUS.

A NOB-1/91 introduziu o conceito de habilitação para estados e municípios, mediante o compromisso de gestão dos serviços e criação de conselhos de saúde previstos na Lei 8142/90. A NOB-1/93 foi a mais efetiva na indução do processo de descentralização política ao criar as instâncias de negociação e pactuação, as Comissões Intergestores Bipartites nos estados e Tripartite no nível nacional, estabelecendo regras para as relações intergovernamentais, por criar formas claras de transferências de recursos, mecanismos de controle e avaliação e por definir etapas não sequenciais de transferência de serviços para a gestão local. Esta NOB é um marco no caminho da descentralização brasileira de seu sistema de saúde e não veio sem muita mobilização e pressão de diversos atores, oriundos do movimento da reforma sanitária, com grande participação dos gestores municipais, então em franco processo de articulação. Aliados à mobilização política, esses gestores caminharam no sentido de organizar suas secretarias para assumir as novas funções de gestão de todo o sistema de saúde no seu território, saindo da tradicional postura de simples prestador de serviços. Esta forma de habilitação, chamada de gestão semiplena, foi um grande impulso para a organização dos sistemas locais de saúde, e Belo Horizonte, como será visto adiante, foi um dos primeiros 12 municípios pioneiros a assumirem este formato de gestão, ainda em 1994.

Já a NOB-1/96 interrompe, de certa forma, a velocidade da descentralização proposta pela norma anterior, ao definir mais claramente os papéis dos Estados e da União e focar seu estímulo na indução de mudanças de organização do modelo assistencial, criando incentivos e formas de financiamento mais diretos para a atenção básica. Esta norma cria o Piso de Atenção Básica (PAB), com transferência de recursos fundo a fundo para a quase totalidade dos municípios brasileiros (habilitados agora nas formas de gestão plena da atenção básica ou gestão plena de sistema municipal) e propõe a rearticulação do processo de planejamento e programação, instituindo a Programação Pactuada e Integrada (PPI), como principal instrumento de relação entre os sistemas municipais e destes com a instância estadual e federal. Nesta trilha de indução de modelos a partir do financiamento

federal, foram criados os incentivos ao Programa de Saúde da Família e do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Ainda que não seja consenso entre os estudiosos da implantação do SUS, numa determinada linha de pensamento com a qual este autor se filia, pode-se afirmar que houve um refreamento do movimento descentralizatório porque, ao contrário da NOB-1/93, começou-se a repassar recursos federais aos municípios vinculados diretamente a programas com formatos previamente definidos, de forte caráter normativo e padronizado para todo o país, reduzindo a margem de manobra do gestor local na adequação do programa indutor nacional à sua realidade local. Não se pode negar, entretanto, o avanço que significou a transferência de recursos por base populacional, sem nenhuma vinculação a programas e projetos, representados pelo chamado PAB fixo, saindo do tradicional formato de pagamento por produção de procedimentos, mesmo para os gestores públicos municipais e estaduais, quando na sua condição também de prestadores de serviço.

No decorrer dos últimos anos, houve uma tendência importante no processo de recentralização do sistema, a partir da vinculação progressiva de transferência de recursos mediada por políticas específicas, implantação de programas estruturados e até de pagamentos de procedimentos específicos em contas individualizadas, fragmentando cada vez mais o fluxo dos recursos federais a serem transferidos mensalmente aos municípios e Estados em gestão plena (CONASEMS, 2005).

Segundo COSTA (2001), os primeiros balanços sobre o impacto da implementação da NOB 01/93, especialmente nos municípios habilitados na condição semiplena, indicaram que essa condição de gestão projetou as secretarias municipais de saúde nos espaços dos governos municipais, ampliou a sua capacidade de gestão, incrementou a sua força de trabalho, aumentou a oferta de procedimentos ambulatoriais e ações de saúde coletiva e induziu a um maior compromisso de recursos do orçamento municipal com o setor saúde. Além disso, os sistemas municipais em gestão semiplena foram mais bem avaliados do que os não habilitados, em diversos itens conforme pesquisa nacional feita com usuários do sistema.

Após 17 anos da promulgação da Constituição Federal de 1988 e de 15 anos da legislação infraconstitucional (Leis 8080/90 e 8142/90), avanços significativos podem ser observados, representados pelo arcabouço jurídico, pelos seus princípios e diretrizes - especialmente o conceito fundante da universalidade -, o processo de descentralização, pela possibilidade de atuação dos cidadãos como sujeitos do processo de construção do SUS e pelos resultados práticos já obtidos por essas mudanças observados na evolução de alguns indicadores de saúde e na organização da atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Apesar desses avanços, podem-se constatar dificuldades importantes no desenvolvimento do SUS. Dentre estas dificuldades, destacam-se:

1) A constituição de um sistema de saúde universal, com ampliação das ações do Estado, num ambiente político e econômico de orientação neoliberal. CAMPOS (1992) entende que isto é, na verdade, o que pode ser chamado de contradição central do processo de reforma sanitária brasileira, que vem se contrapondo a todo custo ao movimento vigoroso de inspiração neoliberal dos anos 90. A uma determinação legal de provisão de recursos vinculados para a saúde, por exemplo, há uma avalanche de iniciativas orquestradas de consumo deste recurso para outros fins.

2) A indefinição das fontes de recursos e dos percentuais a serem aplicados no financiamento do setor saúde nas três esferas de governo. Somente com a aprovação da Emenda Constitucional 29/2000, foram fixados os percentuais dos orçamentos estaduais e municipais e do Produto Interno Bruto para o governo federal. Ainda que vários atores a considerassem auto-aplicável, está sendo necessário um novo movimento político nacional para regulamentá-la, porque existem dúvidas a respeito da clara fixação dos valores do governo federal e sobre a tipificação dos gastos em saúde. Na prática, vários estados completam o seu percentual mínimo com gastos com empresas de saneamento, sanidade animal, institutos de previdência dos servidores públicos etc. e o governo federal insiste em incluir gastos com programas como o bolsa-família na sua aplicação em saúde. No caso do nível federal, isto vem sendo parcialmente compensado pela crescente aplicação de recursos orçamentários a partir de 2003 (CONASEMS, 2005).

3) Os formatos de transferência de recurso continuam a piorar a situação do subfinanciamento global, com uma progressiva recentralização decisória no nível federal, com o aparecimento de um sem-número de contas especiais e com recursos específicos para programas e ações de saúde, tirando do gestor local pleno muito de sua capacidade de operação financeira de acordo com suas próprias prioridades. Esta é uma situação muito diferente da verificada no início das gestões semiplenas, como já observado anteriormente, e tem sido motivo de luta da entidade nacional dos secretários municipais de saúde. Outras questões que envolvem o padrão de financiamento é a persistência de pagamentos, principalmente aos contratados ambulatoriais e hospitalares, pelo mecanismo de produção de procedimentos. Muito recentemente, na gestão do Ministério da Saúde iniciada em 2003, é que formas de contratualização com grandes hospitais, especialmente os de ensino, vêm sendo implementadas pelos gestores, através do dispositivo denominado contrato de gestão. Outra questão é a insuficiência alocativa no sentido da equidade, predominando sempre a lógica da oferta sobre a das necessidades, em que as pressões dos serviços, dos fabricantes de equipamentos e insumos e outros interesses não públicos superam a alocação por critérios inicialmente pensados com base em padrões populacionais e sanitários. Isto para não falar da incompetência, algo intencional, estatal do Brasil em regular efetivamente a incorporação e a utilização tecnológica clássica. Existem, portanto, indícios de que parte do pouco recurso da saúde é muito mal utilizado.

Apesar de a Lei 8.080/90 estabelecer uma combinação de critérios para transferência de recursos federais para Estados, Distrito Federal e municípios, até a implantação, em fevereiro de 1998, da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde- NOB SUS 01/96, o único critério utilizado foi o de pagamento por produção de serviços realizados, que privilegia o atendimento individual em detrimento às ações coletivas. A NOB SUS 01/96 promoveu uma mudança parcial nos critérios de remuneração ao criar o Piso de Atenção Básica (PAB), utilizando um valor per capita mínimo para todos os municípios brasileiros. Para os procedimentos que não foram incluídos na "cesta" PAB, manteve-se a lógica do pós-pagamento.

4) Quanto ao processo de descentralização, foram transferidas responsabilidades sanitárias e cotas de poder para os Estados e municípios, sem uma contrapartida financeira adequada e sem autonomia gerencial e política no nível local. Somente a partir da NOB SUS 01/93, foram firmados mecanismos para operacionalizar a pactuação, a negociação, a articulação e a integração dos três níveis de governo (Comissões Intergestores, Tripartite e Bipartite) e para a transferência de recursos financeiros federais do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais. A tímida presença do nível estadual na articulação e na regulação regional intra-estadual das redes prestadoras e na mediação de conflitos intermunicipais deixa ainda um grande vácuo na gestão do SUS, o que faz parte de sua agenda contemporânea. Tanto que o Ministério da Saúde está promovendo, em parceria com estados e municípios, o que tem sido chamado de Pacto de Gestão, em que a responsabilidade sanitária e gestora estará mais bem definida, com possibilidade de maior controle efetivo por parte da sociedade (BRASIL, 2005f; SOUZA, 2001)

5) Nesta linha, o que vem sendo chamado de processo de descentralização "autárquica" (MENDES, 2001), parece, na verdade, um processo de descentralização/municipalização incompleta, com transferência de responsabilidades progressivas e movimentos, nos últimos anos, de recentralização decisória, como já abordado, associado à dificuldade dos Estados de se colocarem em um papel mais claro de participação efetiva no co-financiamento de ações e políticas estruturantes, cooperação técnica e, fundamentalmente, de articulador e regulador das relações intermunicipais, zelando para o cumprimento dos pactos realizados e para a busca permanente de equidade para os seus cidadãos. Esta lógica que começou a ser feita pela sucedânea das NOBs, a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/2001, ainda em fase de implantação e passível de inúmeras críticas pela sua característica fortemente normativa, resgata a idéia de constituição de sistemas hierarquizados e regionalizados de saúde, organizando, desta forma, o acesso da população aos procedimentos de alta e média complexidade.

6) A implementação da universalização da atenção à saúde em um contexto de crise financeira do Estado e da Previdência Social e de incertezas quanto às fontes de financiamento. A expansão da população coberta pelo sistema de saúde sem o correspondente aumento dos recursos financeiros para custeá-la agravou o quadro assistencial, em crise desde a segunda metade da década de 70, e criou o fenômeno denominado "universalização excludente", levando a vácuos do sistema de atenção, com demandas crescentes de várias ordens, como será visto à frente na discussão da integralidade, e não legitimação do SUS por parte da população usuária. Se apenas o critério de definição de recursos para a saúde tivesse sido o inicialmente pensado, 30% dos recursos da seguridade social, já teríamos o dobro de recursos hoje alocados no Ministério da Saúde (SANTOS, 2005)

Belo Horizonte, como já citado no processo de descentralização, tem uma posição ímpar no cenário nacional por ter sido o primeiro município de grande porte a assumir, ainda em 1994, a então gestão semiplena. Até aquele ano, a secretaria vinha desempenhando funções de prestadora de serviços, como tantas congêneres no país, e ordenava menos de 1% dos recursos que financiavam o sistema municipal. Apesar de já operar uma rede de serviços básicos, com cerca de 70 centros de saúde de pequeno e médio porte e serviços especializados a partir do processo de municipalização da rede estadual ocorrida em 1991 e 1992, a instituição tinha uma situação organizacional própria de uma prestadora de serviços deste nível e produtora de ações coletivas relacionadas a uma parte da vigilância sanitária, ao controle de zoonoses e à vigilância epidemiológica, também recém-municipalizada (CAMPOS, 1998).

Junto da complexa negociação com a gestão estadual e do apoio da equipe do Ministério da Saúde, interessada em ver uma experiência concreta de gestão municipal nos princípios da NOB, houve necessidade de estruturação da área de controle e avaliação, com a implantação de ferramentas como a central de internações, a reformulação da supervisão hospitalar com novos profissionais e a elaboração de todos os instrumentos de controle de produção dos prestadores, que chegavam a quase 700, entre ambulatoriais e hospitalares. No final de 1994, há a transferência do total de recursos para o Fundo Municipal de Saúde e a responsabilidade de ordenar e efetuar o pagamento de toda a rede no município passou a

ser da secretaria municipal, efetivando-se a gestão semiplena. Também uma reestruturação interna foi necessária para dar conta da nova tarefa de gestor assistencial e tudo o que isto significava em uma rede completamente desarticulada e construída historicamente subordinada aos interesses privados, sem nenhuma lógica de organização que levasse em conta o interesse público na saúde, desde o tempo do antigo Inamps, passando pelo período de gestão estadual da rede própria federal e da gestão dos serviços contratados (CAMPOS, 1998; SANTOS, 1998).

Em Belo Horizonte, o conceito de comando único foi levado radicalmente em conta, com a secretaria municipal assumindo a totalidade da gestão dos serviços do SUS localizados no território municipal, incluindo toda a alta complexidade ambulatorial e hospitalar e os serviços de referência, mesmo os de âmbito estadual. Apenas as gerências diretas dos hospitais da rede estadual, vinculados à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) não foram repassadas ao município, pelo que isto significaria de ônus financeiro e operacional, mas o controle e avaliação e os pagamentos de produção desses hospitais ficaram sob responsabilidade municipal. Este formato não foi o predominante nos anos seguintes no país, chegando a haver gestões plenas sem que sequer a gerência de unidades básicas estivessem com o gestor municipal. Mesmo hoje, ainda é exceção a gestão total da alta complexidade e dos serviços de referência pela gestão municipal e esta voltou a ser uma agenda importante dos gestores (CONASEMS, 2005).

Segundo relatos da gestão da época (CAMPOS, 1998), assumir a gestão semiplena foi um passo decisivo para mudar radicalmente o sistema municipal de saúde, seja em sua rede própria, seja na rede de serviços conveniados e contratados. Foi possível um redirecionamento de recursos para a rede própria, com melhoria física e tecnológica das unidades básicas, a implantação de unidades de referência especializada e de urgência, o início do processo de informatização e a ampliação da oferta de serviços hospitalares mais críticos. Pela governabilidade conquistada, foi possível implementar projetos prioritários de redução da mortalidade materna e infantil (que será abordada neste estudo como um dos casos importantes de integralidade alcançada), na área da urgência e emergência e no projeto municipal de reforma psiquiátrica na linha da luta antimanicomial, sem falar no estabelecimento de mecanismos de controle e bom uso dos recursos públicos, com a

economia de milhões de reais na coibição de fraudes e procedimentos incorretos na rede prestadora. Apenas na área hospitalar, houve uma redução mensal média das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) de 29.446 em 1993 para 21.976 em 1995, sem redução de internações físicas, com economia real de mais de 21 milhões de reais neste período. Isto foi possível pela implantação de mecanismos de controle como: extinção da modalidade cota/prestador; criação de equipes distritais de supervisão rotativa; instalação de juntas de concessão de AIHs eletivas; introdução de juntas de autorização de procedimentos de alta complexidade; desenvolvimento de programa de crítica de laudos de internação; revisão de prontuários dos laudos em dúvida pela supervisão hospitalar; digitação de 100% dos laudos de internação e cruzamento com as AIHs cobradas; implantação da central de internações; e um grande esforço técnico e político da gestão municipal em enfrentar a oposição da representação do setor privado hospitalar (SANTOS, 1998)

Este relato torna-se importante na moldura deste estudo pela principalidade que a gestão integral do sistema de saúde, no âmbito municipal, apesar de todos os seus limites, assume, no sentido de dar maior governabilidade ao gestor para implementar políticas de atenção que busquem atender às reais necessidades dos usuários e dotá-los de atenção integral, eixo principal deste trabalho. Será bem observado, no seu decorrer, que, se as dificuldades neste caminho já são muitas, sem a gestão integral do sistema esta tarefa torna-se praticamente impossível. Esta experiência mostra bem a evolução histórica do SUS e de seu contexto atual, em que é possível observar os desafios e dilemas que precisam ser enfrentados para que a proposta original constitucional seja efetivada.

2- Marco teórico da regulação assistencial

Nos últimos anos, o termo "regulação" vem ocupando progressivamente a agenda da gestão do SUS nas discussões e na sua normalização legal e operativa. Vem envolvendo particularmente as relações entre os serviços públicos e privados, a contenção de custos, as fontes de financiamento e o controle dos mercados e dos prestadores profissionais, demandando-se do Estado a capacidade regulatória para proteger o interesse geral, sem menosprezar a participação dos atores coletivos na tomada de decisão

(ALMEIDA, 1999). Ele aparece no início dos anos 90 na história do sistema de saúde do Brasil, com duas entradas principais (MAGALHÃES JR., 2002). Entretanto, existem diferenças conceituais, com significados operativos também bastante diversos, havendo de certa forma uma inadequação de seu uso. A própria insistência no seu emprego indiscriminado vem dando a impressão de a regulação ter se tornado uma espécie de panacéia para todos os males do SUS no país e solução mágica para as insuficiências do sistema. Isto resulta na necessidade de sua adequada conceituação, o que se pretende promover nesta parte do estudo. Mesmo o Ministério da Saúde passou a editar portarias sobre diversos temas usando o termo regulação em vários sentidos, levando à impressão de que mesmo lá, carecia de uniformização conceitual.

Iniciando pela questão etimológica, segundo o Dicionário Aurélio, o termo regulação é derivado do verbo transitivo regular, do latim *regulare*, atributo que se relaciona a:

Sujeitar as regras, dirigir, regrar, encaminhar conforme a lei; esclarecer e facilitar por meio de disposições; regulamentar; estabelecer regras para; regularizar, estabelecer ordem; parcimônia; acertar, ajustar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar, comparar; estar conforme, trabalhar ou funcionar com acerto, precisão, regularidade; servir de regra; dirigir-se; guiar-se; orientar-se (FERREIRA, 1999).

Decorre desta definição que regulação é o ato de agir conforme as regras ou a lei estabelecida, o que significa que é necessário o estabelecimento prévio de regras para que o ato de regular possa ocorrer, e seja coerente com o regrado ou regulamentado.

O termo regulação tem sido utilizado no âmbito da saúde com um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados, estando relacionado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral, mesmo nos majoritariamente públicos, não sendo apenas uma função de regulação mais clássica das relações de mercado na saúde, como uma das maneiras de correção das chamadas imperfeições de mercado. Pela diversidade dos sistemas de saúde e abrangência da função de Estado na saúde, o termo assume claramente uma característica polissêmica.

Em um estudo resultado de uma pesquisa ampla sobre o tema realizado pela Fundação João Pinheiro de Minas Gerais, com a participação da SMSA, há uma síntese interessante sobre o histórico da regulação nos sistemas de saúde. A partir da definição de sistema de saúde como “um conjunto mais ou menos coerente de meios de financiamento, de informação, de prevenção e/ou de tratamento organizado para manter ou melhorar a saúde”, D'INTIGNANO e ULMAN (2001) analisam as políticas de regulação, partindo da idéia de que as políticas de saúde buscam um equilíbrio entre três objetivos: 1) o realismo macroeconômico, que impõe a cobertura de despesas pelas receitas e um sistema que não prejudique o emprego e a produção; 2) a eficiência microeconômica, que exige um nível satisfatório de prestação de serviços, um sistema com bom desempenho, produtividade das estruturas de prestação de serviços e eliminação de desperdícios; e 3) a equidade social, que deve se traduzir no acesso aos cuidados e a uma repartição geográfica equitativa dos meios.

Os Estados tendem a operar neste campo introduzindo técnicas e mecanismos regulatórios basicamente no campo do financiamento e na relação oferta e demanda de ações de saúde (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005). No caso da regulação da oferta, trata-se da repartição do montante de recursos por região ou atividade e tem na planificação ou planejamento a sua técnica de controle. No plano teórico, a planificação se fundamenta sobre o efeito da oferta sobre a demanda e conseqüentemente sobre as despesas e, no plano metodológico, sobre a lógica das necessidades e o imperativo da igualdade de acesso, funcionando como a mão visível do Estado onde certamente a mão invisível do mercado não funciona. Toda a planificação se fundamenta no conceito de necessidades e sobre indicadores de meios como o número de leitos, de equipamentos, de médicos etc. E coloca algumas dificuldades, como definir as necessidades em saúde, como se adaptar às aspirações da população e ao progresso técnico (regulação tecnológica) e como impedir a rigidez burocrática. Estes temas perpassarão continuamente este estudo em várias de suas abordagens (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005).

Quanto às origens do termo no Brasil, sabe-se que ele veio do processo de descentralização/municipalização rápida da primeira metade da década de 90, com as áreas de controle e avaliação passando do aparato do antigo Inamps, naquele momento sediado nas secretarias estaduais de saúde na maioria dos Estados, desde os acordos e regras do

SUDS, para a gestão dos municípios que assumiram a então chamada gestão semiplena (BRASIL, 1993). Muitos municípios passaram a denominar suas áreas de gestão, criadas para assumir este serviço de controle e avaliação, de setor de regulação. Este movimento levou à primeira confusão semântica e conceitual, ao tornar sinônimo de regulação, os termos controle e avaliação. Dada a importância deste movimento de municipalização e das gestões plenas locais, esta ênfase no controle e avaliação como o principal componente da regulação tornou-se muito forte e influenciou muitas das normas posteriores do Ministério da Saúde, como será visto mais à frente. Neste sentido, "regulação" passou a significar o conjunto de regras e atos gestores para organizar e gerir os processos e fluxos da rede de serviços instalada em determinado território pelo gestor local. Isto, a partir de uma lógica organizativa mais pública e articulada, começando a dar sentido de rede ao conjunto de serviços credenciados e conveniados herdados dos gestores federal e estadual.

A outra entrada do termo regulação foi tributária da interação de técnicos e instituições de saúde brasileiros com a experiência francesa da assistência pré-hospitalar (Samu), através de projeto de cooperação bilateral dos governos. A França tem neste serviço uma marca histórica de seu sistema nacional de saúde (ALMOYNA, 1999), tendo criado, na década de 70 por lei nacional, a estrutura das centrais de regulação de urgência, instituindo formalmente a figura do médico regulador. Esta experiência é estritamente vinculada à gestão dos serviços de urgência, em especial, à assistência pré-hospitalar. Traz, portanto, uma conotação claramente assistencial, o que já transforma o conceito anteriormente focado apenas no controle e avaliação, fazendo concretamente uma ponte entre os mundos, às vezes tão diversos, da gestão e da assistência. Na prática, esta regulação de caráter assistencial possibilita o estabelecimento da relação concreta entre as demandas e as ofertas disponíveis. Os serviços que implantaram centrais reguladoras de urgência foram criando experiências próprias, formulando conceitos e disseminando a idéia por todo o país, ainda que sem o apoio formal do Ministério da Saúde (MAGALHÃES JR., 1998, 2002).

Esses técnicos e serviços se articularam em uma rede informal, a Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (BARBOSA, 2001), e, em vários encontros e discussões, acabaram por produzir uma agenda organizada e positiva para as emergências

no país, contribuindo também para a afirmação do conceito de regulação no cotidiano do SUS em vários níveis. A idéia se expandiu, a regulação passou a fazer parte da fala de vários gestores e, depois, formalmente institucionalizada pelo Ministério da Saúde em várias de suas portarias, como se verá adiante. O próprio Conselho Federal de Medicina, formalizou a regulação das urgências, normalizando a ação do médico regulador ao caracterizar formalmente sua função de regulação e definição de conduta à distância como ato médico (CFM, 2000; BARBOSA, 2001). As discussões envolvendo a regulação das urgências foram iniciadas pelo seu componente pré-hospitalar, onde existia maior acúmulo de experiências e conceitos, e forçosamente se estendeu para a regulação das portas de entrada e dos leitos hospitalares de retaguarda. Neste ponto, apareceram necessariamente pontes de diálogo entre os conceitos das duas origens anteriormente mencionadas, em franco processo de sedimentação e formatação, levando ao avanço da idéia de regulação das urgências e emergências para regulação do sistema de atenção. (ALMOYNA, 1999; BARBOSA, 2001; MAGALHÃES JR., 1998).

Com este histórico relatado, e articulando as duas fontes e suas distintas pretensões, é pertinente tratar do conceito fundante da regulação. Utilizando uma formulação teórica de Negri, a partir de referencial de CONTANDRIOPOULOS (BARBOSA, 2001; CONTANDRIOPOULOS, 1998), pode-se afirmar que não existem espaços não regulados, incluindo o sistema de saúde, especialmente para o caso brasileiro e sua conformação, segundo o que foi abordado na revisão conceitual deste estudo. Com este referencial, a pergunta então é: quem está operando hegemonicamente esta regulação, e com qual lógica? Na verdade, estas várias “regulações” e seus sentidos coexistem e tensionam permanentemente entre si. De forma esquemática, segundo o autor citado, existem quatro tipos de regulação: a privada, a tecnocrática, a corporativa e a social. A regulação privada é claramente reconhecida, com a predominância das chamadas forças de mercado definindo a configuração que o sistema vai tomando. Ela está ainda bem presente na prática do SUS e fez parte da história brasileira do sistema. A incapacidade reguladora dos gestores deixa muitas vezes livre aos prestadores de serviço a definição de que serviço ofertar, não dentro das necessidades do sistema, mas segundo os princípios do mercado.

A regulação tecnocrática deriva da predominância, às vezes absoluta, do olhar estritamente tecnicista e burocrático de equipes técnicas que passam a desenhar o “seu sistema de saúde”. Estabelecem suas regras de funcionamento, geralmente feitas a partir de um olhar distante da realidade, sem considerar as diversas forças e atores sociais envolvidos e o mundo real dos trabalhadores e usuários. É a velha idéia “inamptiana” de que tudo se resolve por uma portaria, desde que bem feita técnica e juridicamente. Já a regulação de origem corporativa é uma nebulosa força regulatória, mas também permanentemente operante. As diversas corporações de trabalhadores tendem a tensionar a gestão do sistema para obter situações no mínimo confortáveis para os seus pares. Independentemente da legitimidade das postulações, os gestores precisam estar atentos a esses movimentos, que muitas vezes se chocam com os interesses maiores do cuidado qualificado aos usuários e com produção real de saúde individual e coletiva.

A última, é a regulação social de caráter público, que vem sendo o caminho teórico trilhado pela reforma sanitária brasileira, tentando dar sentido à premissa de saúde como direito e orientando, a partir daí, a organização do sistema. O interesse público do atendimento das necessidades dos usuários com as disponibilidades possíveis dos serviços, com lógica de priorização enfrentando iniquidades conformam este modelo conceitual de regulação, que é declaradamente o adotado neste trabalho como busca permanente para a gestão do SUS. Neste caminho, a questão é saber com que ferramentas e dispositivos isto pode ser alcançado. Algumas destas pistas serão abordadas a seguir na discussão dos elementos constitutivos da regulação assistencial. A partir destes conceitos, pode-se afirmar que o dilema da regulação dos sistemas de saúde seria obter um equilíbrio adequado dentre equidade, autonomia e custos, e as opções neste sentido sendo fortemente influenciadas pelo contexto social.

Uma concepção de regulação, em outro estilo, é a encontrada em MENDES (2002), segundo o qual a regulação é uma das três macrofunções dos sistemas de serviços de saúde, sendo as outras, o financiamento e a prestação de serviços. Segundo o autor, a regulação estatal se dá quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento dos seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as

regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população.

Para facilitar o entendimento do tema e associá-lo ao cotidiano da gestão, uma outra definição divide a regulação, também esquematicamente, em dois blocos (MAGALHÃES JR., 2002), a macro e a microrregulação. A primeira relaciona-se ao plano mais estratégico e geral do sistema de saúde. Alguns exemplos deste aspecto da regulação podem ser dados: a) o estabelecimento da estrutura reguladora da saúde suplementar, com legislação própria e agência reguladora, indicando uma postura do Estado brasileiro em regular os contornos deste mercado onde operam os planos privados de assistência à saúde, que interferem na saúde de milhões de brasileiros; b) os planos municipais de saúde e os planos plurianuais de gestão, em seus vários níveis, declarando as prioridades de ação e intervenção, mostrando o direcionamento que o sistema terá e, portanto, estabelecendo regras em sentido mais amplo para a atuação dos diversos atores; c) as regras de funcionamento dos serviços e ações de saúde inscritas nos códigos de saúde e as regulamentações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária para a área de produtos e serviços de saúde; d) o estabelecimento da política de recursos humanos do SUS. Enfim, esta parte da regulação trata das regras e do funcionamento mais geral do sistema de saúde, mas que têm implicações diretas no campo da atenção propriamente dita.

Este conceito encontra eco na definição de autores que consideram a regulação como uma dimensão da função de reitoria dos sistemas de saúde, entendida como parte do processo de definição de políticas e de regras para o sistema de saúde em seu conjunto. Ela pressupõe a definição de regras nas áreas de financiamento, da qualidade da assistência e da capacitação e certificação de profissionais. Como pode ser observado, o termo regulação neste sentido macro, apresenta algumas diferenças conceituais, como, por exemplo, se a função de financiamento está ou não contida no aparato da regulação. Entretanto, possuem um núcleo comum ao se referirem à definição de regras de funcionamento e à articulação de vários agentes com vistas a alcançar os objetivos do sistema de saúde (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005).

A microrregulação é a tradução da macrorregulação para a operação cotidiana do sistema, com estabelecimento de regras, dispositivos e ferramentas para operar a assistência. Daí a sua outra nomenclatura, "regulação assistencial", que será utilizada a

partir de agora neste estudo. A regulação assistencial trata, portanto, dos elementos de funcionamento que permeiam a relação das demandas com as ofertas do sistema de saúde. Pode ser afirmado que os mecanismos da regulação operam cotidianamente em todos os espaços assistenciais, mesmo quando esta nomenclatura não é usada. Ademais, todos os trabalhadores de saúde participam e operam a regulação de alguma forma. Quando um médico, em uma unidade básica, solicita um exame complementar de alta complexidade, ele está se baseando em regras de funcionamento sistêmico previamente estabelecidas (em maior ou menor grau), operando uma decisão clínica, mas que também é uma decisão gestora ao optar por uma das ofertas possíveis do sistema. Uma sintética definição é que a regulação assistencial consiste em oferecer a melhor opção de atenção disponível para determinada demanda. Trata, então, de organizar e garantir o acesso dos usuários e suas demandas aos vários serviços ofertados pelo sistema de atenção.

A constatação de que o sistema de saúde brasileiro vive o tempo todo com demanda reprimida não justifica o abandono da idéia de que é necessário o estabelecimento de elementos de regulação pela gestão. Pelo contrário, fica a regulação reforçada no sentido de se corrigirem iniquidades *a priori* apresentadas, como o acesso às filas simplesmente por ordem de chegada. Certamente este não é o melhor mecanismo definidor de quem poderá ser atendido dentro da oferta limitada do sistema para determinado procedimento, existindo outros que priorizem casos com necessidades diferenciadas (BARBOSA, 2001).

Dentro da situação brasileira, as situações de escassez de recursos exigem ainda maior esforço e rigor regulatório, com a atuação dos dispositivos da regulação, para buscar permanentemente situações de maior equidade. Além disso, em saúde, o uso de tecnologias, mesmo quando disponíveis em quantidade adequada às demandas colocadas, pode não ser a melhor opção assistencial para determinada situação clínica e gerar dano ao invés de benefício. Mais uma vez, a questão está em outro patamar: que padrão de regulação é necessário para o nosso sistema, com qual lógica ela deve operar ou qual o sentido dos resultados esperados (BARBOSA, 2001). A seguir, serão analisados alguns instrumentos da regulação assistencial ou microrregulação, fundamentais para o correto entendimento do que se afirma neste trabalho.

Complexos reguladores

A ampliação do conceito original de regulação no campo da assistência das urgências para todo o sistema e as experiências multivariadas, em diversas gestões, de estruturas reguladoras que poderiam ser chamadas de temáticas levaram à necessidade da formulação do conceito de "complexo regulador" (BARBOSA, 2001; MAGALHÃES JR., 2002). Esta regulação, repartida tematicamente, foi se constituindo, além das urgências, para o controle e otimização da utilização de leitos, de consultas especializadas, de exames diagnósticos e de procedimentos de alta complexidade. Esses esforços isolados podem ser potencializados pela sua integração em um aparato da gestão denominado complexo regulador. Trata-se da efetiva integração de unidades reguladoras individuais, como nos temas mencionados, de forma a garantir, em última análise, o fluxo mais integral de atenção com os usuários, especialmente em algumas situações consideradas de maior vulnerabilidade, como no caso das emergências. Aplica-se aqui o conceito amplo de responsabilização. Estas unidades têm sido conhecidas como centrais de regulação, termo que também tem sido confundido com a própria regulação. Além da sinergia dos projetos que atendam à lógica de uma atenção integral, há que se articular operacionalmente essas estruturas, com sistemas informatizados relacionais, equipes técnicas entrosadas e com mesma linguagem e fluxos decisórios uniformizados e articulados. A aposta nas linhas de cuidado, que será abordada a seguir neste estudo, por exemplo, necessita das ferramentas da regulação assistencial em todos os seus passos, de forma articulada, para se atingirem os objetivos da atenção finalística integral em toda a rede. Este o sentido mais nobre da regulação: dar conta das demandas do campo da assistência, utilizando de forma inteligente os recursos disponíveis e contribuindo para a integralidade do sistema.

Inteligência regulatória

Para suprir determinadas demandas, é necessário o estabelecimento de um conjunto de conhecimentos e ferramentas que dêem subsídio às decisões do gestor, através do complexo regulador. Conseguir efetivar a finalidade da regulação, ou seja, ofertar a

melhor opção assistencial disponível e em tempo real é o que pode ser chamado de "inteligência regulatória". Exatamente o contrário, por exemplo, do atendimento simplificado a uma fila de espera, exclusivamente pela ordem de chegada. Os principais instrumentos que operam o suporte à decisão reguladora são os protocolos técnicos e de fluxo. É preciso ter clareza de que tais protocolos não são panacéia para todos os problemas da regulação e do sistema, não resolvem a totalidade dos casos, não prescindem da capacidade individual de análise e decisão, mas tendem a dar um ordenamento mais técnico e impessoal às opções gestoras. Permitem, ainda, a democratização do sistema, com publicizações prévias das condutas e sua avaliação posterior. Um caso ilustrativo e com bom acúmulo de experiências é o do atendimento de urgência. A entrada de um pedido de socorro na central reguladora pode ter várias respostas que resolvem a demanda, dependendo de seu caráter. A resposta pode ser um conselho médico a distância, uma informação sobre a utilização correta do sistema de atenção eletivo, a orientação para procurar por seus próprios meios uma porta de entrada de urgência (sendo isto possível para o usuário consultante), o envio de uma ambulância básica ou, finalmente, de uma ambulância medicalizada para intervenção avançada no local (BARBOSA, 2001; BRASIL, 2002b). Este funcionamento foge da regra simples de entrada de um pedido e despacho automático de veículo, como é típico dos sistemas de atenção pré-hospitalar não regulados. Esta operação inteligente, que é complexa, precisa estar baseada em protocolos e equipe treinada para operá-los adequadamente, e que também possam e devam sempre se responsabilizar pelo conjunto dos encaminhamentos. Melhor ainda se estiver articulada com as demais unidades reguladoras das portas de entrada e da regulação dos leitos.

Figura regional da rede e pactos públicos de gestão

A regulação, com os princípios aqui colocados, exige uma prévia e clara definição do desenho operativo do sistema de saúde como base de operação para o aparato regulatório. É o que pode ser chamado de "figura regional da rede" (BARBOSA, 2001; MAGALHÃES JR., 2002), com a definição da posição de cada serviço, da sua missão e dos fluxos entre eles. Tem a característica da dinâmica, que muda, por exemplo, quando um serviço com uma determinada missão fecha suas portas por algum motivo ou há demissão

de profissionais de determinada especialidade em um serviço por questão salarial. O termo "regional" foi incluído para dizer que os limites administrativos de um município não são necessariamente os definidores dos fluxos. Região, portanto, é entendida como possibilidade de espaços intra e extramunicipais.

Há necessidade de que esta rede desenhada seja baseada em pactos publicamente realizados, com os diversos atores envolvidos, explicitando as missões e referências de cada serviço e cada equipe. Também não é de se pensar que a simples definição do pacto regional de forma burocrática vai resolver todos os problemas da assistência e com equidade. Na verdade, ele é um exercício para se ter maior clareza dos papéis dos diversos atores, de seus diferentes protagonismos, seus interesses legítimos e suas opções estratégicas. Melhor que todo este emaranhado seja trazido para a arena dos debates e que este seja publicizado.

Neste sentido é que as contratualizações têm que ser no âmbito da rede, interunidades, mas, fundamentalmente, também tem que ser intraunidades, de forma que aquela missão e suas nuances sejam claramente debatidas, consensadas e assumidas pelos coletivos de cada serviço. É clássica a falência de um determinado pacto feito com a direção de um hospital e que, não tendo sido capilarizado para toda a estrutura, é descumprido solenemente pelos residentes ou, muito freqüentemente, pelos porteiros das unidades (MAGALHÃES JR., 2002; 2005; MINAS GERAIS, 2000).

Controle e avaliação

Acoplando as duas vertentes desta história genética da regulação, conforme já mostrado, há que se considerar que os instrumentos clássicos do controle e avaliação, que possuem um caráter marcadamente autorizativo, têm também capacidade de potencializar e dar efetividade aos demais dispositivos da regulação, como os complexos reguladores, as redes regionais pactuadas e articuladas, os protocolos técnicos e operativos e os sistemas informacionais. Porque é na formalização dos contratos dos gestores com os prestadores, na supervisão hospitalar presencial, nas análises dos bancos de dados usuais do sistema, nos

processos de auditoria e na avaliação permanente dos serviços que a gestão pode dar concretude aos demais componentes, mais claramente assistenciais, da regulação. Portanto, pode-se afirmar que vive-se em um momento de síntese dos diversos componentes, com suas histórias variadas, que vão dando forma concreta ao conceito da regulação assistencial. Neste aspecto, há uma interação muito próxima dos postulados da macrorregulação, da regulação assistencial, já que parte dessas ferramentas, como a contratualização dos prestadores, são integrantes de uma política maior da gestão e participam cotidianamente, dando base legal e operativa para a regulação da atenção em seu cotidiano (SANTOS, 1998).

Legislação pertinente ao tema regulação assistencial

A primeira referência específica ao tema "regulação" vem da Constituição Federal de 1988, que, em seu artigo 197, diz que são de relevância pública as ações e serviços de saúde e que cabe ao poder público a sua regulamentação, fiscalização e controle (BRASIL, 1988). A Lei 8080/90 cita como atribuições dos entes federados, em seu artigo 15, a elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública, e no seu artigo 16, como competência da direção nacional do SUS, a elaboração de normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde (BRASIL, 1990; HEIMANN, 2005).

A partir daí, várias foram as citações ou normalizações legais a respeito da regulação por parte do Ministério da Saúde, de legislação estadual e de outros órgãos. As Normas Operacionais Básicas – NOBs 91, 93 e 96 (BRASIL, 1991, 1993, 1996) trataram exclusivamente do componente controle e avaliação da regulação e, neste âmbito federal, a partir de 1998, é que o termo foi explicitamente mencionado em portarias que trataram do tema da organização dos sistemas de referência hospitalar de urgência e emergência, do sistema de referência em gestante de alto risco, da organização e normas do sistema de atenção pré-hospitalar, da regulação da assistência oncológica, do programa de humanização do parto e do nascimento, dos complexos reguladores da assistência e da organização do sistema nacional de urgência e emergência.

No âmbito do setor suplementar, as leis 9656/98 e 9961/00 (BRASIL, 1998a, 2000) regulamentaram a operação dos planos privados de assistência à saúde no Brasil, bem como da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Inicialmente muito focada na questão econômico-financeira e menos na assistencial (MALTA, 2004), estes dispositivos e as normatizações internas da ANS já trataram do tema da regulação específica da assistência como na Resolução Consu n. 08 (BRASIL, 1998b), que definiu os mecanismos de regulação permitidos às operadoras de planos privados de assistência à saúde. Nos últimos tempos tem havido um grande volume de discussão da questão da regulação assistencial no âmbito da atuação da saúde suplementar, incentivado pelo próprio órgão regulador, a ANS, com realização de pesquisas, debates e apostando na responsabilização das operadoras de planos privados de assistência à saúde como verdadeiras gestoras de saúde de sua população de beneficiários (BRASIL, 2005e).

3- Marco teórico da integralidade

A Constituição Federal de 1988 determina em seu artigo 198, “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). A partir desta afirmação, passou-se a considerar a integralidade como um dos princípios basilares do SUS e tema freqüente mais recente de discussões e investigações. Será feita uma breve revisão teórica, sem a pretensão de esgotar o tema, mas como subsídio para enfrentar um dos dilemas do SUS, que passa a ser nomeado como o da integralidade necessária. Pode estar exatamente no debate da integralidade o refinamento da discussão conceitual, contrapondo os sistemas de saúde de recorte mais universalista e com financiamento público, daqueles sistemas com outros princípios. Isto significa falar do caso brasileiro em contraposição aos sistemas baseados simplesmente nas regras de mercado e com apenas uma determinada cesta básica de ofertas de atenção disponível a toda a população, visto nas receitas já conhecidas de organismos internacionais como o Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 1993; MATTOS, 2001).

A história do sistema de saúde brasileiro, também com relação ao princípio da integralidade acompanha tendências de concepção e organização de outros países na linha de constituição de sistemas públicos. A idéia de se garantir serviços de saúde integral, em sistemas de caráter público e universal, surge com a expansão das políticas sociais e dos sistemas de saúde na primeira metade do século XX. Para citar apenas dois exemplos das democracias ocidentais e que tem sido parte da referência do sistema brasileiro. Primeiro, a criação do *National Health Service (NHS)* no Reino Unido é uma das marcas na história deste ideário de sistema de saúde, onde já em 1946, o *NHS Act* cravou o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos (*comprehensive health services*). Não ficando apenas na experiência do sistema anglo-saxão, em meados da década de 60, este objetivo aparece nas reformas dos serviços sociais e de saúde da província canadense do Québec (reforma Castonaguay-Nepveu), onde o acesso universal e a integralidade, com sua expressão lingüística própria " *la globalité des soins*", são centrais (CONILL, 2004).

E por quê necessária? Porque, dentro do tema da integralidade, quando se analisa a realidade do sistema de saúde, pode-se visualizar um arco de possibilidades que vão desde um aparente contorno rasteiro de atenção básica simplificada, com algum suporte de outro patamar tecnológico, que poderia ser chamada de “integralidade condicionada”, até uma concepção que CARVALHO (2005) nomeia de “integralidade turbinada”, mediada por pressão do complexo médico industrial, da mídia ou por decisões judiciais sem nenhum embasamento nos princípios da necessidade real dos usuários. Muitas vezes, uma ordem judicial vem lastreada em análises simplistas e desfocadas de alguns mandamentos constitucionais, e leva a situações compulsórias de alocação de recursos públicos em ações pontuais de saúde, gerando iniquidades claras. Isto ficou bem demonstrado em estudo cuidadoso realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a respeito do impacto das ordens judiciais de oferta de medicamentos, analisando-se os beneficiários destas ordens e sua localização nas diferentes áreas de vulnerabilidade social (BELO HORIZONTE, 2005c)

Um interessante relato é apresentado por CARVALHO (2005) a respeito do histórico sobre o tema da integralidade na Constituição Federal, argumentando sobre suas origens e os interesses contraditórios que cercam esta discussão. O conceito fundante da

integralidade para o movimento sanitário brasileiro, usado pelo autor, como indissociável da universalidade.

(...) a integralidade para o movimento sanitário brasileiro, era tornar inegociável a atenção a todos os tipos de doenças e agravos em todos os níveis de complexidade e com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Quando discursávamos a integralidade, tínhamos em mente um novo modelo de fazer saúde, com sérias críticas ao modo vigente, no período pré-constitucional, de pensar e fazer a integralidade. O modelo vigente à época, já plantado e crescente em sua voracidade, defendia e praticava o exagero em atenção especializada, em desnecessárias internações gerais e de UTI, em equipamentos, materiais e medicamentos (...). O que queríamos ver sepultado, saiu revigorado e resplandecente. A lógica do capital introduziu novos equipamentos, cada vez com menor vida útil e mais dependente de novos especialistas, de manutenção sofisticada e insumos cada vez mais caros (...). O capital, sem alardes, subverteu a lógica do novo sistema de saúde e apropriou-se do termo integralidade dando a ele o conceito pleno de que todos os exames, todas as terapias, todas as especialidades, sem o mínimo critério, devam ser dispensados a todos (CARVALHO, 2005).

Segundo o autor, chegou-se a um impasse. "Já seria impasse se tivesse todo o dinheiro do mundo e continua sendo impasse com o menos dinheiro do mundo". Nesta linha de argumentação, tentando qualificar e dar sentido e conteúdo histórico ao termo integralidade, o autor adverte que pretendia-se, e isto ainda é válido, uma integralidade mais racionalizada, alicerçada em princípios científicos, regulamentando-se a incorporação tecnológica no país e não uma "integralidade impingida pelo capital, sem amarras e sem disciplina" (CARVALHO, 2005). Há que se ter sempre um contraponto baseado em necessidades reais dos usuários. À prática da integralidade dos medicamentos contrapõe-se a discussão concomitante da desmedicalização da sociedade, a sua eficácia e segurança. Integralidade dos exames sim, diz o autor, mas desde que sabendo por que fazê-los e qual o impacto previsto. À integralidade da hospitalização, coloca-se a dúvida bem-vinda da melhor alternativa para determinado caso clínico, que real indicação de terapia intensiva está sendo profundamente discutida, e assim por diante. Portanto, neste paradigma

referencial, há que se propor um adjetivo para a integralidade, com alguns dispositivos concretos na aposta da sua viabilização no mundo real.

Se para o SUS a questão é conceitual, mesmo com um olhar no seu financiamento, no campo da saúde suplementar um outro ingrediente se acopla. Trata-se da base contratual da operação, pois os planos privados de assistência à saúde mediam a sua relação com os usuários/beneficiários através de um contrato formal, em cujas cláusulas, em tese, está explícito o alcance da chamada cobertura assistencial. É verdade que o advento da lei regulamentadora dos planos (BRASIL, 1998) trouxe um certo ordenamento a 40 anos de mercado operador sem nenhuma regulamentação. O dispositivo da legislação brasileira para o setor, de não exclusão de doenças constantes da Classificação Internacional de Doenças e do rol de procedimentos médicos já permite um grau de atendimento integral aos seus usuários/beneficiários. Mas isto vale para os chamados planos novos, adquiridos após a lei. Para os planos antigos, permanecem várias restrições que afrontam a integralidade mais elementar. Porém, esta é uma discussão delicada, conforme visto anteriormente, pela presença marcante do instituto da universalidade na Constituição Federal e abrangendo o direito à saúde a todos os brasileiros, incluindo os que possuem também um plano de saúde, adicional ao seu direito de utilização do SUS. Também na saúde suplementar acumulam-se problemas semelhantes, ainda que de diferente ordem, no sentido da organização do seu modelo de atenção, que via de regra não facilita o exercício dos princípios da integralidade (MALTA, 2004; SILVA JR, 2003). Entretanto, aqui não existe a pretensão de aprofundar o tema da saúde suplementar, apenas se faz esta referência para compor o macroambiente de discussão da integralidade no âmbito do sistema público.

O tema das necessidades dos usuários exige uma maior reflexão. Este é um conceito complexo e que encontra dificuldade em fazer parte da prática cotidiana dos gestores e trabalhadores de saúde, em sua interação com os usuários que buscam cuidado em saúde. CECÍLIO (2001) usa uma importante indicação de STOTZ (1991) segundo a qual, se as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas, elas só podem ser trabalhadas em sua dimensão individual e necessitam de alguma taxonomia que as torne traduzíveis operativamente. Essa taxonomia adotada por CECÍLIO (2001) se apresenta em

quatro eixos, que fazem sentido ao propósito e à linha que se pretende desenvolver na busca de uma integralidade necessária e, portanto, até etimologicamente, ancorada em necessidades de saúde. Vale a pena citar esses eixos.

O primeiro diz respeito à busca por “boas condições de vida”, tanto do ponto de vista dos riscos naturais do adoecer e morrer quanto da inserção do indivíduo na sociedade e no processo produtivo. Este conjunto de fatores do meio ambiente físico, social e econômico/produtivo indica, de alguma forma, o que seriam necessidades em saúde.

O segundo eixo apresenta a necessidade de acesso a todas as tecnologias capazes de dar um sentido positivo a sua saúde na percepção momentânea daquele indivíduo, melhorando e prolongando sua vida. Isto é altamente significativo na dimensão que toma a necessidade. Depende do momento e da expectativa para determinado acesso, que varia de acordo com o tempo e a situação gerada. Relaciona-se muito com o acesso à informação do que é disponível e é mediada por vários circuitos do desejo dos indivíduos, que, por sua vez, tem também vários determinantes. Fazer determinado exame em um dado momento tem valoração muito diferente entre os indivíduos com possibilidades de acesso a um dado serviço ou tecnologia.

Um terceiro eixo é a necessidade de criação de vínculos entre cada usuário e determinada equipe de saúde. Reafirma-se a importância da constituição de esta vinculação se dar em uma equipe, mas não pode ser desconsiderada a necessidade socialmente construída de vinculação a um profissional médico para a maioria dos cidadãos. O vínculo exige, antes de tudo, confiança mútua e, portanto, necessita de tempo, disposição e um ambiente institucional facilitador dos vínculos. Como criar vínculo com uma equipe de saúde de família, dentro desta estratégia de organização da atenção básica, se o médico ou o enfermeiro da equipe é trocado a cada mês? Como adquirir confiança efetiva em um médico clínico integrante da rede credenciada de um plano privado de assistência à saúde se há um processo de credenciamento/descredenciamento de alta velocidade? Introduziu-se um conceito que será fundamental na discussão à frente das linhas de cuidado e equipes gestoras, em que o vínculo se apresenta de variadas formas e depende da relação estabelecida entre os pontos da rede, exigindo flexibilidade dos seus formatos, para que faça sentido na relação entre usuário/profissional de saúde.

Por fim, o último eixo, que se relaciona à necessidade de a pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu jeito de viver, incluindo opções com relação a sua saúde em sentido amplo. Este é um campo complexo, em que não se pode deixar de tentar identificar os motivos pelos quais determinado usuário se liga de tal forma ao serviço e aos profissionais, que não decide nada sem uma opinião da equipe ou do médico. Este apego estranho, de determinantes profundos, talvez seja um interessante debate em contraponto ao eixo anterior de uma vinculação mais saudável presidida pela verdadeira autonomia dos usuários.

Esta complexa definição e possibilidades do que são necessidades em saúde e, portanto, orientando o adjetivo de necessária à integralidade, expressa-se no cotidiano dos serviços no formato de demandas. Entra em cena a antiga questão das demandas aos serviços de saúde: o que são, por que tem este volume, o que pode ser feito para intervir sobre seus determinantes etc. Talvez a resposta gestora das equipes, serviços e sistemas de saúde seja esforçar-se para entender o que está por trás das demandas, ou seja, quais as reais necessidades de saúde que estão se expressando fenotipicamente em demandas mais facilmente reconhecidas. Pela importância estruturante para esta discussão da integralidade e a aposta organizativa que mais a frente será feita, vale a pena ir um pouco mais além neste ponto.

Pela capacidade de resumir esta relação densa entre os dois conceitos transcreve-se literalmente outro trecho citado de CECÍLIO (2001):

Neste encontro do usuário com a equipe, haveriam de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou “travestidas” em alguma(s) demanda(s) específica(s). Poderíamos trabalhar com a seguinte imagem: quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma “cesta de necessidades de saúde” e caberia à equipe ter sensibilidade e preparo para decodificar e saber entender da melhor forma possível (...) A demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os

serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras (CECÍLIO, 2001).

Continua Cecílio, a grande expressão da integralidade (acrescente-se, necessária) ocorre neste microespaço onde se dá, ou não, a correta tradução das demandas em necessidades e abre-se o caminho iluminado do seu atendimento em todas as suas dimensões, integralmente. Para o usuário, o termo "integralidade" passa, então, a fazer sentido. Esta busca, como será visto a seguir, percorre vários espaços e exige, na sua dimensão maior, todo o conceito de rede produtora de integralidade. Finaliza o autor, tornando mais impressionante esta relação da integralidade e das necessidades, que, nesta perspectiva, a integralidade é capaz de subsumir a equidade, completando o que chama de tríptico signo do SUS: universalidade, integralidade e equidade. No sentido dos eixos acima relacionados, com tanta diversidade e tanta possibilidade para o tema, e radicalizando, poder-se-ia afirmar que a busca profunda da integralidade nos atos e nos sistemas teria a capacidade de revelar as iniquidades vividas ou sofridas por cada um e pelos coletivos que buscam os serviços de saúde em busca da satisfação de suas necessidades expressas em demandas. Para finalizar, recorre-se novamente a Cecílio que consegue dar grandeza e transcendência a esta linha de argumentação:

Este signo produzido pela reforma sanitária brasileira, que fala de uma utopia no limite “ projeto irrealizável; quimera; fantasia por tudo que está em jogo: a infinita variabilidade das necessidades humanas e as finitas possibilidades que temos, até mesmo de compreendê-las” (CECÍLIO, 2001)

O estágio atual do desenvolvimento do SUS no Brasil não pode mais conviver com a adesão apenas simbólica e retórica a um dos seus princípios – a integralidade – sem enfrentar decisivamente o debate de que patamar de integralidade o sistema terá, na linha do estabelecimento de um pacto social. Com a visão de que a integralidade exige relação direta com o atributo de necessária, há que se discutir como se definem estas necessidades. Como visto, são determinadas historicamente, mas apresentam feições individuais e subordinadas a um sem número de variáveis e não tem nenhuma receita pronta para a sua

definição. A questão que se coloca é como se definir arenas de pactuação e como operar os consensos necessários.

A coragem para o enfrentamento do tema da integralidade é tanto mais necessária, porque se dá junto da constatação da insuficiência brutal de financiamento do sistema de saúde brasileiro nos patamares atuais e, pode ser afirmado, ainda no futuro próximo, conforme mostra a análise dos dados disponíveis (CONASEMS, 2005). Num ambiente de universalidade, do qual não se pode abrir mão, e mesmo com um patamar a ser almejado de cerca de 5% do PIB investidos em saúde, será impossível dar atendimento integral, sem qualquer limite racional, a todos, a todo momento e com qualquer velocidade desejada. Além de não ser verdadeiro, tende a produzir iniquidades no acesso à atenção, por faltar publicização do cenário real das ofertas e do conjunto das demandas a serem priorizadas e atendidas segundo o critério das necessidades individuais e coletivas. A clareza sobre o que será necessário serve também para orientar de forma mais concreta a luta para a conquista dos recursos necessários, como forma de viabilizar a integralidade da atenção universal em situação de real necessidade e no interesse público (CARVALHO, 2005).

Como balizamento desta discussão teórica, cabe aqui uma declaração afirmativa de que o princípio da universalidade e a sábia decisão constitucional de saúde como bem público, e não da categoria daqueles bens que se pode disputar no mercado, é que deve ser a moldura a orientar a discussão do seu conteúdo. Portanto, não se trata de adaptar um sistema de atendimento universal e integral ao patamar atual de financiamento e começar a racionalizar, por este enfoque reducionista, o aparato da atenção. Trata-se de enfrentar, sem rodeios e falsos dogmas, este que é um dos grandes dilemas da gestão da saúde pública hoje. Sem a definição clara do que se quer atingir, não só não se alcança a integralidade, como contribui-se para a limitação da própria universalidade, que fica no plano do discurso e não atinge realmente todos os cidadãos em suas diferentes necessidades e a seu tempo.

Certamente que dentre os princípios do SUS, talvez a integralidade seja a menos visível no sistema nas avaliações técnicas e no próprio sentido do sistema para os usuários. Por exemplo, são evidentes as mudanças do sistema tanto na descentralização, quanto no controle social, mesmo numa idéia processual da sua evolução. Mesmo com

relação ao acesso universal, no SUS atualmente já não existem barreiras formais que limitavam o acesso, triste lembrança dos antigos não detentores da carteira da previdência social, sobrando as limitações de acesso e qualidade da resposta a algumas áreas do sistema de atenção e em diferentes patamares. Entretanto, no que diz respeito à integralidade, as mudanças não têm sido evidentes. Elas acontecem em várias experiências pontualmente nos municípios, mas não ganharam a generalização e nem a visibilidade que foi almejada (MATTOS, 2004).

Além disso, a integralidade é dilema para o SUS pelas razões óbvias da insuficiência de financiamento orçamentário dos três níveis de governo para a aposta da universalidade real e pelas demandas crescentes para o sistema, gerada pelas mudanças demográficas e epidemiológicas de nossa população e incorporação progressiva de tecnologias materiais onerosas. E é também no campo da saúde suplementar, que por este ter também um caráter econômico próprio e, portanto, necessitar de equilíbrio econômico-financeiro, pressionado pelo incremento crescente de custos, o que pode levar os seus financiadores e provedores a uma situação de insustentabilidade e conseqüente desarranjo do sistema de atenção. Pela intensiva comunicação entre o SUS e a suplementar, como será abordado mais à frente neste estudo, todo o desequilíbrio neste sub-sistema tende a comprometer ainda mais o SUS no seu balanço demanda/oferta de serviços.

Um nível último de abordagem é a insuficiência da regulação pública da incorporação e da utilização tecnológica em saúde, em seu sentido mais clássico. Esta incorporação vem atendendo mais aos interesses da acumulação do complexo médico hospitalar, do que à produção efetiva de saúde para os usuários, podendo até causar mal a eles quando utilizada inapropriadamente. São estas as razões mais simples para que, ao se ousar colocar algum adjetivo, provisório e dinâmico, à integralidade, este seja baseado nas necessidades dos usuários, no horizonte da produção da sua saúde individual e coletiva e não nos demais interesses de ordem privada, no caminho da acumulação de capital.

É preciso avançar mais na discussão conceitual da integralidade pela própria complexidade de seus fundamentos como demonstrado anteriormente e o texto a seguir traduz este enunciado:

(...) diríamos que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma bandeira de luta, parte de uma imagem objetivo, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. (...) numa das concepções de “imagem objetivo”, a dos planejadores, significa uma condição a ser alcançada, portanto, ainda inexistente a partir de uma avaliação crítica da realidade. Sai do que que existe para o que é sonhado. Geralmente ela não é detalhada, não se configurando como um projeto específico, trazendo em si enunciados de ordem mais geral, o que permite diferentes olhares sobre um mesmo objeto ou tema, incentivando a criatividade e o livre pensar e operar. Também é assim com a integralidade, que adquire caráter polissêmico, e várias as possibilidades de caminhos para a sua conquista (MATTOS, 2001)

Não tem resposta única e, ademais, hoje as inquietações, tensões e expectativas são muito maiores do que nos primeiros anos do SUS e isto deve ser considerado. A cartografia conceitual aqui escolhida não tem a pretensão de ser o única possível e verdadeira, mas assume o adjetivo de necessária, porque adequada às necessidades do mundo dos usuários. Este o nosso grande marcador referencial (MATTOS, 2001). O tema da integralidade pode ser compreendido e aprofundado a partir de diferentes dimensões, em que vários autores, de uma forma ou de outra tem estruturado suas análises, não sendo estas excludentes e sim complementares e em permanente interceção. Esta estrutura de análise será seguida como forma meramente organizativa do raciocínio, mesmo com o *a priori* de que todas essas dimensões se integram continuamente no tempo e nos territórios das políticas e das práticas de saúde. Portanto, a integralidade pode ser vista por diferentes olhares ou pontos de vista como será visto a seguir.

1- A dimensão do ponto de vista da saúde coletiva

A integralidade requer como seu fundamento primário, a estreita integração entre as ações preventivas e as ações curativas de vários matizes. Há necessidade de articulação dentro de cada serviço de saúde nesta dupla missão, mas também entre os vários

setores do aparelho de Estado e da sociedade civil, gestores que formulam e executam diversas políticas públicas. O avanço desta dimensão da integralidade depende da vontade política dos governantes de investir em cada uma das políticas sociais, bem como promover a integração entre elas, especialmente nos ambientes favorecidos pela mobilização social. Algumas experiências têm demonstrado que quando a iniciativa de integração parte apenas de um dos setores, as ações conjuntas ou são inviabilizadas, ou têm seus resultados muito aquém das necessidades dos cidadãos. E o setor saúde tende muitas vezes a almejar ser o protagonista exclusivo deste movimento, submetendo inadvertidamente as demais políticas públicas à sua condução, tratando-as como apoio às suas iniciativas próprias. Talvez seja este um dos caminhos para a desconstrução, na prática, da falsa polêmica entre promoção e assistência à saúde, que tem contribuído para empobrecer o debate dos avanços necessários do tema da integralidade.

Esta espécie de macrointegralidade social tem efeitos concretos na produção da saúde e qualidade de vida, a partir de efeitos sinérgicos de diferentes políticas públicas fora do setor saúde, mas entrelaçadas a ela, no que vem sendo denominado de intersectorialidade. Dá sentido ao enunciado da Lei 8080/90, que diz que saúde é também resultado deste conjunto de políticas públicas (BRASIL, 1990). Esta dimensão da integralidade, por se fazer mais evidente com elementos externos ao setor saúde, não pode ser relativizada e várias experiências têm demonstrado isto (DIAS & MAGALHÃES JR., 2004). Intersectorialidade é a articulação entre sujeitos sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades também diversos, para enfrentar problemas complexos, que se apresentam, às vezes, como demandas para o sistema de saúde. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas. Para JUNQUEIRA (2004), a intersectorialidade incorpora a idéia de integração, de território, de equidade, enfim de direitos sociais. Cada política social encaminha a seu modo uma solução, sem considerar o cidadão em sua totalidade e nem as ações das outras políticas sociais, que também estão buscando a melhoria da qualidade de vida (JUNQUEIRA, 2004). Ainda segundo este autor a intersectorialidade transcende um único setor social, sendo a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando o desenvolvimento social e superando a exclusão social. Isto exige que a população passe a ser considerada como sujeito e não como objeto de

intervenção, assumindo um papel ativo, colaborando na identificação e na solução de seus problemas. Para isto, passa a exigir cada vez mais do poder público ações articuladas e não desencontradas e pontuais.

Claramente, intersectorialidade não é sinônimo de somatório de várias políticas públicas em um mesmo território. É necessário o compartilhamento do diagnóstico do problema, da sua árvore explicativa, da identificação de seus determinantes e condicionantes, das possibilidades de intervenção e do planejamento integrado destas intervenções com todas as ferramentas e instrumentos que as diversas políticas públicas possuem. E políticas públicas em seu sentido amplo, não só as mais próximas do setor saúde, as ditas políticas sociais, universais ou não, como a educação, cultura, segurança alimentar e assistência social. Muitos dos problemas das populações que se apresentam sob a imagem de problemas de saúde, por demanda espontânea aos serviços de saúde ou por busca ativa de seus profissionais, tem sua solução na integração de diversas políticas consideradas classicamente de políticas urbanas. É o caso dos planos de intervenção na questão da dengue, das doenças relacionadas à falta de saneamento básico, dos acidentes de trânsito, das doenças respiratórias e o grande tema dos efeitos da violência sobre a vida e a saúde. Um sem número de experiências relatadas nos mais variados fóruns vem ocorrendo, tendo o setor saúde como seu participante em diferentes graus. Em alguns momentos, a saúde busca os parceiros a partir da identificação de problemas na sua rede; outras vezes, é solicitado pelos gestores de outras políticas e setores e compartilhar a intervenção em determinado problema que lá apareceu (JUNQUEIRA, 2004).

No âmbito destas experiências brasileiras, há uma em curso em Belo Horizonte que, pelo seu arcabouço conceitual e operativo e por ser a cidade a moldura deste estudo, vale a pena ser mencionada. Trata-se do projeto BH CIDADANIA, que, a partir de um recorte territorial fragrantemente de vulnerabilidade social de grupamentos populacionais, propõe a garantia da inclusão social em sentido ampliado, com acesso integrado às políticas públicas de educação, saúde, segurança alimentar, assistência social, lazer, esportes, cultura, geração de trabalho e renda, enfim, de condições dignas de se viver na cidade. Neste recorte, que tem grupamentos familiares como núcleo central, há o planejamento e a ação permanente de todos os setores gestores das diversas políticas, nos vários níveis, de

grupos técnicos locais ao primeiro escalão do governo municipal. A Prefeitura Municipal de Belo Horizonte chegou a fazer uma reforma administrativa para dar conta efetiva desta aposta e potencializar este tipo de ação governamental intersetorial. Avançou na estruturação de um organismo coordenador de primeiro nível, a Secretaria de Coordenação de Políticas Sociais num primeiro momento e, posteriormente, com o amadurecimento da ação de governo, na implementação de uma Câmara de Políticas Sociais, que trabalha este programa e atua como facilitador das demais interfaces entre as várias políticas públicas. O último grande exemplo está sendo a forma de manejar no município o Programa Bolsa Família, hoje com mais de setenta mil famílias acompanhadas permanentemente pelas várias áreas envolvidas através dos chamados núcleos intersetoriais regionais. Nesta experiência a saúde tem sido produtora e produto de várias iniciativas interessantes de ação intersetorial efetiva, facilitada pela coincidência de seu planejamento espacial e de sua estratégia de organização da atenção básica com equipes de saúde da família para fundar e exercitar, também nestes territórios de intensa vulnerabilidade, os princípios espaciais de responsabilidade sanitária, vinculação, resolubilidade, controle social em tempo real e integralidade. Passou a pensar e dar encaminhamento de forma diferente a vários de seus crônicos problemas como a desnutrição, o abandono e a violência infantil, a drogadicção e o sofrimento mental de várias ordens (DIAS & MAGALHÃES JR., 2004)

Uma das demandas hoje colocadas na gestão do sistema de saúde, sem desqualificar a estruturante questão dos mecanismos da agenda aberta e do acolhimento como prática permanente, é intervir na tendência de se tentar uma resposta a todas as demandas espontâneas e imediatas dos usuários, configurando uma resposta exclusivamente assistência-centrada, mais, apenas médico-centrada, num caminhar cada vez mais para a medicalização brutal da sociedade. A facilitação progressiva e desejável do acesso dos serviços de saúde nos últimos anos, apesar de todos os seus limites, apresenta-se, às vezes, como a única porta aberta de uma política pública de recorte universal (CARVALHO, 2005). Muitas vezes, conforme se tem visto sem muita sistematização na fala de trabalhadores e usuários, a resposta a essas demandas não está no setor saúde, mas em outro espaço de políticas públicas e com outro conjunto de tipologias de intervenção. Algo como se pensar em não responder, no individual com ansiolíticos apenas e no coletivo com mais médicos, queixas que expressam na verdade um certo “mal estar na civilização”,

para usar uma clássica referência freudiana (FREUD, 1969). Isto vem reforçar a necessidade de referenciação constante na discussão das necessidades reais, como já abordado, e não só numa perspectiva desenfreada de atendimento, sem reflexão, ao conjunto das demandas. Como na singularidade de um caso clínico, estas opções são de difícil implementação, e exigem que os formuladores e gestores dos sistemas se interessem e tenham este referencial na discussão da organização de seus serviços e sistemas. Sem perder a identidade própria da saúde, isto também deve ser objeto cada vez mais necessário da discussão de integralidade.

2- A dimensão do ponto de vista individual: a integralidade vertical

Na mesma matriz conceitual de MATTOS (2001), há o enfoque da integralidade em ato na abordagem cotidiana das pessoas, em seu todo, ao entrarem em contato com os serviços de saúde. Este olhar sobre a integralidade se relaciona mais à prática dos serviços de saúde e não à política de saúde em sentido mais amplo, como abordado no tópico anterior e que retornará posteriormente. Significa não fragmentar a atenção em aparelhos, órgãos ou patologias, incorporando-se também um olhar sobre as questões que dizem respeito aos aspectos da subjetividade e do contexto social, ou seja, não só a integralidade do corpo, mas do sujeito portador de singularidades e inserido em um dado processo histórico. Conforme defendem CAMPOS (1992) e SILVA JR. (2003), é imperativo a ampliação de escuta dos profissionais de saúde, com a incorporação do instrumental da psicanálise e outras disciplinas, numa reestruturação da clínica, ampliando as suas possibilidades de atuar de forma mais humanizada e acolhedora dos sofrimentos individuais, traduzindo-os em dimensões físicas, psíquicas e sociais, e permitindo-se intervenções mais integradoras. Chama-se isto de uma clínica ampliada, o que tende a facilitar um cuidado integral. É que pode ser chamado de integralidade vertical, exatamente pela acepção do termo de abordar o usuário em toda a sua dimensão, olhando para aquele conjunto de necessidades, já expressas ou ainda não traduzidas em demandas, e no seu contexto de vida e inscrição na sociedade.

Aqui, o caminhar do movimento sanitário produziu um afastamento entre a dita medicina preventiva e de parte hegemônica da saúde coletiva, herdeira do esforço da medicina integral, com a prática clínica assistencial, rotulada e com muito de razão, de excessivamente fragmentada e, portanto, essencialmente anti-integralidade. Corrobora esta afirmação o destino que tomou o aparelho formador dos recursos humanos na saúde, em especial na medicina, onde os pilares do ensino médico foram, por décadas, os catedráticos especialistas e o hospital, onde a prática fragmentadora é a hegemônica e se reproduz fortemente (CECÍLIO, 2001). Também segundo CECCIM (2004), há um consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. O ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos, com privilégio da alta tecnologia, segundo o referencial técnico-científico acumulado pelos docentes nas suas super-especialidades. Nada disto tem alguma coisa a ver com o fato da integralidade da atenção dever ser um princípio norteador do SUS e, portanto, da formação de sua força de trabalho.

Ainda que seja uma visão limitada e com alcance definido, não pode ser renegado como um dos chamados sentidos da integralidade, este que caracteriza o que tende a ser a medicina integral, onde o olhar do profissional sobre o usuário tende a se expandir além das queixas imediatas e do relato dos sofrimentos auto-referidos, para abordagens que incluem aspectos da prevenção, associando e fugindo da dicotomia prevenção e assistência. Afasta também o conceito de que tudo é prevenção e esta subordina a assistência, e depende, fundamentalmente, da tomada de posição e de atos por parte dos usuários. Esta visão pode estar operando num encontro singular entre um profissional e o usuário, ou como atributo de práticas de toda a equipe de saúde, dotando o seu processo coletivo de trabalho de elementos que caracterizam um cuidado integral. A sinergia de disciplinas e saberes de várias categorias profissionais interagem para abordar o usuário e suas necessidades, numa atitude integral de olhar de equipe, e não como simples somatória de vários saberes e práticas.

Segundo MATTOS (2001), a assistência e a prevenção tem lógicas diferentes. A assistência é demandada a partir de uma experiência de sofrimento do usuário e de sua impressão que ele encontrará alento para este sofrimento no serviço de saúde; é o que pode ser chamada de demanda espontânea. Esta, na verdade, ainda que expressa individualmente, é construída socialmente nos seus determinantes. Já na lógica da prevenção, pelo menos na chamada prevenção primária, as ações ditas preventivas se antecipam à experiência individual de sofrimento geradora da demanda espontânea. Como afirma MATTOS (2001), atuam ainda no "silêncio dos órgãos" e são possíveis porque nosso conhecimento sobre as doenças, que causam alguns sofrimentos, permitiu antever riscos ou mesmo reconhecer precocemente as doenças. Na prática dos serviços, significa para os profissionais, incluir no seu cotidiano de trabalho, rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades ainda silenciosas, ou seja, ofertar ações de prevenção de doenças. Entretanto, não se trata de apenas desenvolver protocolos e rotinas mecânicas capazes de identificar e oferecer ações preventivas não demandadas diretamente pelas pessoas. Há que se compreender o contexto específico e singular de cada encontro entre equipe e usuários, neste momento de produção de atos de cuidado, aí sim verdadeiramente integrais (MATTOS, 2001, 2004).

3- A dimensão do ponto de vista do sistema: a integralidade horizontal

Nos tópicos anteriores a integralidade, como atributo, foi considerada na articulação das políticas intersetoriais, como afirmação da saúde coletiva e na prática cotidiana dos serviços de saúde, como a dimensão da integralidade vertical. Agora, a integralidade passa a ser considerada na sua dimensão constitutiva de uma rede de serviços que possa proporcionar, ao longo do tempo, um aparato de cuidado integral aos usuários nos vários patamares tecnológicos existentes. A necessidade de uma rede articulada e integrada não é uma definição isenta e pré-determinada. A sua configuração assumida neste estudo e com base em um amadurecimento de várias formulações acadêmicas e experimentações parciais em vários sistemas é o que passou-se chamar de linhas de cuidado (FRANCO & MAGALHÃES JR., 2004). Entendendo o conjunto de serviços de saúde como uma rede articulada, em que deveria haver uma permanente facilitação para o

caminhar do usuário nesta rede, de acordo com as suas necessidades de saúde e ao longo de sua vida (CANGUILHEM, 1990).

É fundamental que esta integração se dê em todos os serviços e de forma contínua. Nas unidades básicas de saúde, portas de entrada em que se aposta como preferenciais do sistema, onde o usuário apresenta em primeiro lugar suas demandas, com resposta mais ou menos integral, a qualidade deste atendimento é definidora para o caminhar do usuário no sistema. Esta qualidade dependerá da formação técnica e ética dos profissionais. A formação técnica é determinante para a resolutividade clínica do caso (dentro da já nominada integralidade vertical), tanto na atenção à demanda explícita, quanto na detecção precoce de agravos ainda fora do horizonte clínico ou intervenção em fatores de risco, como no caso das doenças crônicas e as oncológicas. Já a formação ética e humanística definirá concretamente o grau de vínculo e responsabilização dos profissionais com o usuário e seus problemas. Como regra geral, os usuários geralmente não reclamam da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas da falta de interesse e de responsabilização dos serviços. Sentem-se, assim, inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados (MERHY, 1997). As duas vertentes contribuem para a elaboração de um projeto terapêutico que tende a produzir o cuidado integral e de forma singularizada.

4- A dimensão da integralidade nos programas mais tradicionais da saúde pública

Este é um recorte dentro da mesma matriz analítica utilizada e toma importância pelos destaques que os chamados programas de saúde pública acabam tendo no conjunto da política de saúde e no cotidiano dos serviços (MATTOS, 2001; FREIRE, 2005). Em alguns casos, verifica-se uma grande distância entre os postulados e a prática derivada dos conteúdos dos programas, no sentido de ser produzida integralidade da atenção. O exemplo mais claro desta situação é o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), onde, apesar de vários indícios na sua proposta em apresentar-se como de caráter integral, não permite na prática a devida correspondência. Na verdade, este dito programa integral sempre focou muito mais a mulher em seu aspecto de potencial portadora

de tumor de mama ou de colo uterino ou, ainda, ou no seu ciclo produtivo, não empreendendo realmente uma abordagem holística da saúde das usuárias no seu complexo contexto de vida, onde a sua inserção no mundo do trabalho, o ambiente doméstico, as questões relativas à sexualidade e sua relação com o próprio corpo fazem a diferença em qualquer abordagem. É necessário existir normas técnicas, diretrizes clínicas e protocolos para orientar as equipes no seu cuidado com as mulheres em seus vários momentos da vida, mas sempre com o alerta de não recortar estas ações do conjunto das atitudes necessárias das equipes e das gestões para a busca da integralidade vertical e horizontal, para dizer dos termos anteriormente utilizados. Esta análise é importante para reforçar o histórico do sistema de saúde brasileiro, onde este tipo de programa, deslocado do conjunto da atenção, era de responsabilidade tradicional do Ministério da Saúde nas suas funções de saúde pública e não de gestor federal de um Sistema Único de Saúde.

Entretanto, a própria evolução da gestão do SUS produziu experiências diversas da anteriormente citada. Num contraponto a este fazer, a política brasileira para o enfrentamento do HIV/AIDS é uma afirmação de que é possível, mesmo no recorte de um agravamento, promover uma política de atenção integral. A definição de que um país pobre como o Brasil, além de promover campanhas educativas e fornecer preservativos, ofertaria o conjunto dos medicamentos anti-retrovirais a todos os cidadãos, de acordo com protocolos técnicos, é por si uma ação afirmativa do caminhar para a integralidade da atenção (MATTOS, 2001). Indo contra todas as recomendações de várias ordens, principalmente de organismos internacionais, não foi pouca coisa a vitória brasileira neste campo e, no mínimo, serve de alento à luta política pela integralidade. Mesmo aqui já existem experiências locais como a articulação das ações programáticas em saúde, herdeiras dos velhos programas, sendo reescritas na lógica de cuidado integral, dentro de uma rede articulada e com gestão plena local, conforme relatos positivos do que vem ocorrendo, por exemplo, na rede municipal de saúde de Aracajú (SE), muito bem retratados em estudo recente de FREIRE (2005).

Recentemente, o Ministério da Saúde promoveu uma pesquisa "Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família nos grandes centros urbanos- dez estudos de caso", dentro do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF),

com vistas a avaliação dos determinantes das dificuldades de implantação da estratégia do saúde da família nos grandes municípios (BRASIL, 2005g). Nesta pesquisa, uma das variáveis verificadas foi a integração da unidade de saúde da família com os demais níveis de complexidade da atenção, mostrando uma preocupação com o sentido da integralidade da rede.

Para dar conta de se garantir um sistema de saúde com atributos claros de integralidade, no enunciado da sua política global e na prática cotidiana de seus serviços, alguns princípios parecem ser fundamentais para que o processo desta construção seja colocado em marcha.

- Interação permanente com as demais políticas públicas que, ao se tornarem sinérgicas à política de saúde, causam impacto positivo na qualidade de vida dos cidadãos e, portanto, do seu quadro de saúde coletiva e individual. Já citada a experiência exitosa em curso, passível ainda de avaliação mais refinada, do projeto BH CIDADANIA em Belo Horizonte (DIAS & MAGALHÃES JR., 2004). Reforçando afirmação anterior, é por demais simplista considerar que, numa complexidade dos determinantes sociais, econômicos e de ocupação dos espaços urbanos de uma grande cidade, a situação de vida e padrão de saúde de determinados grupamentos populacionais pudessem ser definidos por intervenção apenas de uma equipe local de saúde. Talvez seja esta uma discussão importante para se fazer no contexto da organização do modelo de atenção baseado na estratégia do programa de saúde da família. Ainda que se considere que cabe a uma equipe de saúde contribuir para a identificação e a discussão destes padrões de risco e de sua intervenção, não é adequado e justo colocar nos ombros desta equipe, e mesmo do conjunto da atenção básica, a responsabilidade pela solução destes problemas e a conseqüente promoção à saúde daquela população.

- Gestão do sistema de saúde orientada para o trabalho em rede - os sistemas locais de saúde geralmente são organizados, do ponto de vista do seu desenho organizacional, em níveis rigidamente hierarquizados (primário ou básico, secundário e terciário), representado por uma pirâmide, contribuindo para a fragmentação da assistência. Este foi o arranjo organizativo que refletiu o princípio legal do SUS de hierarquização. Entretanto, a evolução dos conceitos de organização de sistemas e reflexão sobre o seu impacto na vida dos usuários levaram as formulações para outro polo, com o conceito de rede. De forma didática e ilustrativa, este é na verdade, baseado nas redes de pesca, onde os vários nós não são concorrentes, mas sinérgicos e onde a integridade de cada um é importante para a força e a estabilidade de toda a rede. O conceito chave para uma rede é a solidariedade entre os seus componentes, o que deriva também um seu outro constituinte, que é a horizontalidade, onde não há subordinação *a priori* de cada ponto com outro. Na verdade, cada elemento tem que ter e exercer um papel previamente pactuado e de conhecimento público a sua responsabilização (JUNQUEIRA, 2004).
- Modelo de organização da assistência orientado pelos princípios do acolhimento, responsabilização e vínculo entre profissionais de saúde e usuários, em todos os pontos do sistema e não só na atenção básica, onde esta discussão mais se referenciou. Independente do formato organizativo dos vários níveis da atenção, esses dispositivos são fundamentais para que haja credibilidade do usuário nas ações adotadas pelos profissionais. Somente com confiança torna-se possível estabelecer um contrato fático entre as duas partes em torno de um projeto terapêutico possível. Claro que o vínculo terá diferentes tinturas, como se verá mais à frente, dependendo do tipo de serviço, e da responsabilização, que deve ser atributo obrigatório de todos os serviços. Também variará de acordo com os pactos e protocolos estabelecidos. Assim, um paciente diabético, com uma clara vinculação com uma equipe de saúde da família, terá este seu vínculo e seus constituintes de responsabilização de uma determinada forma com esta equipe. O seu endocrinologista de referência, para o qual ele é encaminhado anualmente

pela equipe, para uma revisão mais detalhada do quadro clínico ou ajustes finos de doses de insulina, tem outro papel vinculatorio e responsabilização também variada. Esses elementos contribuem para a construção da autonomia dos usuários e para o seu comprometimento com o projeto terapêutico instituído. Mesmo que a conduta adotada seja a mais correta do ponto de vista técnico e científico, não surtirá efeito se o usuário não se comprometer com ela. No limite, os usuários possuem a autonomia de recusar, explicitamente ou não, intervenções sobre seu corpo, se não acreditar ou não concordar com elas. Acrescente-se a estes, o princípio do acolhimento, como a primeira referência de contato do usuário com o sistema de saúde e definidor do seu modo de caminhar pela rede. Aqui a discussão do acolhimento merece um aprofundamento, sem a pretensão de esgotar o tema ou trazer todo o imenso referencial teórico que já foi produzido (MALTA, 2001).

Primeiro, a constatação, por este acúmulo de conceitos e práticas em vários serviços, de que é fundamental a implantação desta idéia central de que uma escuta qualificada e resposta positiva aos usuários ocorra em todos os serviços. Além do que representa de componente do processo relacional trabalhador/usuário e parte integrante das “ações clínicas”, o acolhimento também pode ser visto na ótica da acessibilidade de determinado estabelecimento de saúde (FRANCO & MAGALHÃES JR., 2004). Neste conceito amplificado, não pode ser uma característica a ser buscada apenas na atenção básica e por alguma categoria profissional. Mais uma vez, o seu caráter será diverso, tanto quanto diversos são os serviços, ao se conformarem como centro de especialidades, pronto atendimentos ou estruturas hospitalares.

- Trabalho em equipe e equipes gestoras do cuidado – a formação dos profissionais de saúde se dá a partir de disciplinas que olham e estudam os humanos a partir de diferentes recortes. Isto é válido para dentro da formação médica e sua multiplicidade de especializações e subespecializações, como também para as outras profissões da área de saúde. A integração entre estas é potente para produzir um resgate da integralidade, desde que haja processos intercessores entre os membros da

equipe, que possam ir da simples anotação e leitura do prontuário por todos os profissionais, passando pela discussão sistematizada dos casos clínicos, até a definição coletiva dos projetos terapêuticos. A gerência local deve ser capaz de motivar a troca de saberes e conhecimentos de modo a ampliar a visão sobre os problemas, bem como ampliar a potência de ações que defendam a vida, diminuam o sofrimento e produzam mais autonomia e qualidade de vida. Trata-se, portanto, de reconfigurar a relação de uma equipe de saúde como os usuários e suas singularidades.

Além do trabalho em equipe, há que se reconformar tecnologicamente este trabalho, em que as equipes nas unidades básicas assumam um duplo papel. A função de cuidadores diretos, com a responsabilidade por uma série muito grande de ações/procedimentos neste nível da atenção e uma segunda e nova função de gestores do cuidado. Ou seja, no percurso do usuário pelos demais níveis de assistência, quando isto for necessário, é preciso ter um “gestor” que continue se responsabilizando à distância pelo está acontecendo com aquele usuário. Esta é mais uma responsabilização humana e ética do que técnica, na medida em que baseada quase exclusivamente na " preocupação" com o outro na sua caminhada. Na verdade, trata-se de cuidar também da informação sobre este percurso e tomar as iniciativas necessárias junto aos níveis gerenciais quando houver alguma intercorrência indesejada. Isto concretiza o cuidado integral e responsabilizador de uma equipe por um conjunto de usuários que seguirão, como será tratado adiante, as diversas linhas de cuidado necessárias à promoção e recuperação da saúde. Este princípio é fundante para o exercício concreto do atributo da integralidade na prática dos serviços (FRANCO & MAGALHÃES JR., 2004; MERHY, 2002)

- Disponibilidade de recursos tecnológicos necessários à continuidade e/ou complementação da assistência em todos os outros níveis, que continua sendo um grande entrave para a concretização da integralidade real. Tanto do ponto de vista da necessidade de apoio diagnóstico e terapêutico ágil, de boa qualidade e com fluxos facilitados para atenção básica, como da suficiência de oferta de consultas e exames especializados, principalmente de média complexidade. O aforisma amplamente dito de que a atenção básica resolve

85% dos casos clínicos só é verdadeiro, se este nível da atenção tiver a devida retaguarda e suporte logístico para sua atuação. Um dos mecanismos de desvalorizar a atenção básica é deixá-la sem as condições adequadas de funcionamento e, ao mesmo tempo, ser cobrada por aquilo que é impossível de ser executado. Talvez seja esta a diferença de uma atenção básica, para usar a expressão consagrada no Brasil para a Atenção Primária em Saúde (APS), reducionista e primitiva, de uma outra perspectiva (a linha adotada neste texto), como um nível da atenção estruturante para todo o sistema, reconhecido e defendido pelos usuários, primeira entrada preferencial para seu o cuidado e aparato cuidador continuado durante toda a sua vida (PAIM, 2003).

- Sistema de informação inteligente, que dê conta da complexidade e da atualização de um conjunto de informações, algumas necessariamente em tempo real, para que a equipe gestora do cuidado de um determinado usuário possa poder cumprir o seu papel efetivo de gestor do projeto terapêutico por ela estabelecido, adicional ao seu papel de cuidador principal dentro do projeto instituído. Outro aspecto fundamental é a necessária desagregação das informações e sua também integralidade informacional, para poder compor a base de dados clínicos de cada usuário, com origem nos vários serviços que participaram de algum procedimento ou intervenção naquele projeto terapêutico. Este sistema deve ser capaz de avaliar permanentemente o desempenho de equipes e serviços, retroalimentando o planejamento da gestão local e de toda a organização em níveis ascendentes de agregação. Deve-se trabalhar também com a possibilidade de eleição de eventos sentinelas ou situações traçadoras para que, de forma mais refinada, a avaliação possa ser permanente e em diferentes agregações necessárias. Os pontos críticos de controle podem ser, por exemplo, internações sabidamente evitáveis, daí a necessidade de integração dos sistemas de informação da atenção básica e hospitalar, para falar apenas de um exemplo. Este tema será mais discutido na parte final do trabalho.

CAPÍTULO 2

1 - A cidade de Belo Horizonte e suas políticas públicas

Belo Horizonte não é uma cidade como as outras. Ela não é o fruto espontâneo da aglomeração de casas levantadas por uma conjunção de interesses e posicionamento estratégico, como quase todas. Ela foi planejada, projetada, traçada a régua e compasso. Criada primeiro na prancheta, teve depois seu plano imposto ao relevo natural à custa de enormes esforços e grande movimento de terras. Por isso a Cidade de Minas, como era seu nome oficial, veio causar imenso impacto na contida gente da montanha. Era muito diferente das cidades de ruas e vielas tortuosas da mineração, de Ouro Preto, Mariana, Sabará e tantas outras a que o povo estava acostumado. A cidade moderna, positivista, eugênica, veio para romper de uma vez por todas com o passado ao inaugurar uma nova era, a da República e, ao mesmo tempo, coroar a tradição de Minas Gerais, a única região das colônias ibéricas cuja base cultural era enraizadamente urbana. Mais que uma cidade, era um símbolo ideológico e cultural (Gomes, 2000).

Belo Horizonte, a nova capital de Minas Gerais, foi inaugurada em 1897, inicialmente planejada para abrigar duzentos mil moradores, já tem 2.370.000 habitantes (IBGE, 2004) e ocupa um área de pouco mais de 330 Km². Com localização estratégica em relação aos principais centros do país e da América Latina, Belo Horizonte conta com a facilidade de acesso aéreo e rodoviário, o que lhe tem conferido, dentre outras, a característica de ser aquilo que os geógrafos chamam de cidade funcional (GOMES, 2000) e, por isso mesmo, tem se transformado em um importante pólo nacional de turismo de eventos, dentre outras atrações. Mais de três mil eventos, nacionais e internacionais, são realizados anualmente na cidade (BELO HORIZONTE, 2003b).

Para seu planejamento e gestão, a cidade é dividida em nove regiões administrativas, e está inserida na chamada Região Metropolitana de Belo Horizonte-RMBH-, formada por 34 municípios, incluindo-se a capital mineira. A região abriga pouco mais que 4,3 milhões de habitantes e ocupa um área de aproximadamente 9.400 Km². Entre 1991 e 2000, Belo Horizonte cresceu a 1,1% aa, mostrando um processo de saldo migratório negativo, como em outras capitais do país (1,2% aa no Brasil) (MACHADO, 2005). No último período intercensitário, a taxa anual média de crescimento

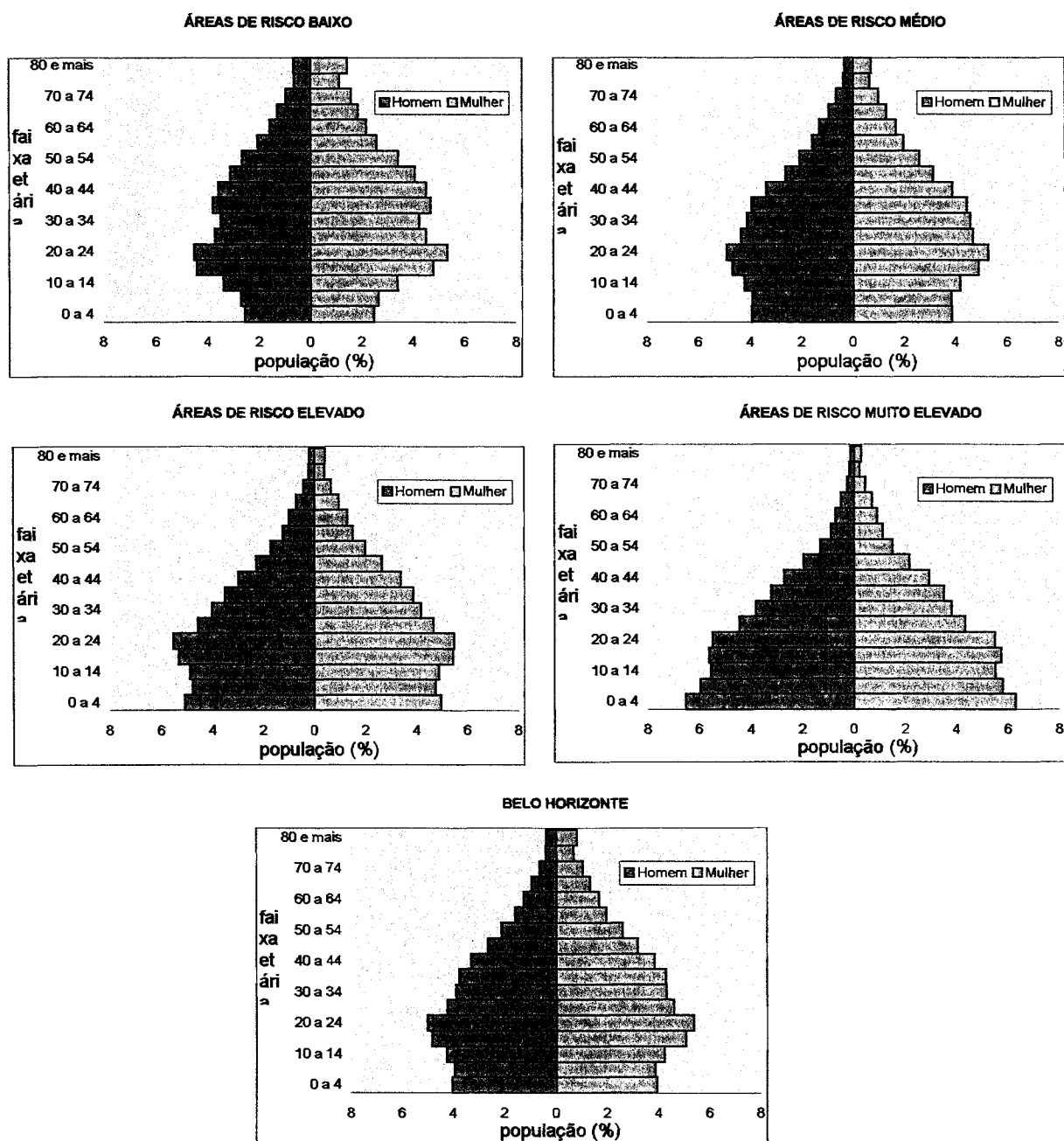
populacional da Região Metropolitana de Belo Horizonte foi maior em termos percentuais que a das regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador, dentre outras. Isto se deve ao significativo crescimento de 3,9% aa dos municípios periféricos da RMBH (somente as periferias de Belém, Curitiba e Distrito federal cresceram a taxas maiores). Nos últimos nove anos, 73% do crescimento de 834.000 habitantes na RMBH (616.000 habitantes) aconteceu nas cidades periféricas. E assim, poderíamos dizer que neste período foram “acrescidas” à RMBH duas novas cidades, equivalentes a Contagem e Nova Lima, juntas, em termos populacionais.

As regiões da Pampulha (3,3% aa), Norte (2,7% aa) e Venda Nova (2,4% aa) são as que mais crescem, demonstrando que o crescimento da população ainda existente na capital concentra-se prioritariamente na faixa norte do município. Enquanto isso, a RMBH se expande expressivamente devido ao crescimento acelerado e desordenado, principalmente de Betim (6,7% aa); Ribeirão das Neves (6,2% aa), Vespasiano/São José da Lapa (5,8% aa), Ibirité/Sarzedo (5,5% aa) e Igarapé/Bicas (5,1% aa).

As pirâmides etárias mostram o processo de queda da fecundidade e aumento da esperança de vida ocorrida nos últimos 20 anos na RMBH e, principalmente, em Belo Horizonte, seguindo tendência geral ocorrida em todo o Brasil. A conjugação destes dois fatores implica no envelhecimento da população. Este processo pode ser observado pelo estreitamento da base da pirâmide, resultado da diminuição dos nascimentos, e pelo alargamento do topo da pirâmide, que ocorre tanto porque as pessoas estão vivendo mais como também, porque as gerações de "baby boomers" (coortes com alta taxa de fecundidade, nascidos antes do início da queda da fecundidade, no Brasil, por volta de 1965) estão chegando às idades mais avançadas (MACHADO, 2003).

As pirâmides etárias guardam nítida relação com as desigualdades observadas no território municipal, segundo as áreas de vulnerabilidade social. A composição destas áreas será melhor discutida na descrição da organização do sistema de saúde do município. Observa-se grande heterogeneidade entre essas pirâmides, com padrões de estrutura etária semelhantes aos de países desenvolvidos, as chamadas áreas de baixo risco e aos países mais pobres, as chamadas áreas de risco elevado e muito elevado, que será discutido mais à frente. Isto pode ser bem observado na figura 1 (BELO HORIZONTE, 2005 a). As taxas de

fecundidade (número médio de filhos tidos por mulher no período reprodutivo), esperança de vida ao nascer e taxa de mortalidade infantil de 1991 a 2000 explicam o processo de envelhecimento da população. A taxa de fecundidade decresce sistematicamente em todos os municípios da RMBH, e a esperança de vida aumenta, principalmente pela diminuição da mortalidade infantil. Deve-se destacar a baixa taxa de fecundidade de Belo Horizonte que já era menor do que 2 em 1991 e chega a 1,65 em 2000. São valores abaixo do nível de reprodução geral da população. Isto significa que no médio e longo prazo a população não conseguirá se repor, isto é, a população começará a diminuir em termos absolutos. Sabendo que o saldo líquido migratório do município é negativo não está longe o dia no qual a população de Belo Horizonte irá decrescer (BELO HORIZONTE, 2003b).



Fonte: Índice de Vulnerabilidade à Saúde / SMSA/PBH e CENSO 2000-IBGE

Figura 1- Pirâmides etárias segundo as áreas de vulnerabilidade à saúde

Com relação ao saneamento básico, a situação de Belo Horizonte é muito positiva. O município possui quase 93% dos domicílios atendidos por rede de esgoto, sendo que na regional Centro-Sul este percentual alcança 98% e praticamente 100% com abastecimento de água pela rede oficial. Do ponto de vista econômico, a região metropolitana de Belo Horizonte é responsável por 34,44% do PIB estadual, cujo peso maior é atribuído ao setor de serviços (42,80%), seguido pelo setor industrial (33,83%). O PIB é de R\$ 32.558.731,31 e renda per capita de R\$ 14.120,29 (BELO HORIZONTE, 2003b).

O quadro de saúde do município não difere muito das grandes cidades brasileiras. Usando a base de dados de 2004, em relação à mortalidade, as doenças do aparelho circulatório representaram 28,1% dos óbitos de residentes em BH. Apenas este dado ilustra bem a importância deste conjunto de patologias e a necessidade de intervenção articulada neste campo, como será discutido em momento posterior neste estudo. Em segundo lugar estão as neoplasias, com 16,1% dos óbitos e as causas externas, representando 14,2% do total de óbitos (BELO HORIZONTE, 2005a).

Na análise história da mortalidade proporcional por grupos de causa na série 1980, 2000 e 2003 (BELO HORIZONTE, 2005a), pode ser observada uma queda sustentada na mortalidade por doenças infecciosas, mesmo a despeito da mudança da codificação de causa básica ocorrida com a implantação da CID 10ª Edição, a partir de 1996. A mortalidade por doenças endócrinas apresentou declínio no período, devendo ser ressaltado que os óbitos por diabetes representaram cerca de 65% deste grupo em 2003. Houve aumento da importância da mortalidade por neoplasias e causas externas. Com relação às doenças cardiovasculares, registrou-se aumento entre 1980 e 1991 e declínio entre 2000 e 2003. Um fato significativo é o aumento da tendência de crescimento das causas externas após 1995. Apesar da queda no período de 1999 a 2002, há um novo crescimento em 2003 e 2004. O coeficiente de mortalidade por homicídios começa a apresentar um aumento sustentado, saltando de 11,5/100.000 em 1994 para 47,1/100.000 em 2004. Apesar do aumento em ambos os sexos e todas as faixas etárias, está entre os homens de 15 a 29 e 30 a 59 anos o seu maior nível. Este impacto geral no grupo foi parcialmente compensado pelo decréscimo da mortalidade por acidentes de trânsito, que foi

de 27,8/100.000 em 1997 para 14,2/100.000 em 2004, certamente resultado de um conjunto de políticas públicas articuladas em vários campos pelo governo municipal e com apoio no advento do novo Código de Trânsito Brasileiro (BELO HORIZONTE, 2005a).

A mortalidade infantil vem caindo sistematicamente desde 1993, com redução de taxas de 34,4 para 13,3/1000 em 2004, conforme observa-se na figura 2. A redução mais significativa ocorreu no componente pós-neonatal, relacionada às doenças infecciosas e à desnutrição, mas também ocorreu na mortalidade neonatal que se relaciona com a qualidade da assistência perinatal. Por ser um signo importante de balizamento do sucesso de políticas de saúde em todo o mundo, e também para Belo Horizonte, este será objeto de discussão mais ampliada no capítulo que discutirá a utilização do sistema de saúde da cidade e suas interfaces (BELO HORIZONTE, 2002 a).

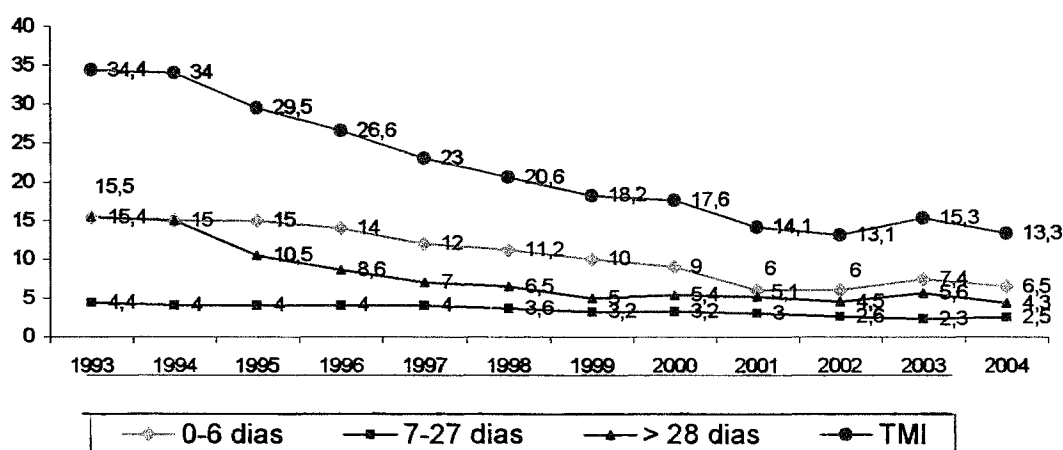


Figura 2- Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil 1993-2004

Para efeito comparativo e com relação às internações e aos respectivos percentuais de gastos financeiros, as principais causas foram: gravidez, parto e puerpério (16,3% das internações e 8,1% dos pagamentos), doenças do aparelho respiratório (12,2% e 8,9%), doenças do aparelho circulatório (11,4% e 19,9%), causas externas (11,1% e 12,8%) e neoplasias (8,5% e 10,8%). Estes dados são corroborados pelos poucos dados de morbidade ambulatorial disponíveis, que são mais difíceis devido ao formato dos sistemas de informação. Entretanto, segundo pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais com relação à saúde dos adultos, algumas questões chamam a atenção, como o acesso bastante razoável a serviços e ações de prevenção, mais classicamente reconhecidos como mamografia, exame colpocitológico, toque retal e dosagem de PSA, dosagem de colesterol e medida de pressão arterial (LIMA-COSTA, 2004).

2- O sistema de saúde da cidade: a dependência do setor privado

A base de organização da rede municipal são os 139 Centros de Saúde, distribuídos amplamente no município mostrados a seguir (Figura 3) e com regiões de responsabilidade sanitária, chamadas de áreas de abrangência e desenhadas a partir da composição de um conjunto de setores censitários do IBGE, considerando-se os fluxos históricos da assistência, a questão das barreiras geográficas e a malha viária. Estas unidades comportam 506 equipes de saúde da família (ESF), com uma responsabilidade média de cuidado de cerca de 3.400 pessoas.

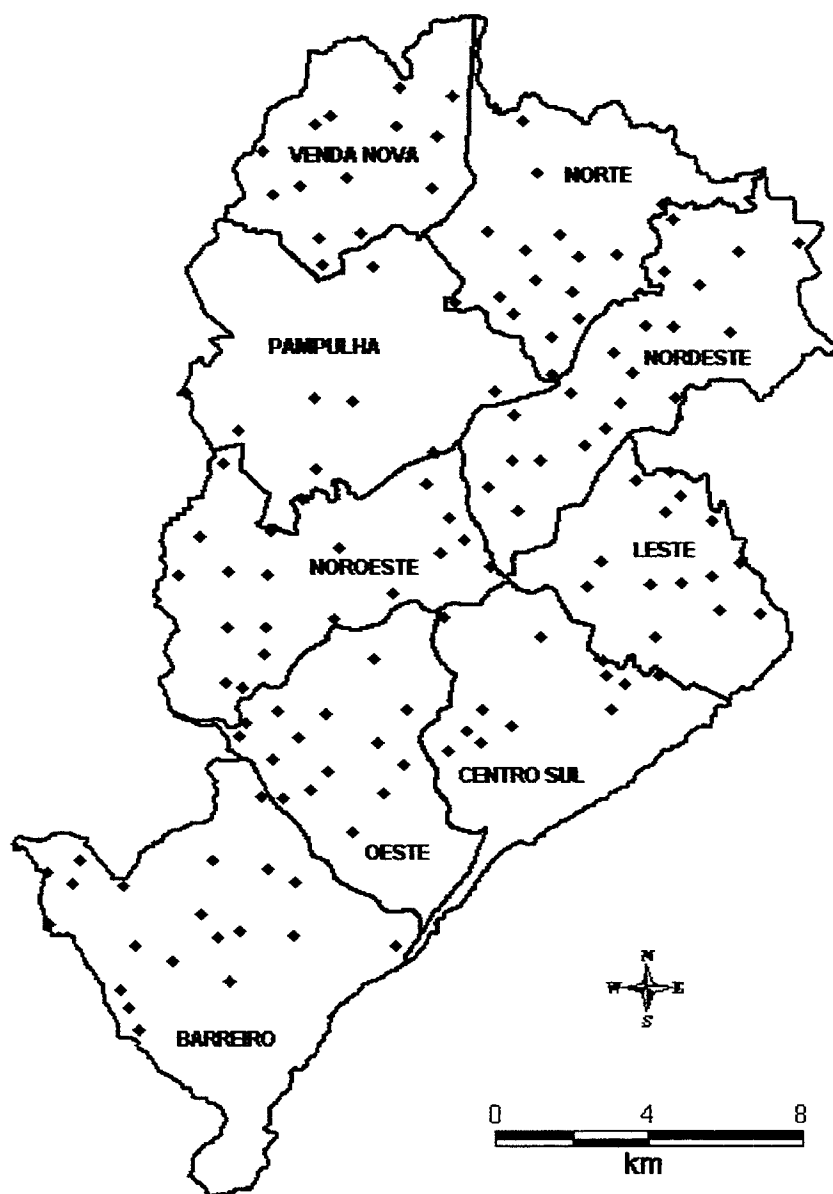


Figura 3- Distribuição dos Centros de Saúde em Belo Horizonte

Para efeito de planejamento, foi construído, a partir de uma cesta de indicadores sociais e epidemiológicos, um Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), classificando riscos em todo o município (BELO HORIZONTE, 2003a) em quatro categorias e estabelecendo a nomenclatura de muito elevado, elevado, médio e baixo risco. A tabela 1

mostra a composição das áreas de vulnerabilidade à saúde. É importante observar que esta distribuição faz das áreas de abrangência territórios heterogêneos e dinâmicos na sua composição de risco. Isto exige um esforço permanente por parte das equipes no seu reconhecimento, para o adequado planejamento das ações de intervenção sanitária individual e coletiva. Um dos dispositivos é a cobertura variável das ESF, com alocação de recursos onde o risco é maior.

Tabela 1- Composição do Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS)

Fonte de Informação	Peso	Indicadores Descrição
Saneamento	0,50	1- Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente
	1,00	2- Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente
	0,50	3- Percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo de forma inadequado ou ausente
	Total=2,00	
Habitação	0,75	4- Percentual de domicílios improvisados no setor censitário
	0,25	5- Razão de moradores por domicílio
Educação	Total=1,00	
	1,50	6- Percentual de pessoas analfabetas
	0,50	7- Percentual de chefes de família com menos 4 anos de estudo
Renda	Total=2,00	
	0,50	8- Percentual de chefes de família com renda até 2 salários mínimos
	1,50	9- Renda média do chefe de família (invertida)
Sociais/Saúde	Total=2,00	
	0,25	10- Coeficiente de óbitos por doenças cardiovasculares em pessoas de 30 a 59 anos
	1,50	11- Óbitos proporcionais em pessoas com menos de 70 anos de idade
	0,25	12- Coeficiente de óbitos em menores de 5 anos de idade
	1,00	13- Proporção de chefes de família de 10 a 19 anos
	Total=3,00	

Atualmente, estão distribuídas 506 equipes de saúde da família nos 139 centros de saúde, cobrindo cerca de 76% da população total do município, variando de uma a oito ESF em cada centro de saúde. Como apoio a estas equipes existem 192 equipes de saúde bucal, 66 equipes de saúde mental, médicos de especialidades básicas (clínico, pediatra e ginecologista) com cerca de 490 médicos em toda a rede e equipe adicional de apoio de enfermagem (BELO HORIZONTE, 2004b). Ao atendimento da demanda espontânea,

especialmente o acolhimento aos usuários com quadro clínico agudo, articulam-se as ações programadas com focos previamente definidos pelo planejamento local e, tendo como uma das suas bases de alimentação, o trabalho permanente dos agentes comunitários nas visitas regulares às famílias. Desta forma, é possível programar ações específicas para o cuidado com determinados recortes da população e prioritários para as diversas áreas, como as crianças, os idosos, os portadores de deficiência e com doenças crônico-degenerativas. Este é o eixo da política municipal instituída, que depende de um longo processo de implantação para a sua efetivação real (BELO HORIZONTE, 2003 a).

Os serviços ambulatoriais de referência estão distribuídos de acordo com sua vinculação administrativa (BELO HORIZONTE, 2004a). Chama a atenção ainda a importância da presença da rede pública com a grande maioria dos serviços até a média complexidade e a predominância do setor privado, filantrópico ou lucrativo, na oferta da alta complexidade ambulatorial. Para ilustrar isto foram escolhidos alguns equipamentos de diagnóstico por imagem, conforme tabela 2 a seguir. Por exemplo, dos 23 tomógrafos computadorizados disponíveis ao SUS, apenas 05 estão em serviços públicos; nenhuma das 10 ressonâncias magnéticas são públicas e apenas 02 dos 12 equipamentos de gama câmara são de serviços públicos. A coluna SUS não significa que estes equipamentos também não são utilizados como prestadores para as operadoras de planos privados de assistência à saúde. Os serviços privados, filantrópicos ou lucrativos, foram contratados através de licitação por chamamento público, a partir do esgotamento da oferta dos serviços públicos, e tendo como referencial o padrão de necessidades de serviços estabelecido pelos parâmetros do MS e ajustados pela experiência da gestão da demanda conhecida, principalmente daquela com maiores estrangulamentos de oferta. Como a base de valores de pagamentos é a tabela de procedimentos do SUS, também o mercado de prestadores de serviço acaba por definir parte da oferta real de acordo com os seus interesses, baseados nas relações entre custos reais e preços da tabela.

Tabela 2- Alguns equipamentos cadastrados no CNES

EQUIPAMENTO	EXISTENTES	EM USO	SUS	NÃO SUS
Gama Câmara	24	23	12	11
Mamógrafo com Comando Simples	77	75	28	47
Mamógrafo com Estereotaxia	16	16	9	7
Raio X até 100 ma	104	101	57	44
Raio x de 100 a 500 ma	169	160	92	68
Raio X mais de 500 ma	79	74	51	23
Raio X Dentário	255	250	28	222
Raio X com Fluoroscopia	65	62	40	22
Raio X para Densitometria Óssea	15	15	2	13
Raio X para hemodinâmica	23	22	15	7
Tomógrafo Computadorizado	47	43	23	20
Ressonância Magnética	21	21	10	11
Ultra-som Doppler Colorido	134	130	39	91
Ultra-som Ecógrafo	98	97	48	49
Ultra-som Convencional	62	60	8	52
TOTAL	1189	1149	462	687

Fonte: CNES (março de 2005)

Este panorama também tem uma importância grande na discussão das inter-relações da gestão do SUS, especialmente neste seu componente privado, e o campo da saúde suplementar. Ele aparecerá com mais clareza no momento de descrição de alguns dos fluxos correntes no sistema municipal de saúde.

Tabela 3- Distribuição de leitos cadastrados por especialidade no município de Belo Horizonte em Março/05

DESCRIÇÃO	SUS	NÃO SUS	TOTAL DE LEITOS CADASTRADOS
Nº Total de leitos	6.287	3.073	9.360
% do nº. de Leitos	67,2	32,8	100,0
Leitos/1000 hab	2,6	1,3	3,9
Leitos de UTI	392	244	636
% de Leitos de UTI	61,6	38,4	100
% Leitos UTI/Leitos	6,2	7,9	6,8
Leitos de UTI/ 100.000 hab	16,5	24,4	26,8

DESCRIÇÃO	SUS	NÃO SUS	TOTAL LEITOS POR ESPECIALIDADE
UTI Adulto	217	164	381
% UTI Adulto	57	43	100
UTI Infantil	76	42	118
% DE UTI Infantil	64,4	35,6	100
UTI Neonatal	99	38	137
% de UTI Neonatal	72,3	27,7	100
TOTAL LEITOS	392	244	636

Fonte: CNES (março de 2005)

Com relação à rede hospitalar mostrada na tabela anterior (tabela 3), algumas observações são importantes. De acordo com o parâmetro reconhecido pelo Ministério da Saúde (3 a 4 leitos por 1.000 habitantes), Belo Horizonte tem uma quantidade geral de leitos e aqueles cadastrados como exclusivamente do SUS razoavelmente adequada, ou seja, respectivamente 3,9 e 2,6 por 1.000 habitantes. Em relação ao estado de Minas Gerais e Brasil (2,6/1.000 hab.) observa-se um valor maior ou próximo da média, mostrando

posição intermediária do município em relação ao estado e deste em relação ao país. Entretanto, para o SUS, os 2,6 leitos/1.000 habitantes destinam-se na verdade, em ampla maioria das vezes a cerca de 1.700.000 cadastrados segundo o Censo BH Social (BELO HORIZONTE, 2005a) que serve de base de planejamento para as políticas sociais da Prefeitura de Belo Horizonte, incluídas as ações de saúde. Isto elevaria o indicador para 4 leitos/1.000 hab, apesar de saber-se que o restante da população também utiliza ocasionalmente esses leitos do SUS, especialmente na questão das emergências e da alta complexidade. Dificulta mais esta análise o fato de a capital ser um evidente pólo regional e estadual, com um fluxo regular, muitas vezes não identificado, de populações de outros municípios, especialmente os da RMBH, como será abordado a seguir (BRASIL, 2002a).

Uma outra questão que merece referência é a da disponibilidade real dos leitos. Há uma clara distinção entre leitos cadastrados para o SUS e a sua efetiva disponibilização para a utilização do sistema, a partir das prioridades estabelecidas pelo gestor local e dos fluxos e regras reguladoras. No caso de Belo Horizonte, pela própria tradição de gestão plena há 11 anos, a não utilização real de leitos cadastrados para o SUS vem sendo reduzida progressivamente. Isto a partir da introdução de dispositivos e ferramentas potentes de regulação, principalmente a contratualização formal com os prestadores, a individualização dos leitos no sistema informatizado da Central de Internações do SUS, da supervisão hospitalar presencial em todos os hospitais credenciados do SUS e dos mecanismos de auditoria assistencial (BELO HORIZONTE, 2005b).

Outra distorção que fica escondida atrás de dados médios é a distribuição por especialidades. Um exemplo disto é a existência de leitos psiquiátricos no sistema, que têm uma outra lógica de gestão de oferta e outra proposta em curso no país, na chamada reforma psiquiátrica, da qual Belo Horizonte é um dos protagonistas (CAMPOS, 1998; BELO HORIZONTE, 2004b). A ociosidade dos leitos de pediatria na maior parte do ano, pela mudança tecnológica ocorrida nas últimas décadas na atenção pediátrica, também tem impacto na disponibilidade média de leitos ao sistema (BELO HORIZONTE, 2004b). Além disto, em algumas especialidades cirúrgicas, as mudanças tecnológicas tornam a oferta de leitos, quando ainda existente, obsoleta e de pouca utilidade ao sistema, como é o caso da oftalmologia. Portanto, há uma clara possibilidade de déficit em algumas especialidades,

além da questão da qualidade e resolubilidade do leito. Isto é muito evidente na clínica médica, onde pode ocorrer a situação de um leito disponível e uma lista de pedidos de internação, mas com incompatibilidade da oferta com a demanda e necessidade de aparato tecnológico para o cuidado qualificado. Mesmo nos números absolutos, a clínica médica aparece com um total de cerca de 1.000 leitos na cidade. O parâmetro de que estes deveriam ser cerca de 30% do total, ou seja uma expectativa de 1.800 leitos, mostra este deficit absoluto e que aparece no estrangulamento neste item em todas as avaliações dinâmicas da Central de Internação. Todas estas questões devem ser consideradas na análise da capacidade instalada e será mais bem analisada a seguir na discussão das informações sobre a utilização dos serviços.

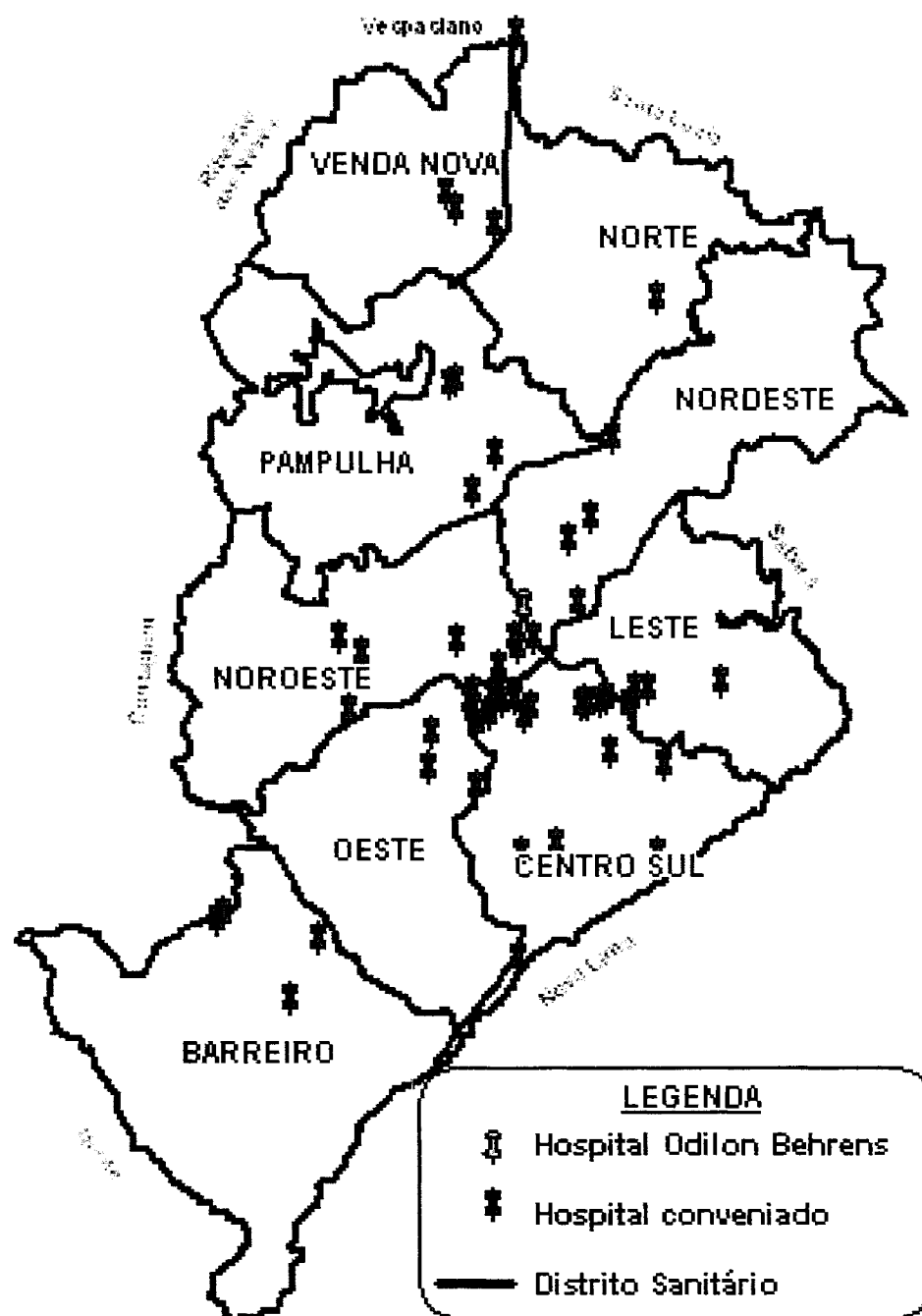


Figura 4- Distribuição dos hospitais do SUS-BH

Também aqui aparece a predominância de expressivo percentual de leitos contratados ao setor privado, filantrópico ou lucrativo e a pequena participação do município na produção de serviços hospitalares. Do total de 231.298 internações em 2004, apenas 88.818 (38%) foram realizadas em hospitais públicos (BELO HORIZONTE, 2004b). Há ainda uma concentração importante na região central da cidade (Figura 4), situação minorada pela existência de regulação prévia do fluxo de internações e sistema de transporte sanitário, mas que dificulta a vinculação regional de leitos de referência.

A oferta de leitos de terapia intensiva, pela sua importância assistencial e pelo impacto negativo público que o seu déficit tem gerado à imagem do SUS nos últimos anos em todo o país, merece destaque especial. No campo da oferta específica do SUS, a tabela 3 anteriormente apresentada mostra uma situação aparentemente razoável (6,2% dos leitos totais e 16,5 leitos/100.000 hab.) ao se considerar o parâmetro do MS respectivamente 4 a 10% dos leitos totais. Nos leitos não SUS o padrão é maior (7,9%), mostrando melhor equacionamento da oferta deste recurso. Isto se eleva relativamente quando é observado o público usuário destes leitos, ou seja cerca de 35% da população, a que está coberta com algum plano privado de assistência à saúde (BRASIL, 2005c).

Apesar de o parâmetro estar num patamar adequado, o que vem sendo observado na prática cotidiana da gestão é um grande déficit de oferta real, conforme se vê nos relatórios da Central de Internação da SMSA, que será abordado a seguir. Há uma clara diferença nos percentuais de leitos de terapia intensiva neonatal, com uma maior oferta proporcional nos leitos SUS (99 no SUS para 38 na suplementar, quando no adulto a relação é 217 para 164) conforme tabela anterior (Tabela 3), mostrando o resultado de uma decidida política de investimentos realizadas nesta área nos últimos anos, como parte do projeto de redução da mortalidade infantil e materna (BELO HORIZONTE, 2002a). A análise dos dados da Central de Internação também mostram dinamicamente esta maior oferta, significando melhor atendimento e menor tempo de espera entre o pedido da internação e sua efetivação (BELO HORIZONTE, 2005b).

Estes dados mostram um problema importante na oferta de determinados leitos hospitalares que impactarão negativamente a busca da integralidade e será melhor discutida no capítulo posterior.

CAPÍTULO 3

DINÂMICA DO FUNCIONAMENTO DO SISTEMA E SUAS INSUFICIÊNCIAS: A FRAGMENTAÇÃO DA ATENÇÃO E AS DIFICULDADES DE ACESSO

Já foi descrita a estrutura do sistema de saúde de Belo Horizonte, mostrado a predominância do setor privado na oferta de serviços ambulatoriais de alta complexidade e na oferta de leitos hospitalares. Neste capítulo, o objetivo é a descrição do funcionamento do sistema municipal, com o desenho estruturado dos seus principais fluxos e a avaliação de sua utilização através dos bancos de dados oficiais do SUS. A complexidade da rede de serviços de saúde no município exige, para ser adequadamente entendida, a descrição de alguns dos fluxos dos usuários na rede de serviços no âmbito do SUS. Esta matriz dinâmica é que orienta o melhor entendimento dos quantitativos e dos padrões de utilização do sistema de saúde a partir da capacidade instalada descrita.

O primeiro fluxo é de um dos atendimentos eletivos (figura 5), como por exemplo de um usuário portador de hipertensão arterial com suspeita de doença coronária, que necessita de vários níveis tecnológicos da atenção a partir de uma suspeita diagnóstica realizada por uma equipe de saúde da família em uma dos centros de saúde da rede municipal.

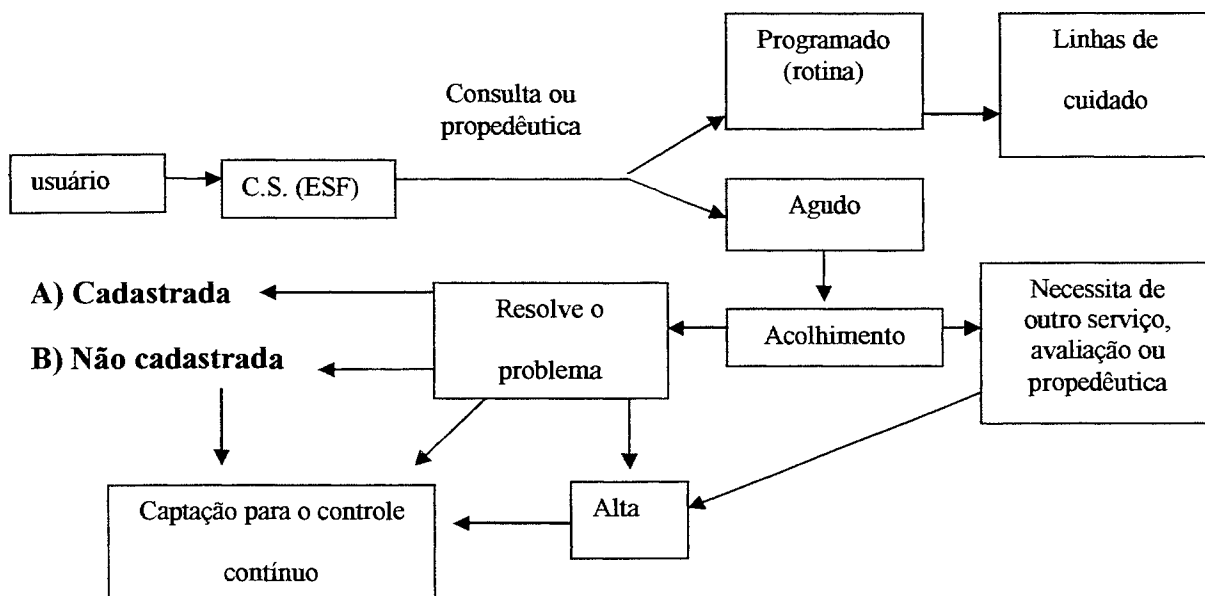


Figura 5- Fluxo programado/eletivo

Um outro fluxo comum na vida do SUS/BH é aquele originário de umas das 14 portas de entrada de urgência e emergência ou captado a partir de uma intervenção do Samu (Serviço de Assistência Móvel de Urgência) e com necessidade diagnosticada de uma internação hospitalar a ser mediada pela Central de Internações para um dos prestadores do sistema (Figura 6) (BELO HORIZONTE, 2004c).

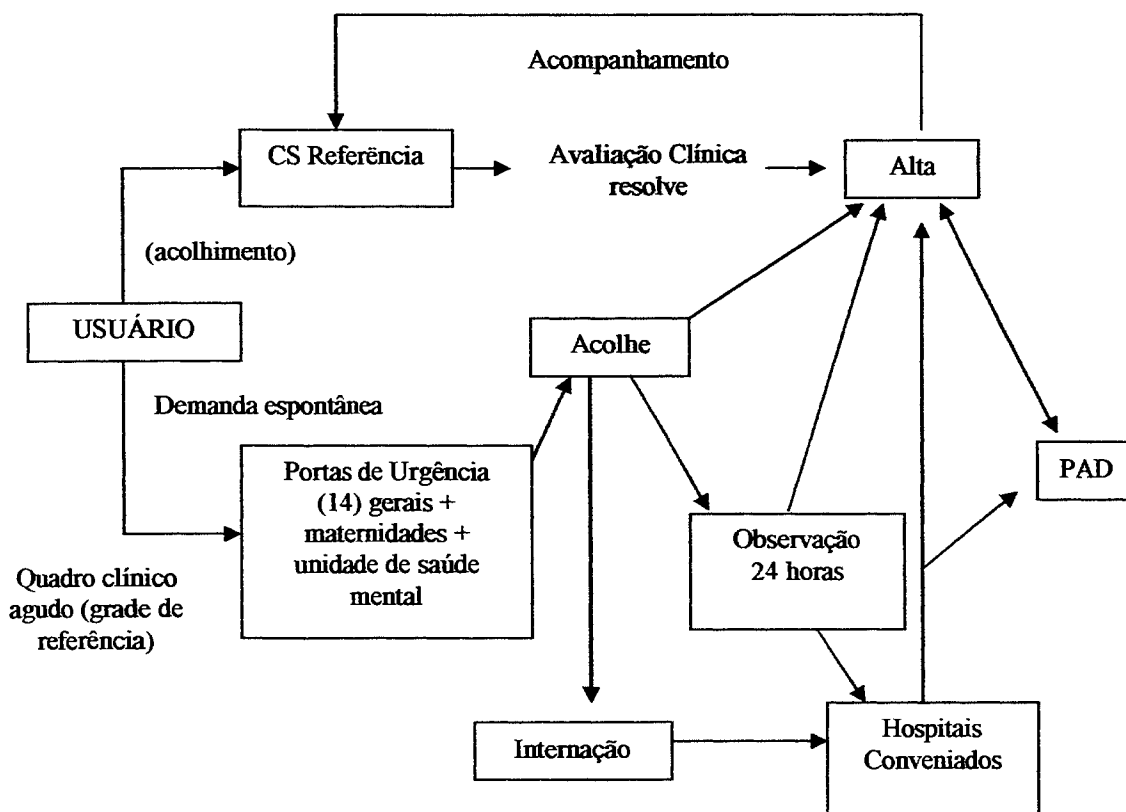


Figura 6- Fluxo de urgência

Quando o usuário não é de Belo Horizonte e tem uma demanda eletiva ou programada ambulatorial, ele entra no fluxograma eletivo através de agendamento pela Central de Marcação de Consultas (CMC) e, a partir daí, segue os passos necessários. No caso das internações eletivas, o pedido é cadastrado através da Central de Internação, após encaminhamento ao setor responsável pela checagem da referência de forma a seguir o determinado pela Programação Pactuada e Integrada- PPI -. Sendo uma internação de urgência, geralmente o fluxo é direto para uma das portas de entrada da rede de urgência e emergência do sistema e, a partir daí, passa a funcionar como um usuário do próprio município. A não implantação ainda do cartão nacional de saúde (cartão SUS) no município e região metropolitana impedem avaliações mais rigorosas destes fluxos ambulatoriais eletivos e de urgência .

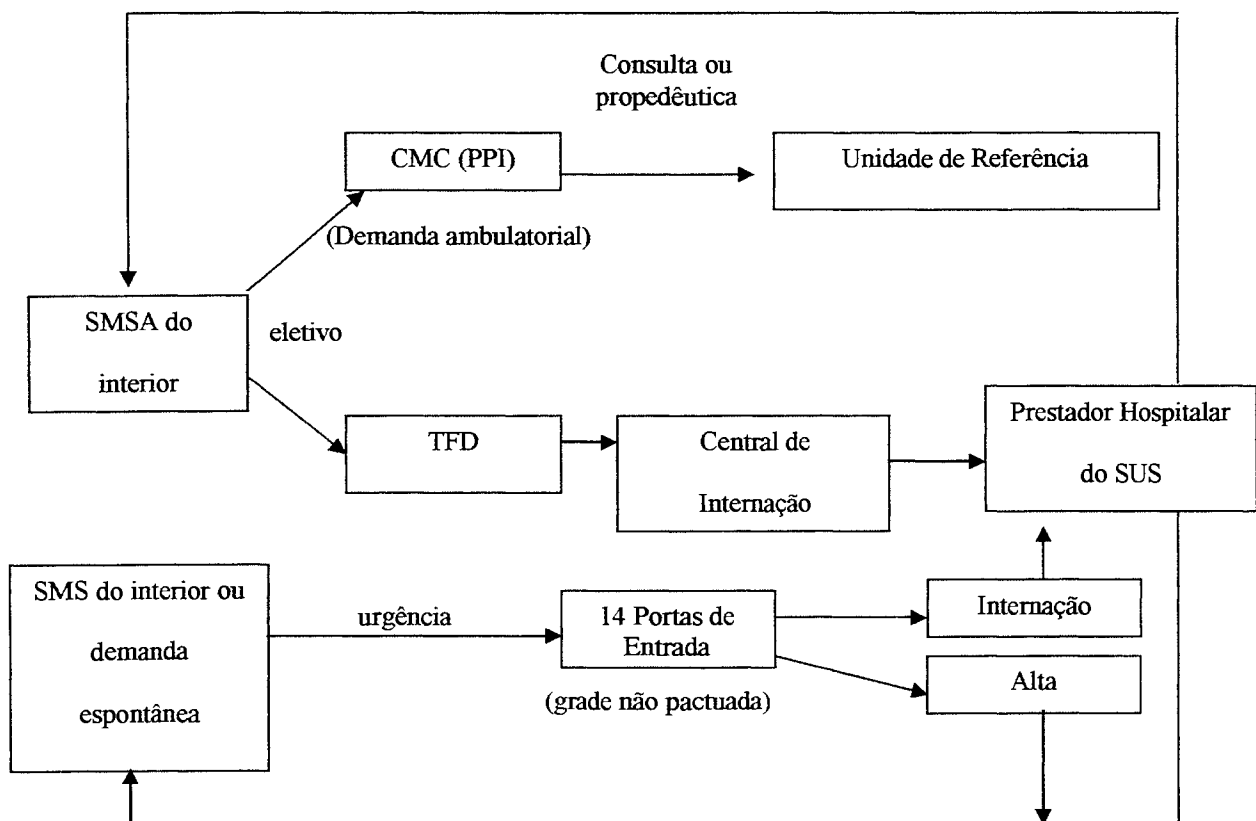


Figura 7- Fluxo de pacientes de outros municípios

Estes fluxos descritos de forma sucinta nos diagramas anteriores mostram um funcionamento do sistema municipal de saúde que, apesar dos avanços em sua gestão nos últimos anos e por se comportar com um sistema efetivamente, ainda apresenta sinais importantes de fragmentação da atenção, atentando contra os atributos da integralidade. O primeiro sinal é que não há necessariamente, como regra geral, o estabelecimento de uma articulação em mão dupla, entre os encaminhamentos para a atenção especializada ambulatorial e hospitalar e as unidades básicas de referência. Há uma possibilidade enorme de perda do contato da equipe com o usuário sob sua responsabilidade e, portanto, da falta de informação sobre a sua trajetória no complexo sistema de saúde. É possível que um usuário hipertenso, encaminhado durante uma crise hipertensiva para usar o fluxograma da urgência, ou com suspeita de cardiopatia hipertensiva no fluxo eletivo, apareça tempos mais tarde no setor de regulação da alta complexidade, com solicitação de um dos hospitais da

rede para autorização de terapia renal substitutiva e isto não ser do conhecimento da sua equipe de referência da atenção básica. O mesmo problema pode ocorrer na relação entre uma unidade porta de entrada para as urgências e as unidades básicas. Também aqui, apesar de pouca consistência dos números, há ainda um fluxo direto de usuários para as portas de entrada de urgência, mesmo para a atenção em casos clínicos simples, que muito bem poderiam ser bem atendidos nas unidades básicas. A dimensão do sistema e sua complexidade é um dificultador para o estabelecimento de dispositivos de integração dos elementos da rede prestadora de serviço, mas ao mesmo tempo, é um desafio que só um sistema sob gestão única pode almejar conquistar.

Outro sinal importante, constituinte do primeiro problema apresentado, é a não utilização de sistemas rotineiros de informação pelas equipes básicas que consigam alimentar estas equipes de informação sobre os seus usuários referenciados. Avanços mais recentes no processo de informatização da rede, ainda que limitados espacialmente, e na integração dos vários sistemas de informação do SUS, apontam para um avanço nesta área (Belo Horizonte, 2002b, 2003 a, 2004 a).

A produção das internações, tendo como base o ano de 2004, estão divididas por estabelecimento e por grupo de procedimento, além da divisão se por urgência ou eletiva, e considerando alguns dos indicadores clássicos ilustrados na tabela 4, com os 50 maiores procedimentos. Conforme o relatório de gestão de 2004, 85% das internações foram de urgência e emergência e, portanto, apenas 15% de eletivas, mostrando um perfil de utilização de leitos claramente destinados à retaguarda das unidades de urgência e das unidades básicas. Isto se reflete no padrão da tipologia das internações, predominando também patologias responsáveis pelo quadro epidemiológico do município, predominando as de origem cardiovascular, respiratórias e oncológicas.

A questão dos agravos e causas externas vem tomando uma nova dimensão, apesar de não se expressar nos dados de 2004, a sua importância em termos apenas numéricos. Dados de série histórica com anos anteriores mostram a progressiva participação destas internações no total de internações.

Tabela 4- Consolidado dos 50 procedimentos de internação mais frequentes no SUS/BH em 2004

DESCRIÇÃO	QTE_AIH	VR_AIH	VR_MÉDIO
Parto Normal	14.897	4.936.096,01	331,35
Cesariana	7.697	3.518.827,41	457,17
Crise Asmática	7.203	2.604.878,49	361,64
Parto Normal – exclusivamente para Hospitais Amigos da Criança	6.543	2.280.312,69	348,51
Insuficiência cardíaca	5.665	4.169.453,04	736,00
Pneumonia em adulto	5.506	2.888.401,30	524,59
Pneumonia do lactente	4.443	2.846.857,43	640,75
Curetagem pós aborto	4.396	578.149,01	131,52
Tratamento em reabilitação	4.177	4.059.864,09	971,96
Intercorrências clínicas de paciente oncológico	4.069	1.837.673,59	451,63
Diagnostico e/ou primeiro atendimento em clínica médica	3.948	292.289,89	74,03
Tratamento psiquiátrico em hospital classe V – RPH	3.210	2.729.614,34	850,35
Pielonefrite	3.150	761.639,37	241,79
Tratamento psiquiátrico em hospital classe VI – RPH	2.740	2.342.819,10	855,04
Diagnostico e/ou primeiro atendimento em clínica cirúrgica	2.672	149.988,28	56,13
Cesariana – exclusivamente para Hospitais Amigos da Criança	2.549	1.308.458,44	513,32
Pneumonia em criança	2.443	987.670,67	404,29
Doença pulmonar obstrutiva crônica	2.322	1.248.219,52	537,56
Herniorrafia inguinal (unilateral)	2.264	778.594,73	343,90
Insuficiência coronariana aguda	2.222	1.085.335,23	488,45
AVC agudo	2.174	1.594.368,50	733,38
Tratamento psiquiátrico em hospital classe II – RPH	2.130	5.715.851,24	2683,50
Total destes procedimentos	96.420	48.715.362,37	12.736,86
Total de todos os procedimentos	243.018	197.890.210,10	814,30
Fonte: SIH/SUS/SMSA-BH			

Na terapia intensiva, o relatório de 2004 da Central de Internação mostra uma realidade importante e difícil. De um total de 5670 pedidos de vagas de terapia intensiva, apenas 3250 foram atendidos, ou seja, 57%. Dos restantes 43%, totalizando 2420 pacientes, o cancelamento do pedido se deu por óbito de 902, 799 por mudança de diagnóstico, 255 por alta da unidade e 484 casos por outros motivos. Para efeito de comparação, nos casos das demais internações de urgência solicitadas, 82% dos usuários foram internados, ao contrário destes 57% da terapia intensiva (BELO HORIZONTE, 2005b).

Particular importância tem a dificuldade de regulação dos leitos de terapia intensiva pelo gestor, a partir do marcador disponibilidade real de sua oferta para a central reguladora, por atender à demanda interna do próprio hospital, pela disputa da demanda de urgência com a demanda programada de cirurgias eletivas e pela maior necessidade criada a partir de novas exigências tecnológicas das intervenções cirúrgicas. Há também uma grande discussão contemporânea sobre as questões das boas práticas de indicação de terapia intensiva, dos seus aspectos éticos, dos protocolos de indicação técnica, da demanda adicional pelo aumento da violência urbana e a qualificação de leitos nas clínicas anteriormente consideradas de baixa densidade tecnológica, que poderiam atender a várias das indicações, hoje, de terapia intensiva. A experiência alternativa de unidades progressivas de cuidado neonatal (berçários de alto risco acoplados às unidades de terapia intensiva neonatal) mostram o acerto deste caminho, no sentido de otimizar a utilização mais eficiente destes leitos.

Também aqui há uma disputa permanente no hospital da sua própria demanda, em relação aos usuários do SUS e suas diversas demandas, e entre estes e os da saúde suplementar. Apenas para citar um exemplo: a quase totalidade dos transplantes é feita pelo SUS, independente da origem do usuário, e requerem, na sua quase totalidade utilização de algum leito de terapia intensiva. Esta é uma demanda que tem fluxos próprios, formatos de pagamentos singulares, por via extra-teto da gestão municipal, com valores de remuneração absolutamente atrativos para os médicos e os hospitais. Estabelece-se, portanto, uma competição cotidiana com as demais demandas do sistema para estes leitos e que se localiza em determinados prestadores. Isto por si só já torna a regulação da demanda e da oferta pelo gestor, uma missão complexa e que exige o conhecimento da globalidade da sua realidade para a qualificar a intervenção gestora.

E desta realidade participa o mundo da saúde suplementar. Apesar de poucos os estudos brasileiros que incorporaram a variável plano de saúde na avaliação de utilização de serviços hospitalares, existem indícios como os demonstrados por CASTRO et al. (2002) que revelaram que as pessoas que tinham planos de saúde tiveram maior chance de se internar como variável independente. A mesma autora (CASTRO, 2004) em tese sobre a utilização das internações hospitalares no Brasil, fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso, faz uma revisão dos estudos destes temas e comprova a pequena produção de investigações envolvendo a saúde suplementar e, geralmente, com variável, mas nunca considerando a superposição dos sistemas e sua interação.

Na questão ambulatorial pode ser notada a predominância de procedimentos de baixa e média complexidade nos serviços públicos e, em especial, nos próprios da SMSA. Ao contrário, na alta complexidade há uma prevalência dos serviços privados contratados e conveniados, coerente com a capacidade instalada deste setor já demonstrada na primeira parte deste trabalho (BELO HORIZONTE, 2004 b). Voltando à questão dos parâmetros, há o cumprimento em quase todos os itens na questão da atenção básica e especializada, incluindo apoio diagnóstico, com o produzido no município. Entretanto, as filas de espera por especialidades e procedimentos mostra a inadequação dos parâmetros e uma importante demanda reprimida.

Considerando os fluxos estabelecidos e utilizados pelos usuários e a quase totalidade de oferta de alta complexidade ambulatorial no SUS, pode ser observada uma interessante comunicação neste campo entre o SUS e o setor suplementar. Mesmo com a predominância de planos posteriores à Lei 9656/98 onde está garantida cobertura para todas as patologias constantes da Classificação Internacional de Doenças, 10a. edição – CID 10 – há um fluxo permanente de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde para o SUS. Fazendo uma leitura atenta dos fluxos regulados e da produção ambulatorial do SUS, há uma outra evidência que é a desigual oportunidade de acesso à alta complexidade, exatamente pelos estrangulamentos da oferta da média complexidade no SUS. Na análise do desempenho especialmente das consultas especializadas, não aparece uma grande defasagem quantitativa em relação ao que seria razoável se forem considerados apenas os

parâmetros estabelecidos. Mas isto fica evidente, a partir dos dados de demanda reprimida apresentados, com tempos alongados de espera mais evidentes em determinadas especialidades ambulatoriais e em procedimentos de apoio diagnóstico (BELO HORIZONTE, 2004b). Neste caso, apenas os parâmetros são insuficientes para isoladamente, expressarem a realidade do acesso a esta modalidade tecnológica da atenção. Para se ter uma idéia da dimensão da produção, foram agendadas em 2004 pela Central de Marcação de Consultas, 767.713 consultas de especialidades, numa média mensal de 64.400 e, diária (considerando dias úteis), de 3.220 (BELO HORIZONTE, 2004b).

Considerando as marcações diretas nos serviços de referência, em processo de redução pelo avanço da regulação assistencial, principalmente de retornos e egressos, aparece um total de 3.421.592 de consultas especializadas. Utilizando-se o parâmetro da Portaria do Ministério da Saúde GM 1101/2002, que coloca o número aproximado de 22% de consultas de especialidades do total de consultas, a partir de um parâmetro de 2 consultas habitante/ano, os números de Belo Horizonte não estão fora do esperado. Seria necessário um total de 3.400.000 de consultas médicas para o a população exclusivamente usuária do SUS, ou seja os cerca de 1.600.000 cadastrados no BH VIDA, com aproximadamente 750.000 consultas de especialidades, ou 22% do total de consultas (BELO HORIZONTE, 2004b). Mesmo se considerarmos a invasão de outros municípios (cerca de 25%, segundo pactuação na PPI) e a utilização de parte dos demais habitantes da cidade não cadastrados no Censo BH Social, ainda haveria uma “sobra” potencial de milhares de consultas. Apenas tomando por base estes volumes e os parâmetros do Ministério da Saúde, um observador externo não poderia afirmar a insuficiência de consultas especializadas como um problema tão importante da gestão municipal do SUS. O problema parece ser de outra ordem, ou seja, situa-se no processo organizacional do sistema de atenção, além da incorreção do parâmetro ministerial.

Como o acesso aos procedimentos de alta complexidade são regulados e baseados em protocolos de utilização, há um desigual acesso a eles dos usuários do SUS em relação aos que também possuem planos privados de assistência à saúde. Estes por transitarem sem muitos obstáculos pela média complexidade, onde não há via de regra grandes restrições das operadoras, conseguem cumprir com mais velocidade os requisitos

dos protocolos para utilização da alta complexidade (BRASIL, 2005 d). Ao contrário, no SUS, a grande insuficiência de oferta da média complexidade torna o caminho de seus usuários mais longo, com conseqüente maior dificuldade de acesso a alta complexidade, perdendo tempo para diagnósticos e intervenções precoces em seus quadros clínicos.

Poucos são os estudos brasileiros que avançaram nesta investigação e destes podem ser citados os de FRANCO & CAMPOS (1998) onde foi encontrado diferença significativa em relação a variável convênio médico no ambulatório de determinada especialidade estudada em um serviço público, ao contrário do ambulatório geral mostrando diferença de acesso por razões diversas destas populações a um mesmo serviço. Também ACÚRCIO & GUIMARÃES (1996) encontraram diferenças no acesso de portadores de HIV aos serviços de saúde específicos, comparando-se populações cobertas ou não por seguro-saúde. Um estudo muito importante realizado em Belo Horizonte na área do tratamento oncológico do câncer de mama (TEIXEIRA, 2003), mostrou a evidente desigualdade do acesso das usuárias portadoras desta patologia no que se refere ao tempo entre o diagnóstico e início de tratamento e a presença de metástases e estadiamento do tumor, quando comparadas pela sua residência nas áreas com a mesma classificação de risco já apresentada neste texto a respeito da localização das ESF. Há indícios estatisticamente significantes da variação até da incidência de câncer de mama, em que parte da explicação é a dificuldade de acesso das usuárias ao aparato propedêutico e terapêutico. O estudo deixa claro que em relação a estas variáveis (tempo de diagnóstico, estadiamento e presença de metástases) com a residência nas áreas, que aquelas usuárias residentes nas áreas de baixo risco apresentaram menor tempo entre diagnóstico e início do tratamento, proporcionalmente menos metástases e/ou estádios 3 e 4 quando comparadas às mulheres nas demais áreas de risco.

Estudados também os fluxos assistenciais e autorizativos então em funcionamento na SMSA, as ofertas reais de propedêutica e a própria distribuição espacial dos prestadores privados que ofertavam em maior volume estes recursos (64% dos serviços de mamografia e ultra-sonografia concentraram-se em áreas de baixo risco), foi levantada a hipótese da dificuldade de cumprimento do fluxo autorizativo da SMSA por parte das usuárias do SUS como componente destas diferenças encontradas, funcionando como

verdadeira barreira de acesso. Por outro lado, mesmo como uma inferência indireta, a conclusão levantada de que a cobertura maior nas áreas de baixo risco de mulheres com planos privados de assistências à saúde fariam com que várias etapas do protocolo fossem cumpridas em serviços de cobertura do plano e com facilitação do acesso à autorização para o tratamento oncológico adequado e com muito menor tempo de início de tratamento e menor complicação. Este estudo, portanto, aponta indícios, a serem melhor verificados, de comunicação entre os dois sub-sistemas de atenção, mostrando a necessidade de que o aparelho regulador tenha um olhar crítico sobre suas regras. De tal forma a não contribuir para o reforço de iniquidades e de que a articulação entre o conjunto dos serviços assistenciais em todo o ciclo de cuidado necessário seja efetivado, reduzindo-se estes diferenciais de acesso, sem, entretanto, romper com a universalidade (TEIXEIRA, 2003).

Um aspecto que merece atenção especial é o mecanismo do ressarcimento ao SUS. Este dispositivo legal faz um controle mensal da utilização de internações do SUS em todo o país, cruzando os dados das autorizações de internação hospitalar do Datasus com cadastro de beneficiários da ANS. Ao identificar as internações de beneficiários dos planos nos hospitais do SUS, é emitido um boleto de cobrança das operadoras para ressarcimento ao SUS segundo uma tabela própria denominada Tabela Única de Equivalência de Procedimentos (TUNEP). As operadoras tem prazos para impugnar a cobrança, baseando-se principalmente na falta de base contratual da cobertura. No caso de Belo Horizonte, os dados referentes aos anos de 2000 a 2004 mostram que foram identificadas 20.891 internações em estabelecimentos do município, numa média de cerca de 4.000 internações/ano (cerca de 4% do total de internações do SUS). Destas, foram efetivamente cobradas 7.474, sendo o restante impugnado certamente pela não cobertura contratual. Em ordem de frequência, os procedimentos foram parto normal, cesariana, crise asmática, intercorrências clínicas em paciente oncológico e insuficiência cardíaca, seguindo basicamente o mesmo padrão das internações gerais (BRASIL, 2005c).

Estes dados, mesmo que parciais para o conjunto da atenção, e a coincidência de grande parte dos prestadores privados e filantrópicos serem prestadores do SUS e da saúde suplementar, mostram que as intercomunicações existem na prática e precisam ser consideradas, exigindo um maior aprofundamento nesta questão (BRASIL, 2005c). Os

limites dessa análise estão dados pela não disponibilidade atual por parte da ANS dos resultados dos cruzamentos dos atendimentos na alta complexidade ambulatorial no SUS por parte de beneficiários de operadoras de planos privados de assistência à saúde. Ao serem analisados, poderão ser comprovadas com mais segurança as evidências de comunicações entre os sistemas de atenção.

Completando esta radiografia da utilização do sistema de saúde de Belo Horizonte, é necessário uma discussão sobre o papel de referência da capital em relação a sua região metropolitana e a todo o estado de Minas Gerais. Este tema é um dos pontos em que o SUS ainda tem muito a avançar na sua regulação inteligente, coexistindo a não restrição de acesso motivada pela origem com a responsabilização permanente dos gestores de cada município. Uma aproximação muito adequada é a análise dos dados extraídos da execução da Programação Pactuada e Integrada (PPI) no período de um ano inteiro (outubro de 2003 a setembro de 2004) nas internações, urgências e eletivas, e na alta complexidade ambulatorial mostrando a origem e a utilização pela população própria e referenciada, conforme tabela 5. Esta utilização por usuários de outros municípios, sem entrar no mérito da discussão financeira da pactuação, mostra claramente que o olhar sobre a rede de serviços de um município como Belo Horizonte tem que considerar necessariamente este conjunto de usuários, como já foi objeto de consideração na primeira parte deste texto. Chama atenção o percentual de internação de 39,5% de usuários de outros municípios em Belo Horizonte, o que é bastante superior às demais capitais e municípios de referência.

Não sendo objetivo deste texto aprofundar a análise detalhada destes dados, mas eles mostram que há um tênue equilíbrio entre o que está pactuado entre Belo Horizonte e o conjunto dos municípios mineiros que tem sua referência na capital. Em relação ao previsto na pactuação, há uma utilização maior na alta complexidade ambulatorial e hospitalar e menor na média complexidade hospitalar. Um viés importante é a da não confiabilidade da informação da origem dos usuários. Pela não disponibilização de um sistema de informação que faça esta identificação contínua, especialmente na atenção ambulatorial e conforme proposta em construção do cartão nacional de saúde e que Belo Horizonte está ainda em fase de implantação. Mesmo na atenção hospitalar e na alta

complexidade ambulatorial em que os atuais sistemas da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (Apac) identificam os usuários por endereço, já existem sérios indícios não sistematizados de informação incorreta neste campo específico. O sistema de acompanhamento de altas hospitalares (BELO HORIZONTE, 2005a) da SMSA e o trabalho em campo dos agentes comunitários de saúde tem confirmado esta realidade ainda que de forma assistemática.

Tabela 5- Programação pactuada e integrada (PPI) out/03 – set/04

AIH'S DA ALTA COMPLEXIDADE	MICRO BELO HORIZONTE	OUTRAS MICROS DO ESTADO	TOTAL
Pactuado físico		16.645	
Pactuado financeiro		45.663.971,84	
Produzido físico	6.829	10.663	17.492
Produzido financeiro	16.021.525,18	28.727.663,09	44.749.158,27
% de utilização em relação ao TOTAL produzido no Estado	35,80	64,20	100,00
DIFERENÇA Físico FÍSICO/ ORÇAMENTÁRIA		(847)	
IA (Pactuado – Financeiro Produzido)		914.813,57	
AIH'S DA MÉDIA COMPLEXIDADE	BELO HORIZONTE	OUTROS MUNICÍPIOS DO ESTADO	TOTAL
Pactuado físico	144.840	72.406	217.246
Pactuado financeiro	63.254.113	40.358.217	103.612.330,03
Produzido físico	121.977	71.301	193.278
Produzido financeiro	59.426.146,73	38.804.296,96	98.230.443,69
% de utilização em relação ao TOTAL produzido no Estado	60,50	39,50	100,00
DIFERENÇA Físico FÍSICO/ ORÇAMENTÁRIA	22.863	1.105	23.968
(Pactuado – Financeiro Produzido)	3.827.965,91	1.553.920,43	5.381.886,34
PROPEDEÚTICA AMBULATORIAL DA ALTA COMPLEXIDADE	MICRO BELO HORIZONTE	OUTRAS MICROS DO ESTADO	TOTAL
Pactuado físico		439.479	
Pactuado financeiro		34.608.279,38	
Produzido físico	263.516	224.936	488.452
Produzido financeiro	23.979.436,16	17.490.727,82	41.470.163,98
% de utilização em relação ao TOTAL produzido no Estado	57,82	42,18	100,00
DIFERENÇA Físico FÍSICO/ ORÇAMENTÁRIA		(48.973)	
(Pactuado – Orçamentário Produzido)		(6.861.884,60)	

A partir desta descrição, pode ser concluído que uma simples descrição da capacidade instalada não consegue expressar a realidade de um complexo sistema local de saúde e pela limitação própria de comparação paramétrica para observar realidades distintas. A análise da utilização do sistema com base nos bancos de dados disponíveis, especialmente o das internações e da análise da PPI, já retratam melhor o que é o sistema de saúde na sua dinâmica. Deve ainda ser associada a esta estrutura analítica, o referencial do modelo organizativo da assistência, apresentando os principais problemas de acesso e resolução e as possibilidades de intervenção gestora na sua solução. No caso particular de Belo Horizonte, existem evidências de uma fragmentação importante da atenção, apesar dos avanços advindos da estrutura do sistema municipal no que se relaciona à atenção e à regulação pública. Este fato aliado a dependência do setor privado prestador de assistência, o que sempre dificulta a governabilidade gestora, firma o diagnóstico de uma regra geral para o sistema, que não conduz a prática da integralidade real e necessária, exigindo um esforço no sentido de se caminhar neste sentido.

Outro aspecto que fica claro, nesta relação com o setor privado é a necessidade de se avaliar a dinâmica do funcionamento do sistema também considerando a estrutura e fluxos do campo da saúde suplementar e não só o privado complementar. Foi demonstrado que os seus vasos comunicantes interferem e dão certos sentidos na construção do modelo assistencial vigente, com indícios sérios de iniquidades no acesso e na atenção resolutiva para populações distintas, a que usa exclusivamente o SUS e a que tem a modalidade adicional da saúde suplementar. Para não afrontar o princípio da universalidade, mas garantindo tratamento igualitário aos iguais (o princípio da igualdade), ou seja, sendo equitativo, há que se desenvolver planejamento e intervenção gestora considerando as redes comunicantes do SUS e da saúde suplementar.

CAPÍTULO 4

1- Proposta de reorganização da atenção secundária ambulatorial, como aposta na construção de redes públicas integrais

Neste capítulo, será descrito o projeto de reorganização da atenção secundária ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, proposto exatamente para enfrentar as insuficiências diagnosticadas na construção de redes integrais, como já abordado no capítulo anterior (BELO HORIZONTE, 2002b, 2004c). Inicialmente, a proposta de reorganização da atenção secundária ambulatorial apresenta um elenco de dificuldades de sua implantação, que são colocadas a seguir:

- A formação dos profissionais médicos responde às tendências do mercado de trabalho que valoriza o especialista e tende a formá-lo com uma visão estanque do usuário/paciente e sem integração com os demais profissionais de saúde, mesmo os médicos generalistas ou das chamadas especialidades básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia).
- O atual modelo hegemônico de prática médica nos vários níveis da atenção, no SUS e na suplementar, cujo atendimento é baseado numa seqüência simplificada de queixa-conduta, em atendimentos programados e de urgência, dificulta o estabelecimento de vínculo entre médicos e pacientes e a adesão destes aos tratamentos propostos. Por que não dizer também de um determinado vazio ético e de formação humanística, que impede o estabelecimento da responsabilização clínica e do que acontece com os usuários no seu andar pelos labirintos do sistema de saúde após um encaminhamento para outro nível da atenção.
- A falência da proposta tradicional do processo referência e contra-referência. Este tema pode ser considerado como um dos muitos lugares comuns do SUS e dito e escrito em um sem-número de textos e formulações, quase sempre com a afirmativa de “falta de referência e contra-referência”. Fica claro que existe uma insuficiência de formulação na estratégia de se “garantir referência e contra-referência (...)”. Novos formatos seriam necessários, no sentido de possibilitar uma comunicação mais viva e responsabilizadora entre os

profissionais, principalmente os médicos da atenção básica, dos especialistas e das estruturas de atenção às urgências e dos hospitais.

- A grande procura dos usuários pelos serviços de pronto atendimento, cujo modelo de respostas rápidas e dirigidas diretamente à queixa colocada, mais uma vez a forma queixa-conduta, aparta esses serviços do restante do sistema e não os coloca como captadores potentes de pacientes que precisam de um acompanhamento contínuo e em outro espaço do sistema. Não é pouco frequente que um sem-número de hipertensos e diabéticos façam seus controles clínicos nestes serviços, cada dia com um médico e sem o necessário acompanhamento continuado por alguém que conheça profundamente a vida daquele usuário. Várias são as explicações para este fenômeno, que pode ser chamado de atratividade das portas de entrada de urgência: baixa resolubilidade das unidades básicas, horários de funcionamento e agendas excludentes, presença de aparato propedêutico resolutivo nos pronto-atendimentos, dentre outras (MAGALHÃES JR, 1998; MINAS GERAIS, 2000). Pensando no mundo real dos usuários e não apenas no desejo e imaginação dos planejadores, não é nenhum problema o primeiro contato ou a entrada no sistema se dar através de um pronto-atendimento. O que parece ultrapassado é pensar em sistemas de conformação estrutural rígida, repetindo acriticamente o discurso de que a atenção básica é a porta de entrada do sistema. Na vida real, os fluxos não funcionam assim. A miríade de redes de entradas e contatos dos usuários com o sistema de saúde foge em muito ao conhecimento do gestor ou dos técnicos. O importante é que estes serviços de pronto atendimento se constituam como captadores de usuários que irão necessitar de cuidado continuado, que tende a ser muito melhor ofertado num serviço de atenção básica.

A visão de um sistema em círculos, e não no formato clássico de pirâmides, tende a tornar cada serviço, urgência ou de especialidade, como ponto estratégico desta captação de usuários que precisam de outro formato tecnológico para o seu cuidado contínuo. Este movimento deve ser acoplado a outros, que levam à progressiva legitimação

das unidades de atenção básica por vários mecanismos, que incluem estrutura física confortável, disponibilidade de acesso real à tecnologia propedêutica mínima e de forma facilitada, composição quantitativa e qualitativa de profissionais e processo de trabalho que priorize os princípios do acolhimento, da responsabilização e da vinculação. Este aparato organizativo, quando se torna a marca dos serviços básicos, tende a dar confiança para que os usuários para lá se dirijam quando se sentirem agudamente enfermos, tendo contato com profissionais que previamente tenham tido conhecimento. Fica claro que isto é absolutamente diferente de tentar transformar as unidades básicas em serviços pulverizados e simplificados de pronto-atendimento, o que seria a contramão de toda esta lógica. Trata-se de acoplar à dinâmica cotidiana do trabalho de uma equipe e a população de sua responsabilidade o espaço para o acolhimento destes usuários reconhecidos no momento de um sofrimento ou intercorrência clínica agudos. Há, ainda, a exigência, para que estes dispositivos funcionem bem, do estabelecimento de uma rede articulada de referência sequencial que interligue as unidades básicas e os pronto-atendimentos como de sua retaguarda, estabelecendo pactos intraunidades e de referência regulada, de forma a permitir o livre trânsito dos usuários de um serviço a outro, dependendo da sua situação clínica do momento. O esforço recentemente estabelecido de implantar nas portas de entrada de urgência o chamado acolhimento com classificação de risco e a montagem de grades de referência entre um determinado grupamento de unidades básicas e uma porta de entrada de urgência hospitalar, ou não, são iniciativas neste caminho (BELO HORIZONTE, 2005a)

- Atenção hospitalar fragmentada, autônoma, com poder diferenciado do ponto de vista tecnológico e de recursos humanos em relação ao restante da rede, e exercendo imensa capacidade centrípeta de atração dos usuários, dificultam a articulação deste aparato poderoso, o hospital, no conjunto do sistema de saúde, garantindo assim o retorno responsável do paciente à rede ambulatorial. Tendem, ainda, a se constituírem em “sistemas completos de saúde”, com todos os níveis tecnológicos em seu ambiente próprio, concorrendo com o conjunto do sistema, mesmo em vários aspectos da atenção básica.

- Política de financiamento da atenção secundária ambulatorial no SUS atrasada e baseada exclusivamente no pagamento individual de procedimentos, tendo como consequência graves estrangulamentos de oferta de consultas especializadas e de exames de média complexidade pela grande diferença entre custos e preços, especialmente naqueles procedimentos mediados necessariamente pelo trabalho médico e um equipamento específico.
- A forte presença do setor privado na constituição do sistema de saúde, exigindo um alto grau de capacidade regulatória conforme bem analisado em capítulo anterior deste estudo.

O resultado deste panorama para os usuários do SUS é enfrentar longos períodos de espera para acessar determinados serviços, o que impede o prosseguimento na condução do seu quadro clínico e descredibiliza todo o sistema de atenção, despotencializando sobremaneira o aparato da atenção básica. Sistemáticas pesquisas e veiculação midiática têm abordado este tema da chamada espera por consultas especializadas e exames (PIMENTEL, 2004).

Hoje, pode-se dizer que alguns municípios, dentre eles o caso em questão, Belo Horizonte, conseguiram de uma certa forma equacionar quantitativamente a oferta por atenção básica (talvez com exceção da atenção odontológica e de reabilitação, além do grande dilema da assistência farmacêutica) e a atenção de alta complexidade, melhor dizendo, do chamado alto custo. A primeira vem sendo financiada majoritariamente pelo próprio município, com incentivos financeiros do Ministério da Saúde ao Programa de Saúde da Família. A segunda, favorecida pelos valores da tabela de procedimentos, mais próximos ou até superiores aos valores cobrados no mercado e organizados, nos últimos anos, a partir de uma lógica potente de regulação pública pelo gestor, com a experiência da gestão plena do SUS. Cumpre colocar que a gestão Belo Horizonte, ao contrário de vários outros municípios, assumiu desde o início a gestão de todos os serviços contratados e conveniados ao SUS, mesmo os da alta complexidade e referências estaduais estabelecidas no seu território (BELO HORIZONTE, 2005 a).

Permanecem ainda, como maiores obstáculos à efetivação da integralidade, a atenção secundária ambulatorial e a atenção hospitalar de média complexidade, particularmente o estrangulamento na oferta de leitos resolutivos de clínica médica e de algumas especialidades cirúrgicas, para tratar do caso de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2004b, 2005a; PIMENTEL, 2004). No programa de governo disputado nas últimas eleições municipais de 2004, ficou evidente a proposta de enfrentamento desta questão (PIMENTEL, 2004). Entretanto, a proposta faz claramente um recorte na abordagem da atenção secundária ambulatorial, sem aprofundar-se na questão hospitalar, da urgência e emergência e dos projetos integrados de vigilância à saúde e ações intersetoriais, que, como já discutido conceitualmente, também são componentes fundamentais do esforço de construção de redes integrais (BELO HORIZONTE, 2004c).

A constatação da importância do problema da atenção especializada ambulatorial em Belo Horizonte, não significa que não haja uma adequada produção de consultas especializadas e exames de apoio diagnóstico no sistema, como demonstrado na parte deste estudo que tratou da análise da utilização do sistema municipal de saúde. Mesmo assim, além da insuficiência global, principalmente em algumas especialidades, há problemas na forma organizativa da oferta desses serviços. Mesmo o esforço realizado e também muito significativo, de ampliar o processo regulatório, com implantação de ferramentas diversas ao longo da última década, mostrou-se insuficiente para a resposta exigida de atenção secundária, após a expansão vigorosa da atenção básica (BELO HORIZONTE, 2004b, 2005a). Há também um indício de iniquidade no acesso à atenção secundária, reforçando mais ainda a necessidade de investimentos da gestão do SUS em projetos neste campo. Estudo de ALMEIDA et al. (2000) comprova isto, onde pessoas mais pobres usaram mais postos e centros de saúde, serviços de emergência e internações hospitalares e menos serviços ambulatoriais especializados e consultórios médicos.

A primeira questão que se coloca é a constatação, ao longo da história, da existência de inúmeros fluxos de pacientes para especialidades, sendo o mecanismo ordenador da gestão, a Central de Marcação de Consultas, apenas um dos que a rede básica e os municípios pactuados com a capital, se utilizam. Na prática, o dado levantado até 2002 mostrava que quase 70% das consultas tinham fluxo direto e sem nenhuma regulação

assistencial (BELO HORIZONTE, 2002b). O único caráter regulatório instituído é o autorizativo posterior, com algum controle do ponto de vista da ocorrência real das consultas, num mecanismo protetor contra fraudes e herança do aparato de controle do antigo Inamps, com ferramentas mais modernas e eficientes, mas com o mesmo conceito (SANTOS, 1998). Os movimentos gestores realizados desde o início da gestão plena, mesmo com velocidades diferentes, foram de incorporar na oferta das centrais reguladoras (Central de Marcação de Consultas e Central de Regulação da Alta Complexidade), progressivamente, um maior quantitativo de consultas e procedimentos, o que exigiu um esforço técnico e político de grande envergadura (SANTOS, 1998; BELO HORIZONTE, 2005a). Os exemplos mais significativos foram os processos instituídos de regulação de 100% das consultas de um grande prestador privado, a Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte e a progressiva entrada no circuito regulatório unificado da oferta do ambulatório de especialidades do Hospital das Clínicas da UFMG (BELO HORIZONTE, 2005a), além da regulação completa das agendas do ambulatório do único hospital de gerência municipal. Outro fato significativo foi o movimento já finalizado de controle de 100% das agendas dos serviços contratados de oncologia pela central da alta complexidade, o que permite o manejo mais adequado da distribuição dos pacientes para os diversos prestadores oncológicos, adequando o perfil das necessidades clínicas segundo o protocolo e as condições de atendimento de cada um. Contudo, esses movimentos ainda que fundamentais, não surtiram o efeito necessário completo, como pôde ser observado mais uma vez no momento da discussão do funcionamento do sistema.

Uma segunda evidência diagnosticada foi a baixa qualidade dos encaminhamentos, no tradicional formato de referência da atenção básica aos especialistas. E o que significa isto? Constatada uma necessidade de algum desses encaminhamentos por parte de um médico da unidade básica (generalista, clínico, pediatra ou ginecologista), há o preenchimento de um formulário padrão com os dados do paciente, a clínica a que se destina o pedido e o resumo clínico. A partir de uma sistemática estabelecida com a Central de Marcação de Consultas, há o agendamento da consulta em um dos centros de especialidades, a partir de critérios previamente definidos, como acesso viário e disponibilidade de oferta, mas considerando toda a rede instalada disponível na central reguladora.

Este diagnóstico merece destaque, porque ele foi decisivo para a estruturação da proposta. Em estudo realizado na rede municipal, baseado na análise do preenchimento dos pedidos recolhidos nas unidades de referência secundária e avaliado segundo escores pela existência de dados de história clínica, exame físico, exames complementares, tratamentos realizados e hipótese diagnóstica, foi constatado que, dos 1343 formulários analisados, 22,4% não continham qualquer informação clínica das citadas, mas apenas o nome do paciente e a clínica solicitada. 48,92% continham apenas uma informação (hipótese diagnóstica ou sinal ou sintoma presente), significando que somando-se estes dois grupos, 70,96% não continham um mínimo de informação clínica que pudesse subsidiar a ação técnica do especialista (BELO HORIZONTE, 2002 b).

Mas não é só isto. Este fato demonstra indiretamente uma baixíssima responsabilização com os encaminhamentos por parte dos médicos da atenção básica, levando a duvidar da real necessidade deste encaminhamento e do esgotamento mínimo da propedêutica possível no primeiro nível da atenção. Soma-se a isto a impessoalidade da referência: há um envio a um cardiologista, a um dermatologista e assim por diante. Não há também nenhum processo de qualidade, apesar das normas estabelecidas e do esforço gerencial, de retorno da informação do especialista ao médico demandante.

Estabelece-se aí um ciclo vicioso de baixa qualidade: encaminhamento malfeito e resposta formal inexistente, sem nenhuma vinculação de um profissional com o outro. Não há, portanto, nenhum indício de funcionamento de uma cadeia de atenção integral, com responsabilização de todos os envolvidos e de qualidade. Por fim, a inexistência regular e universalizado de um mecanismo do que pode ser chamado de regulação assistencial local (MAGALHÃES JR., 2002), com algum olhar de priorização dos pedidos por parte das equipes básicas, fugindo do trato apenas burocrático dos encaminhamentos por parte de um funcionário administrativo. Além de outros fatores, este circuito negativo é um dos responsáveis pelo alto grau de absenteísmo no sistema, chegando a mais de 30% das consultas marcadas não sendo realizadas por ausência do usuário (BELO HORIZONTE, 2002b). Provavelmente, muitos desses usuários desconfiaram de que aquele encaminhamento feito pelo médico na unidade básica não tinha muita razão de ser. Parece ter servido apenas como tentativa de substituição de uma relação pouco

responsabilizadora e que estabeleça vínculo efetivo, confiança mútua e resolução possível para as necessidades colocadas. Somam-se, ainda, a esta estrutura, a insuficiência tecnológica do sistema informatizado da regulação ambulatorial e a livre entrada de pedidos oriundos de consultórios de fora do sistema público, que usam a porta de entrada da unidade básica como uma forma de acessar a atenção secundária e de alta complexidade do SUS.

Com este diagnóstico complexo, a proposta de reorganização da atenção secundária pode sofrer uma releitura e ser apresentada em três tópicos articulados: implantação das linhas de cuidado, a implementação dos Centros de Especialidades Médicas (CEM) e a ampliação da oferta de consultas de especializadas e apoio diagnóstico. Os dois primeiros significam fundamentalmente uma reconfiguração dos processos de trabalho no conjunto da rede e o terceiro, a ampliação da oferta de especialidades médicas e apoio diagnóstico.

1- A implantação das linhas de cuidado

Uma ferramenta potente para desenvolver estratégias de aproximação da integralidade é o estabelecimento das chamadas “linha de cuidado” (BELO HORIZONTE, 2004b). É uma forma de se imaginar e desenhar o caminho a ser percorrido pelos usuários na sua busca por cuidado integral, de forma horizontal ou em círculo, e não com base na pirâmide (CECÍLIO, 1997), como é tradicionalmente representado o sistema de saúde, com definição razoavelmente clara das missões e das responsabilidades de cada unidade integrante da rede (FRANCO & MAGALHÃES JR., 2004). Há que se falar em dois tipos de contratualização: a interna e a externa (MAGALHÃES JR, 2002; BARBOSA, 2001). A interna é a definição precisa da responsabilidade de cada unidade, portanto, de suas equipes e que, necessariamente tem que ser pactuada com todos. A contratualização externa é o estabelecimento de pactos e fluxos publicamente validados entre as unidades. Já foi feita referência a este tema, ao se tratar da relação das unidades básicas e suas referências de urgência, mas este conceito se aplica a todos os níveis tecnológicos da atenção. Cada unidade tem que ter clareza e

confiança de suas referências, territoriais e temáticas. Esta transparência gestora tem, em última análise, impacto sobre o mundo dos usuários, que se sentirão mais seguros dos encaminhamentos e terão mais confiança ao se referirem à sua equipe responsável. Também os trabalhadores tendem a se relacionar de forma mais institucional na discussão de referências, distensionando as relações profissionais e pessoais.

Trata-se de pensar o cuidado de um usuário partindo de uma porta de entrada, que na maioria das vezes é a unidade básica, mas também pelos serviços de urgência ou serviços que quebram com a organização tradicional do sistema, juntando várias atividades numa mesma unidade, como por exemplo os Centros de Referências em Saúde Mental (Cersam's). Posteriormente, acessam os diferentes serviços, de modo a completar a gama de cuidados necessários à abordagem mais adequada ao seu problema. O desenho da linha possibilita aos gestores simularem as várias situações decorrentes do problema de saúde inicial, de modo a desenvolver ações gerenciais que possam prover integralmente as necessidades dos usuários. É o que pode ser visualizado na Figura 8 apresentada a seguir. Há que se ter uma gestão permanente sobre essas linhas de cuidado, de forma a garantir que todos os seus integrantes cumpram o que foi pactuado e que possa ser reavaliada continuamente a sua performance, com readequações necessárias ao bom funcionamento (FRANCO & MAGALHÃES JR., 2004).

Estas linhas de cuidado podem ser pensadas a partir de patologias (tuberculose, hanseníase, hipertensão), dos ciclos de vida e gênero (recém-nascido, criança, adolescente, mulher, adulto, idoso) ou de problemas de saúde (saúde mental, bucal, portadores de necessidades especiais). Permitem a priorização de grupamentos populacionais mais vulneráveis e de acordo com realidades locais diferenciadas. E isto é buscar equidade sem quebra da universalidade. No caso de Belo Horizonte, foram escolhidas as linhas de cuidado da criança, mulher, idoso, cardiovascular e saúde bucal. (BELO HORIZONTE, 2004b; FRANCO, 2004).

Além de potente ferramenta para organizar os serviços sob nova lógica, as “linhas” podem representar dispositivos de integração e avaliação da gestão, na medida em que, para se concretizarem, necessitam de pactos feitos e refeitos e, com o usuário sempre no eixo principal, conforme o diagrama, e os serviços e tecnologias se apresentando e

operando na verticalidade, dependendo das necessidades exigidas para a concretização de projeto terapêutico individual estabelecido pela equipe cuidadora. Estes dispositivos ou conjunto de dispositivos, não são uma novidade conceitual ou operativa.

Como exemplo, e com um bom tempo de experiência, ainda que, inicialmente, não utilizando esta nomenclatura, são apresentadas a seguir as linhas de cuidado da gestante e do recém-nascido da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Figuras 9 e 10). Elas foram propostas e elaboradas pela equipe de Coordenação da Saúde da Mulher e da Criança e pela Comissão Perinatal da secretaria, representando um acúmulo de vários anos de discussão e iniciativas neste campo. Parte importante deste esforço foi articulado através do Projeto Vida, em que houve uma priorização governamental do enfrentamento das questões relativas à atenção à criança, com alocação de recursos específicos e reconfiguração do processo de trabalho das unidades de saúde, com implantação, dentre outros dispositivos, do acolhimento (MALTA, 2001).

Esta comissão é composta pelos técnicos de várias áreas da gestão (assistência, regulação, epidemiologia, supervisão hospitalar, técnicos de distrito) e por todos os serviços diretamente ligados à atenção perinatal, públicos e privados. Participam também representantes de organizações não governamentais relacionadas à área, como a Pastoral da Criança, a Rede Feminista de Saúde, a Associação dos Hospitais de Minas Gerais, o Conselho de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Municipal de Saúde, a Coordenadoria de Direitos da Mulher, Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica, a Sociedade Mineira de Pediatria e a Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia. Além de discussão política e técnica, a possibilidade de diálogo aberto e a concertação de ações e pactos, com o monitoramento dinâmico dos resultados alcançados pelas ações propostas é o diferencial desta comissão. Esta linha de cuidado, na prática, tem se tornado uma experiência de gestão legitimamente colegiada e democrática, onde todos os assuntos relacionados à saúde das crianças e das gestantes são debatidos, avaliados e pactuados.

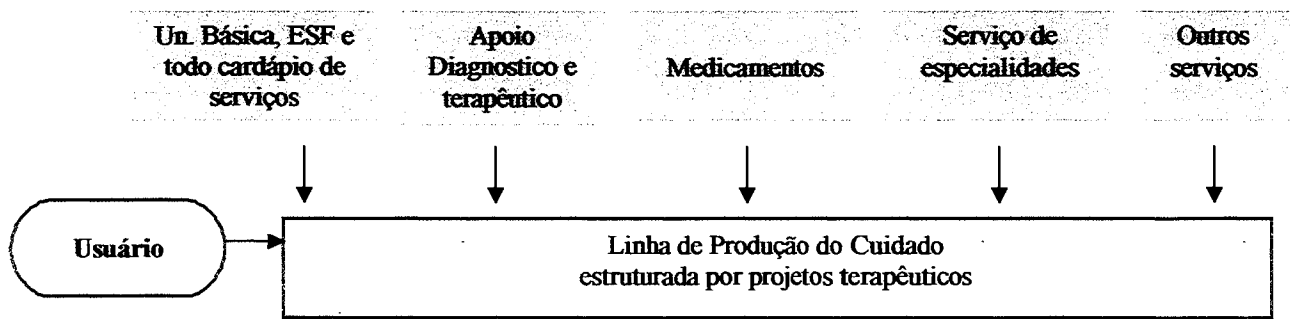


Figura 8- Estrutura da linha de cuidado

Permanentemente, pressupondo diálogo e negociação entre os gestores, com o usuário sempre no eixo principal, conforme o diagrama, os serviços e tecnologias se apresentam operando na verticalidade, dependendo das necessidades exigidas para a concretização de projeto terapêutico individual estabelecido pela equipe cuidadora.

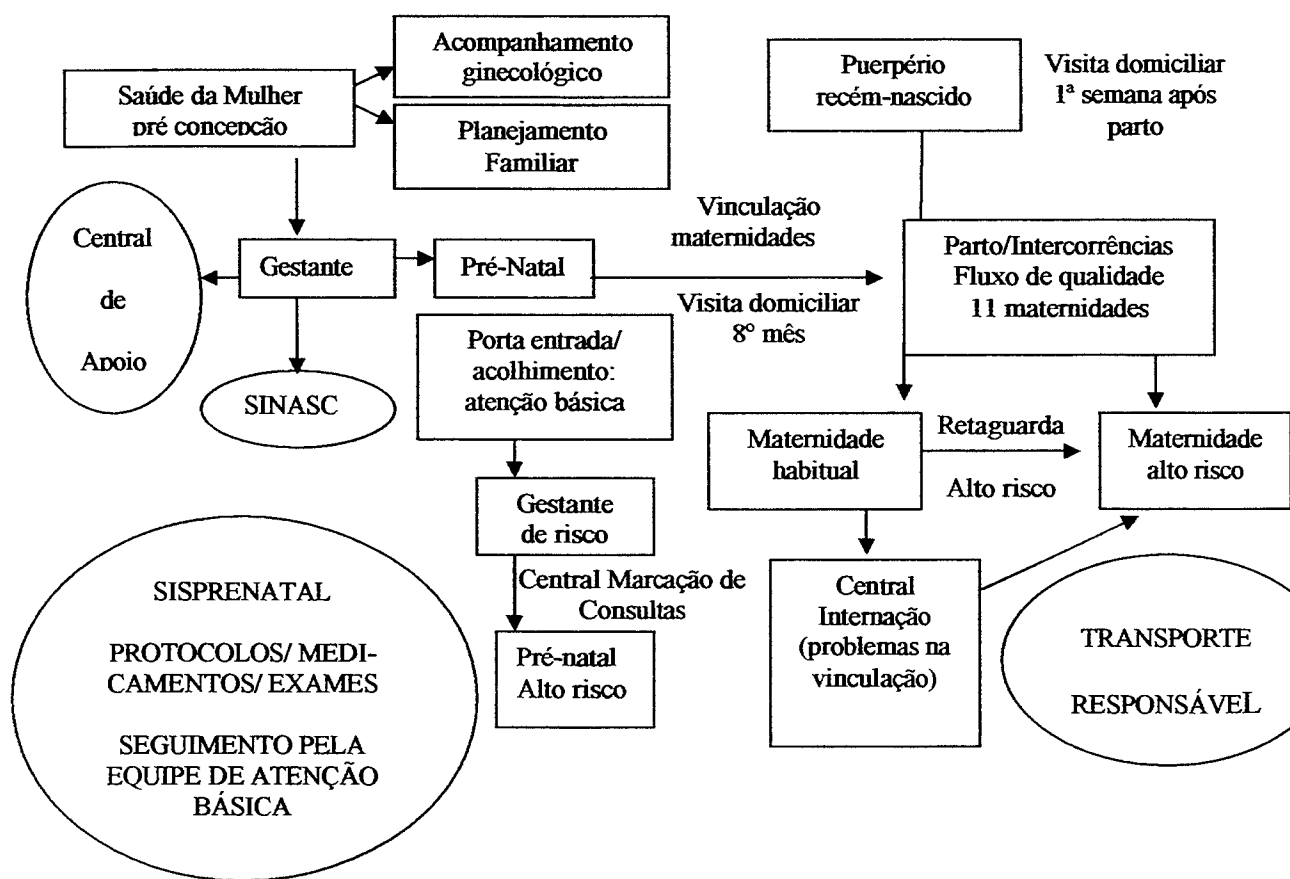


Figura 9- Linha de cuidado perinatal

(Gestante, Puérpera E Recém-nascido)

Comissão Perinatal de BH



Figura 10- Linha de cuidado da puérpera e recém-nascido

A Comissão Perinatal desenvolveu duas ações fundamentais para garantir a qualidade da assistência ao parto em Belo Horizonte: 1 - avaliação da qualidade da assistência prestadas ao SUS por maternidades privadas contratadas, o que levou ao descredenciamento definitivo de cinco maternidades e à adequação tecnológica e de recursos humanos das demais; 2 - definição de referenciamento responsável das gestantes, a partir do território do distrito sanitário e dos centros de saúde, com uma maternidade responsável pelo atendimento ao parto de risco habitual. O mesmo acontece para as situações de gestação de alto risco, em que uma das cinco maternidades de referência é

também definida como a responsável por aquela gestante desde a detecção do risco da gravidez.

Outro passo importante foi a elaboração de um cardápio de indicadores para avaliar o resultado das medidas implementadas. Esses indicadores são quantitativos (a partir dos bancos do SIS Pré-Natal, Sinasc, SIM e AIH) e qualitativos, com dados levantados a partir do prontuário e pesquisa de satisfação das usuárias, estes últimos em fase de implantação. Integram também a estrutura funcional da comissão perinatal o Comitê de Vigilância de Óbitos Infantis e o Comitê de Vigilância de Óbitos Maternos, que investigam todos os óbitos infantis e maternos e trazem regularmente à comissão as suas conclusões e as medidas que foram propostas e executadas ou não pela gestão, no sentido de redução permanente destas mortalidades específicas (BELO HORIZONTE, 2002a).

Um outro exemplo, ainda uma experiência incipiente, é a linha de cuidado cardiovascular, colocada no fluxograma abaixo e definida como uma das prioridades da gestão por razões epidemiológicas e de impacto na organização dos serviços. Importante registrar que a própria sistematização da linha de cuidado desvenda uma série de questões ainda ocultas na gestão e tende a clarear e dimensionar os estrangulamentos assistenciais existentes e um melhor planejamento para a sua superação (Figura 11).

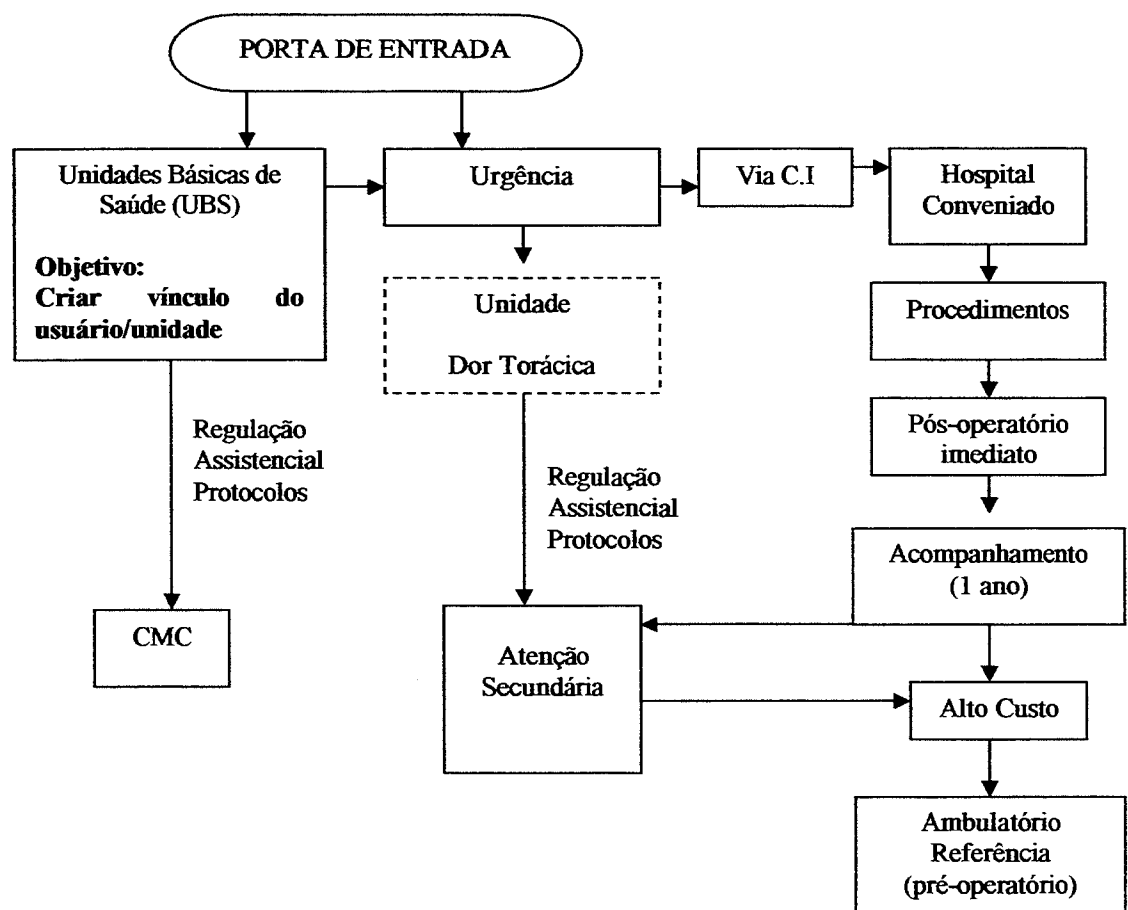


Figura 11- Linha de cuidado cardiovascular

Este conjunto de ações tem uma história diferente e invertida em relação ao descrito da comissão perinatal. A construção desta linha partiu da necessidade de o setor de regulação dos serviços de alta complexidade estabelecer uma regulação mais qualificada para a autorização de cirurgias e outros procedimentos em cardiologia. A sua importância epidemiológica no quadro de morbi-mortalidade da cidade foi demonstrada na parte inicial deste estudo, quando foi feita a caracterização do ambiente da cidade. O problema colocado era que quase 100% dos procedimentos solicitados eram autorizados e, depois da autorização, não havia mais nenhuma informação sobre o paciente, dando à regulação um caráter meramente autorizativo.

O observado era que os pacientes com maior poder aquisitivo conseguiam acessar os serviços com maior agilidade, uma vez que realizavam a consulta especializada e os exames de média complexidade (ecocardiograma, teste ergométrico e holter principalmente) nos seus planos de saúde ou na modalidade desembolso direto (particular), entrando no SUS com todas as condições necessárias para a realização da cirurgia (BELO HORIZONTE, 2004b). Isto ficou evidente no discurso de vários prestadores de serviço quando dos diálogos para acertar a mudança dos fluxos. Outro problema era a entrada de pacientes do interior do Estado, com indicação de cirurgia eletiva, diretamente na porta da urgência dos hospitais cardiológicos por indicação de seu médico assistente no município de origem, desrespeitando a ordem de entrada e através de contatos privados. O objetivo então foi estabelecer um fluxo regulado pelo gestor municipal que garantisse o respeito à fila, com avaliação clínica inteligente das prioridades e o retorno do paciente para acompanhamento no serviço indicado, conforme protocolos clínicos.

Para estes objetivos fossem alcançados foram implementadas as seguintes ações:

- criação de um grupo para gerir a linha de cuidado, envolvendo as gerências de Assistência, Regulação e Epidemiologia, em processo de reestruturação;
- proposta em curso de estabelecimento de um sistema de informação rotineiro com utilização dos bancos de dados usuais do SUS e implantação do dispositivo da eleição de eventos sentinelas;
- entrada de todos os pacientes de Belo Horizonte, com casos eletivos, pelos centros de saúde, já com priorização clínica pelas equipes de saúde da família. Esta foi uma medida que reforçou o papel gestor do cuidado das equipes locais, já que anteriormente a entrada era direta nos serviços de cardiologia desvinculados do conjunto da atenção;
- entrada dos pedidos dos demais municípios pela Central de Internação. A Secretaria de Estado da Saúde foi parceira no sentido de orientar viabilizar este novo fluxo a todas as regionais de saúde do Estado;

- entrada dos casos de urgência pelas unidades de urgência autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde;
- avaliação das indicações de cirurgia pelo ambulatório regulador pré-operatório, funcionando em parceria com o Hospital das Clínicas da UFMG, estabelecendo o mecanismo da segunda opinião clínica e não como mero autorizador burocrático (BELO HORIZONTE, 2004b).
- agendamento de consultas de cardiologia feita pela Central de Marcação de Consultas para atender os pacientes encaminhados pelo centros de saúde;
- agendamento das consultas para avaliação de risco cirúrgico (agenda do prestador) feita pela central de Internação, inaugurando a modalidade chamada de “ciclo cirúrgico completo”, evitando a situação comum de desintegração entre a realização do risco cirúrgico e o agendamento da cirurgia com enormes transtornos aos usuários e repetição desnecessária de exames;
- agendamento da cirurgia feita pelo prestador e comunicação direta ao paciente;
- acompanhamento do pós-operatório feito no prestador por tempo definido no protocolo clínico conforme o caso;
- retorno para as unidades de referência secundária (médico cardiologista) e para os centros de saúde conforme protocolo.
- acompanhamento gerencial do processo com todos os prestadores através de relatórios da central de internação.

A implantação deste fluxo foi precedido de um processo de negociação com cada prestador individualmente, informação para toda a rede municipal, capacitação do médicos cardiologistas da rede própria e formalização através de portaria do Secretário Municipal. Um dos grandes problemas enfrentado para se obter maior sucesso nos resultado é o fato de não existir em Belo Horizonte uma unidade de urgência cardiológica

pública implantada com o objetivo de regular os casos de urgência. Outro problema é a insuficiência de leitos de terapia intensiva adulto, já discutido em capítulo anterior, o que leva a uma competição na ocupação de leitos com casos clínicos e casos pós-cirúrgicos.

O pouco tempo de efetiva implantação de todos estes componentes gestores na linha de cuidado cardiovascular e a complexidade do sistema de saúde da cidade e do seu entorno não permitiu ainda um processo detalhado de avaliação do impacto real desta proposta, mas diversos indícios qualitativos mostram o acerto do caminho na garantia concreta dos princípios já discutidos: atendimento integral, busca da equidade e a partir das necessidades dos usuários e democratização do acesso. Discussões permanentes tem sido feita com os diversos atores envolvidos, individualmente ou através de suas representações, como a Sociedade de Cirurgia Cardiovascular de Minas Gerais, que tem sido uma parceira crítica importante no processo. Um fator limitante já identificado, que compromete a análise de impacto, é a restrição financeira do teto orçamentário da gestão plena, que exigiu estabelecimento de cotas de internação eletivas e priorização absoluta dos casos de urgência, além das dificuldades da oferta da média complexidade para propedêutica, que tem interferido na governabilidade e eficiência da gestão da linha de cuidado. Importante também que da análise dos problemas desta linha, é que foram definidas as prioridades para a compra de serviços nesta área, através de processo de chamamento público com razoável impacto na maior oferta e descentralização dos serviços contratados. Um exemplo concreto é a hoje quase total suficiência de exames de eletrocardiografia, que apesar de sua simplicidade, era um importante problema até pouco tempo atrás.

2- A implementação dos Centros de Especialidades Médicas (CEM)

A partir dos conceitos e ferramentas descritos anteriormente, foi definido um conjunto de políticas para intervir de forma abrangente nesta questão e sem muito referencial de outros sistemas com a mesma complexidade. A gestão municipal de Belo Horizonte, a partir de 2004, adotou como seu eixo estruturante da proposta da atenção secundária, a implantação dos chamados Centros de Especialidades Médicas (CEM) (BELO HORIZONTE, 2004b). Na verdade, este dispositivo compõe um conjunto de

medidas de intervenção em todas as fases da atenção, configurando um exercício gestor de garantia de integralidade e será mais à frente descrito. O CEM é uma proposta de reconfiguração tecnológica, em sentido amplo, dos tradicionais ambulatórios de especialidades, buscando alterar o seu processo produtivo, ampliar topicamente e regionalizar efetivamente a oferta de consultas especializadas em sete especialidades médicas. Estas foram selecionadas pelos seguintes critérios: grande estrangulamento de na sua oferta, viabilização da construção das linhas de cuidado prioritárias e pouca dependência de equipamentos no momento da consulta. As especialidades são as seguintes: cardiologia, dermatologia, endocrinologia, neurologia, mastologia, ortopedia e otorrinolaringologia. As demais especialidades continuarão estabelecidas nos demais centros de especialidades e novo centro especial que será construído, conforme descrição mais à frente. A implantação dos nove CEM significará um incremento de cerca de mais 60 especialistas médicos e a disponibilidade de mais cerca de 150, que já estão no sistema e que trabalharão na nova modalidade implantada.

Os princípios organizativos deste serviço buscam enfrentar os principais problemas enfrentado hoje na organização da atenção secundária e na relação desta com a atenção básica. Dentre eles citamos os seguintes:

- Regulação do acesso – a regulação assistencial, ou seja, a qualificação do encaminhamento e a priorização no atendimento de acordo com as necessidades clínicas, dentro das ofertas disponíveis, que deve ser feita pelas equipes locais nos centros de saúde, e no nível regional pelo distrito sanitário. O caso mais consistente, já citado, é o do Distrito Sanitário Nordeste (BELO HORIZONTE, 2004d).
- Capacitação dos médicos generalistas e médicos de apoio (modalidade implantada em Belo Horizonte com médicos clínicos, pediatras e ginecologistas de apoio aos generalistas e também localizados nas unidades básicas) – a idéia é que os especialistas nos CEM ocupem sua agenda não só com consultas, mas também com a capacitação permanente dos médicos da atenção básica através da discussão de casos clínicos e capacitações específicas, segundo demanda e prioridades das equipes e com flexibilidade

de acordo com a realidade local. Esta segurança técnica, dá oportunidade aos médicos das equipes de saúde da família de exercerem com mais possibilidade suas atribuições de cuidador direto e de gestor do cuidado, “amparado” por outros profissionais de diferentes especialidades. Este dispositivo poderá intervir na baixa qualidade dos encaminhamentos e maior responsabilização por parte dos profissionais da atenção básica, por estabelecer vínculo entre eles e os seus especialistas de referência.

- Adscrição entre equipes e entre unidades de referência – as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) encaminharão seus usuários para um CEM definido, nas especialidades descritas, o que torna possível estabelecer contato maior entre os profissionais, possibilitando a construção de vínculo interprofissional que favoreça a qualidade e continuidade da assistência, superando assim o modelo tradicional e pouco eficaz de referência e contra-referência. Trata-se da prática do conceito de vínculo entre os profissionais e destes, em variado grau com os usuários, como já foi explorado anteriormente. Exemplificando: os hipertensos de determinada equipe de saúde da família ficarão preferencialmente sob cuidado desta equipe e, segundo protocolo pactuado, serão referenciados mediante prévio contato com o cardiologista de referência, dentro da equipe do CEM regional, em determinadas condições. Terão com este cardiologista um vínculo de outra ordem, e com retornos programados com espaçamento de tempo a ser pactuado entre os dois profissionais. Esta é a forma de desocupar a agenda dos especialistas com pacientes que não precisam de sua intervenção tecnológica permanente, abrindo possibilidades para outros a utilizarem e, ao mesmo tempo, legitimar a equipe da atenção básica. Esta, por sua vez, se sentirá amparada e segura das suas condutas técnicas, podendo exercer a sua dimensão cuidadora com muito mais tranquilidade e confiança. Este dispositivo atua também com forma de educação permanente dos profissionais da atenção básica e aproxima mais os especialistas do conjunto do sistema, reconfigurando o seu processo tradicional de trabalho. Tende a intervir na baixa qualidade dos encaminhamentos e sua maior

responsabilização por parte dos profissionais da atenção básica, exatamente pelo estabelecimento do vínculo entre eles e os seus especialistas de referência.

- Linhas de cuidado – como já descrito, esta proposta possibilita a implantação, acompanhamento e avaliação das linhas de cuidado prioritárias, uma vez que tende a garantir a continuidade da assistência na referência secundária, principalmente para as populações acompanhadas, bem como a integração entre os gestores dos serviços envolvidos, rompendo com a lógica que prevalece hoje da distância e impessoalidade entre profissionais e gerentes dos serviços. Permitirá a responsabilização efetiva pelo desenvolvimento de todas as ações necessárias ao cuidado integral dos usuários. Finalmente, deixa claro de quem é a responsabilidade pelo cuidado dos usuários e exige gestão permanente desta rede integral.

Além dos CEM, o projeto da atenção secundária propõe várias outras ações para intervir na configuração tecnológica do processo de trabalho, na gestão e na regulação das demais especialidades e apoio diagnóstico, que não estão contempladas nas especialidades dos CEM. Dentre elas pode-se citar:

- Revisão do modelo assistencial das Unidades de Referência Secundária (são os antigos PAM's do Inamps) elaborando protocolos clínicos para atendimento de alguns grupos de risco, como os já em curso (por exemplo, o idoso frágil, a linha de cuidado do vascular periférico agudo). Movimentos no sentido de estabelecer mais claramente, através de protocolos temáticos, a divisão de responsabilidade clínica no complexo da atenção básica e nas especialidades, definindo regras para o vínculo dos usuários nos vários pontos da rede de cuidado, de acordo com os diversos projetos terapêuticos instituídos.
- Aprimoramento da regulação assistencial em todos os níveis e avaliação permanente deste processo, ampliando experiências como as em curso no distrito sanitário nordeste, que criou comitês de regulação em cada unidade

básica e no distrito sanitário com resultados bastante promissores (BELO HORIZONTE, 2004 d);

- Implantação do novo sistema informatizado de regulação das consultas (SISREG), o que permite uma melhor distribuição, regulação e adequada utilização das consultas especializadas na cidade, com possibilidades tecnológicas de fila eletrônica, estabelecimento de cotas por unidades e otimização da utilização da oferta, reduzindo perdas. Estudos ainda incipientes na primeira especialidade nesta nova sistemática, a oftalmologia, mostraram redução do tempo de espera médio pelas consultas em mais de 60 dias (BELO HORIZONTE, 2004b).
- Ampliação da utilização do recurso tecnológico da telemedicina, projeto em parceria com o Hospital das Clínicas da UFMG e financiamento do Ministério da Saúde e parceiros internacionais, já em funcionamento em 20 centros de saúde da rede municipal, que possibilita a comunicação em tempo real, os profissionais da atenção básica com os especialistas do HC, para discussão de casos clínicos. Segundo primeiros relatórios, 76% dos pacientes com diagnóstico anterior de necessidade de encaminhamento para atenção secundária, permaneceram nas unidades básicas, em cuidado pelos seus médicos das equipes de saúde da família, após a utilização deste recurso. Novamente, funciona como mecanismo de educação permanente e qualificador da atenção prestada (BELO HORIZONTE, 2004 a).

3- Ampliação da oferta global de especialidades e apoio diagnóstico

- Ampliação da oferta através da parceria com instituições formadoras e compra de serviços de terceiros, com pequeno ônus para a gestão e com maior referencial de qualificação dos profissionais. Várias instituições de ensino da área de saúde têm estabelecido parceria com a gestão municipal, ofertando acadêmicos e professores para atuarem na rede e abrindo seus ambulatórios para referência regulada pela secretaria, mediante convênios fomaís.

- Captação de recursos para renovação e ampliação do parque tecnológico de modo a modernizar os equipamentos existentes na rede própria e ampliar a oferta de exames de média complexidade, de difícil compra no mercado;
- Ampliação da oferta relativa de consultas especializadas, a partir da regulação progressiva de todas as consultas e propedêutica ofertadas pelo ambulatório do Hospital das Clínicas da UFMG (maior prestador individual de atenção secundária na cidade), por negociação entre o gestor e a direção do hospital. Priorização deste item no contrato global de prestação de serviços já firmado entre a gestão municipal e o hospital em execução desde 2004 (BELO HORIZONTE, 2005 a);
- Ampliação substantiva da oferta de especialidades médicas e de apoio diagnósticos mais estrangulados, em um centro especial, que será denominado Centro Metropolitano de Especialidades Médicas, com financiamento do Ministério da Saúde e recursos da própria PBH, acoplado a ampliação da oferta de propedêutica de média e alta complexidade, utilizando-se uma antiga área de construção inacabada (prédio do Cardiominas) e que resultará no aumento de cerca de 40.000 consultas especializadas mensalmente. Será também uma inovação, o formato proposto de financiamento e gestão da atenção secundária ambulatorial, fugindo do mecanismo tradicional de pagamento por produção e contratualizando metas de produtividade e qualidade, possibilitando, ademais, exercer conceitos aqui discutidos de acolhimento, vinculação pactuada, qualidade, resolutividade e responsabilização pelo conjunto da atenção;

2- Analisando a proposta de reorganização da atenção secundária: será possível avançar na busca da integralidade?

Retoma-se aqui a questão abordada na metodologia, da idéia do sujeito implicado na ação, com o claro posicionamento do autor, caminhando para a situação de sujeito epistêmico, como forma de conseguir analisar um projeto concreto de intervenção no sistema de saúde, sendo um dos principais protagonistas do projeto, e retornando com um resultado que faça sentido para os outros, ou seja, que produza conhecimento científico, e que possa ser aplicado em outras realidades. Será proposto, a seguir, um conjunto de diretrizes analíticas e seus respectivos indicadores e/ou analisadores, na tentativa de compor um mapa descritor de análise, a que a proposta seja submetida e, ao mesmo tempo, analisada.

Reafirmada a matriz discursiva assumida na primeira parte deste estudo, com os princípios do SUS como referência para a análise proposta e, neste particular, a aposta na integralidade necessária. Integralidade esta que passa a ser expressa na construção de redes integrais públicas de cuidado, que façam sentido concreto no cotidiano dos usuários do sistema, mesmo na realidade observada de um sistema privado/dependente na sua prestação de serviços e em situação de insuficiência dinâmica e mutável de determinadas ofertas assistenciais no campo das especialidades. A própria discussão do conteúdo do projeto descrito mostra a sua complexidade. Necessariamente, também exige ser complexo o seu processo de avaliação, e esta pretensão de servir para discussão em outras realidades o deixa ainda mais complexa esta avaliação.

Apesar de não ser muito extensa, a avaliação da integralidade da atenção, já encontra amparo na literatura da saúde pública no Brasil e em outros países (CONILL, 2004). Segundo esta autora, três grupos de questões estão relacionadas à integralidade como atributo relevante a ser levado em conta na avaliação de serviços e sistemas de saúde, o que parece ser interessante para esta discussão. São eles: 1) qual o entendimento a respeito do conceito e como verificar sua expressão prática; 2) que modelos organizacionais da atenção seriam favorecedores de ações mais integrais; 3) quais os efeitos de sistemas, serviços ou cuidados integrais na situação de saúde de determinada população. Responder às questões do primeiro grupo representa o desafio de traduzir um princípio no

campo das políticas em uma categoria operativa no campo da avaliação (DENIS & CHAMPAGNE, 1997). São respostas necessárias à realização de qualquer avaliação e monitoramento com este sentido. O segundo grupo relaciona-se mais diretamente com a área da organização e da gestão dos serviços, inserindo-se mais claramente no campo da avaliação.

Um aspecto importante é a discussão da relação entre as avaliações de integralidade e de acesso. Por serem ilustrativos, serão citados os exemplos inglês e canadense, do Québec. No Reino Unido, têm sido predominantes as avaliações que priorizam o acesso, como a redução das listas e dos tempos de espera na atual reforma do NHS, além da ênfase na prevenção de doenças coronarianas e neoplasias, saúde mental e serviços comunitários de atenção ao idoso. Isto não deixa de demonstrar uma preocupação com um conjunto de serviços mais completos de atenção, ainda que a avaliação priorize as medidas de acesso. Já no Québec, a integralidade vem sendo analisada pela observação dos cuidados prestados pelos centros locais de serviços comunitários (CLSC), porta de entrada do sistema. No próprio substrato legal da reforma implementada na província, cinco dimensões são consideradas: a dimensão pessoal e familiar do cuidado, o seu caráter completo (gama de serviços), contínuo (seguimento no tempo, no domicílio e no sistema) e coordenado (relação entre serviços). O fornecimento de cuidados integrais nesses centros foi considerada a maior inovação encontrada na reforma do sistema de saúde (CONILL, 2004).

Também na literatura internacional, STARFIELD (1979), em estudo clássico, em um modelo proposto para avaliação da atenção primária, propôs quatro elementos principais de análise: o atributo do primeiro contato, o caráter coordenado ou integrador (seguimento ou continuidade do atendimento), o caráter amplo e integral (oferta completa de serviços) e a longitudinalidade (vínculo no tempo). Esta tendência tem se mantido em trabalhos mais recentes de mesmo conteúdo. Também no Brasil, alguns estudos têm abordado o tema da integralidade quando propõem avaliações para os sistemas de saúde ou no seu recorte da atenção primária (CARVALHO, 1991; CONILL, 2002; GIOVANELLA et al, 2002).

Pelo visto, a discussão da avaliação da integralidade e sua relação com o acesso é tema contemporâneo que merece ser mais explorado. Avaliá-los conjuntamente exige esforços suplementares em sua operacionalização, com escolhas de informações que sejam viáveis e válidas. CONILL (2004) afirma que pelo menos dois instrumentos, hoje existentes, podem contribuir para a obtenção de informações secundárias acerca do caráter completo, contínuo e coordenado das ações de sistemas municipais: o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência e da epidemiologia. Estes instrumentos fornecem rotineiramente indicadores de morbidade e mortalidade, que podem ser utilizados como medidas do impacto da integralidade, ainda que não exista hoje, em curso, proposta operacional neste sentido (CONILL, 2004).

Por estas considerações de caráter mais geral, pela revisão teórica feita e pela própria descrição do problema assistencial da atenção secundária ambulatorial, observado em vários diagnósticos no sistema municipal de saúde de Belo Horizonte, são propostas as seguintes dimensões analisadoras para o projeto de atenção secundária apresentado: 1) suficiência de recursos assistenciais; 2) articulação e integração das redes; 3) regulação assistencial pública; 4) atendimento às necessidades dos usuários; 5) impacto no quadro de saúde.

I- Suficiência de recursos assistenciais

O esforço de organizar redes articuladas integrais exige que a oferta assistencial seja minimamente adequada em relação às necessidades clínicas e epidemiológicas da população usuária, sob pena de a integralidade permanecer apenas como uma vontade e um princípio constitucional. Esta é a principal justificativa para que a suficiência de oferta assistencial seja uma das dimensões analisadoras para se verificarem os atributos de integralidade de um sistema local de saúde. Apesar de todos os limitantes, é necessário o estabelecimento de parâmetros de oferta, cujos limites foram discutidos mais detalhadamente no capítulo da descrição do funcionamento do sistema de saúde de Belo Horizonte. A suficiência assistencial também se torna uma medida de acesso aos serviços de saúde, neste sentido, compondo a avaliação da integralidade como atributo de qualidade do sistema. Em relação à discussão conceitual realizada, considera-se que, na concepção da

proposta em análise, a discussão de acesso está subsumida pela discussão maior da integralidade. A questão é mais de qualificação do acesso, que não significa qualquer tipo de acesso, mas cuidados integrais, continuados e coordenados.

Segundo HARTZ & SILVA (2005), a primeira preocupação do gestor em relação a uma intervenção sanitária deve estar relacionada com a magnitude da oferta das ações e serviços de saúde, considerando em que medida os recursos existentes ou propostos são suficientes para atender as necessidades da população usuária. Isto é respondido através das avaliações de cobertura. Ao se tratar de cobertura real, aparece o conceito de acesso, que é a medida do cuidado obtido pelo indivíduo que dele necessita.

O padrão utilizado correntemente no Brasil segue os parâmetros definidos na Portaria 1101/02 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a). Entretanto, foi também demonstrada a fragilidade desses parâmetros quando utilizados isoladamente, especialmente com relação à cobertura ambulatorial especializada. Os limites valem para a estrutura do sistema, com o dimensionamento de equipamentos por porte populacional e os processos, como a disponibilidade de oferta assistencial direta, como o número de consultas especializadas. Outros parâmetros também podem ser considerados, como alguns já em curso na PPI. Portanto, a cobertura medida por parâmetros previamente estabelecidos é o primeiro indicador nesta diretriz analítica. Esta parametrização pode mostrar diferentes estágios de cobertura, variando na atenção básica, de especialidade para especialidade, na média e na alta complexidade, nas urgências e na atenção hospitalar.

Para tentar minimizar essas limitações, um outro indicador completa a análise de suficiência assistencial, em especial no campo da atenção especializada, que é o tempo de espera por consultas especializadas e apoio diagnóstico solicitados. Este indicador, que não faz parte dos sistemas de informação rotineiros do SUS, pode ser implementado a partir de soluções informatizadas pouco sofisticadas. Tem potência para confirmar, ou não, se o simples cumprimento de parâmetros é suficiente para atender adequadamente às necessidades da população. A dificuldade aqui é a definição do que é razoável em relação ao tempo de espera, por envolver diversas variáveis, como a cultura local, as expectativas geradas, a tradição do sistema de saúde, a pressão da mídia, a capacidade de mobilização e pressão dos usuários etc.

Cabe aqui o conceito de acessibilidade, que, embora relacionado, não é sinônimo de acesso ou de cobertura. A acessibilidade tem sido definida como a relação entre os recursos em poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde. Estes podem ser geográficos (distância, transporte), organizacionais (existência de filas, tempos de espera, natureza do acolhimento) e econômicos (FRENK, 1992). Nesse caso, os tempos de espera para a atenção secundária, relacionado aos aspectos organizacionais do sistema, e a intervenção nesta variável podem contribuir para a medida da suficiência de oferta, de acesso real e com acessibilidade. Este debate aponta também para a necessidade de um maior volume de investigações contemplando este aspecto fundamental da gestão do sistema de saúde, mesmo com toda a relativização necessária em termos de parametrização de assistência à saúde. Apesar do foco do estudo ser a atenção especializada, é possível transpor a discussão de suficiência de recursos também para a atenção básica, com as mesmas definições de parametrização e tempo de espera.

Uma outra discussão que se impõe é a da demanda artificial, que pode ser considerada aquela que é perfeitamente dispensável do ponto de vista técnico. Esta demanda, que pressiona o sistema no seu nível secundário, faz voltar o tema da resolubilidade da atenção primária ou básica. Afirmar que apenas 22% das consultas totais de um sistema, como o proposto nos parâmetros da portaria já citada, devam ser de especialidades é muito pouco específico. É necessário aprofundar a análise em cada serviço, em cada especialidade, em cada equipe de saúde da família, para entender corretamente os determinantes daquele padrão de encaminhamento. Ele até pode se dever às dificuldades de suporte diagnóstico propedêutico na unidade básica, do seu padrão autorizativo (é comum aos médicos da atenção básica, ser negado acesso a determinados exames, mesmo diante de protocolos), ao processo de trabalho instituído, ao nível de responsabilização ética dos profissionais com os seus usuários e à própria capacitação técnica destes. No caso da rede municipal de Belo Horizonte, os dados disponíveis não parecem apontar para uma demanda por especialidades fora dos padrões admitidos na literatura, apesar do problema, já apontado, da baixa qualidade no preenchimento dos formulários de encaminhamento (BELO HORIZONTE, 2004b).

No caso do projeto em análise, existe hoje um déficit visível na oferta de consultas especializadas e apoio diagnóstico, motivo principal da sua transformação na principal meta do governo municipal na área de saúde. Isto foi mais profundamente discutido em capítulo anterior, lembrando sempre que os parâmetros da portaria ministerial isoladamente não apontaram para um déficit absoluto significativo. Este diagnóstico foi firmado principalmente pelo tempo de espera para consultas especializadas, que, em algumas especialidades, como oftalmologia e otorrinolaringologia, chegava a um ano para significativa parte dos pedidos (BELO HORIZONTE, 2002b, 2004b).

A proposta apresenta um aumento importante da oferta de consultas especializadas e de exames complementares, ainda que pouco discriminado, com ênfase principal naquelas situações de maior estrangulamento e com atenção especial para as linhas de cuidado definidas como prioritárias. Além da oferta adicional nos Centros de Especialidades Médicas regionais, mesmo sendo o seu principal foco a mudança organizacional do processo de atenção, a implementação do Centro Metropolitano de Especialidades Médicas indica um aumento de mais de 30% na oferta global de consultas especializadas e, segundo descrito na proposta, a alocação de especialistas e exames complementares foi estritamente baseada nos déficits diagnosticados.

Um aspecto importante é o conjunto de intervenções para reduzir o absenteísmo nas consultas especializadas, que ainda pode ser considerado alto. O resultado desta intervenção poderá levar a um aumento relativo na oferta de consultas especializadas, por utilizar melhor as ofertas disponíveis. As experiências locais de intervenção neste problema, com participação inclusive, e de forma decisiva, das comissões locais de saúde, alimentam a expectativa de que é possível intervir positivamente na questão. Está também colocada a proposta de monitoramento, pelo novo sistema informatizado (Sisreg), do tempo de espera de forma regular (fila eletrônica), o que permitirá o acompanhamento deste indicador, que parece potente para avaliar a suficiência de oferta assistencial, por unidade de saúde demandante, por centro de especialidade regional ou por especialidade. A conclusão é de que, nesta diretriz analítica, a proposta contempla as necessidades de incremento na oferta assistencial, avançando na sua suficiência, mudando formatos tecnológicos de processo de trabalho em atenção secundária e formas de financiamento

substitutivas ao modelo tradicional de pagamento por procedimento, no caso do novo Centro Metropolitano de Especialidades. Este, portanto, é um ponto bastante positivo da proposta em análise.

II- Articulação e integração das redes

Um dos pontos fundamentais apresentados no diagnóstico da situação do sistema de saúde foi o da desarticulação dos vários pontos de atendimento da rede de serviços, caracterizada pela tradicional dificuldade na referência e contra-referência. Segundo o descrito no funcionamento do sistema de saúde de Belo Horizonte, em que pese a melhoria progressiva nesta articulação, com a gestão assumindo a responsabilidade pelas marcações das consultas especializadas, exames diagnósticos e internações, através de suas centrais reguladoras, existem ainda indícios de muita desarticulação no interior do sistema. A própria concepção inovadora das linhas de cuidado carece de efetiva operacionalização para fazer sentido prático na vida cotidiana dos usuários. A melhor experiência é o conjunto de linhas integrantes do bloco da criança e da gestante, em que se pode notar, até pelo maior tempo de consolidação, as melhores situações de integração. A própria concepção de rede exige que o seu funcionamento seja integrado e articulado, sob pena de o sistema ser constituído por uma somatória de serviços, às vezes concorrentes, e não como em uma rede solidária.

Em face do problema da fragmentação dos modelos assistenciais, a integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária da Saúde (APS). Do ponto de vista conceitual, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde. Na prática, são poucas as iniciativas para o monitoramento e avaliação sistemática de seus efeitos (LEATT, apud HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004). O próprio conceito de integralidade remete obrigatoriamente ao da integração de serviços, por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução

dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. A concretização desta imagem ideal de um "sistema sem muros", eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, do domicílio ao hospital terciário, especialistas e generalistas, setores público próprio e privado contratado e conveniado; ligados por corredores virtuais que ultrapassem de fato as fronteiras geográficas, com vistas à otimização de recursos, embora seja consenso, tem se mostrado de difícil realização e, portanto, também de difícil avaliação (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Na literatura específica, este é um campo em que não existe, de forma muito consolidada, um conjunto de indicadores ou analisadores já disponível para se avaliar a situação de uma rede, em seu aspecto de articulação e integração. Estes estudos de revisão mostram uma produção importante de artigos voltados para doenças e cuidados a grupos específicos, como as redes de atenção perinatal, Aids e saúde mental, mas são poucas as referências de avaliação e acompanhamento do desempenho de sistemas no seu conjunto. O foco tem privilegiado a análise da coordenação no nível hospitalar, com pouco destaque para a atenção ambulatorial ou domiciliar e, menos ainda, para a trajetória dos usuários na continuidade de seus cuidados (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Segundo esses autores, esta lacuna pode ser superada utilizando-se os dez critérios propostos por Leatt no trabalho citado, para que os usuários possam sentir que existe um sistema integrado de serviços. São eles:

- não precisar repetir sua história em cada atendimento;
- não precisar se submeter a repetições inúteis de exames;
- não ser a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos;
- não se restringir a um nível de atenção inadequado, por incapacidade de atendimento em outro nível, superior ou inferior;

- dispor de 24 horas de acesso a um provedor de serviços ligado à atenção primária;
- receber informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo fazer escolhas esclarecidas;
- ter acesso fácil, por exemplo, por telefone, e oportuno aos diversos exames e profissionais;
- dispor de tempo suficiente nas consultas do primeiro nível de atenção;
- ser rotineiramente contatado para prevenir complicações de problemas crônicos;
- receber apoio domiciliar e treinamento em autocuidado que maximize a autonomia.

Um dos aspectos que exige um grande esforço é a implantação de dispositivos e ferramentas que avancem no sentido de dotar os diversos componentes da(s) rede(s) de clareza na sua missão, na sua oferta assistencial efetiva e da responsabilização dos diversos atores nos vários espaços de atenção, e em seus diferentes espectros tecnológicos. As linhas de cuidado só poderão ser implementadas se estes aspectos forem contemplados, como pôde ser observado na parte da apresentação dos pressupostos do projeto (CECÍLIO, 1997; FRANCO & MAGALHÃES JR., 2004). A natureza do objeto "rede" necessita de uma dupla leitura: como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços e de um conjunto de cuidados, que se imagina coordenados, e como uma dinâmica de atores em permanente negociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas, num contexto de mutações e realinhamento de compromissos mútuos (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004).

No estudo já citado de GIOVANELLA et. al. (2002), a segunda dimensão de avaliação de atributo de integralidade de um sistema municipal foi definida como a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica. Esta pressupõe uma

oferta adequada e oportuna de recursos tecnológicos necessários à resolução de problemas de saúde, que implica também alguma forma de regionalização e hierarquização de serviços. A hierarquização é proporcionada por mecanismos de referência e pela definição de fluxos no interior dos serviços e sistema. A proposta do estudo para a medida desta dimensão é a verificação da "oferta organizada de assistência curativa e de recuperação, garantindo-se referência e contra-referência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades/procedimentos nos distintos níveis de complexidade, com fluxos e percursos definidos espacialmente (GIOVANELLA et al., 2002).

Segundo a metodologia utilizada no estudo, o grupo de especialistas consultados validou uma série enorme de critérios listados a seguir: funcionamento da central de marcação de consultas e de exames especializados e de centrais de regulação de internações; protocolos de atenção para doenças/agraves específicos; medidas de garantia para contra-referência; integração do PSF à rede; controle do fluxo de pacientes para outros municípios; monitoramento de filas de espera e mecanismos para redução; Consórcio Intermunicipal de Saúde; mecanismos para garantia de reabilitação de pacientes vítimas de acidentes vasculares encefálicos e/ou lesões por causas externas; inclusão, na lista básica, de medicamentos complementares relacionados a doenças de maior prevalência/gravidade/custo.

Observa-se que este extenso conjunto de critérios propostos por GIOVANELLA et al. (2002) compõe bem o ideário da integralidade, porém é de difícil mensuração, como na maioria das vezes, assume a autora. Tais critérios requerem o estabelecimento de situações/condições traçadoras para a sua medida. Considere-se o exemplo da garantia de reabilitação, que seria verificada pela garantia de transporte de pacientes para acessar serviços de reabilitação e oferta de fisioterapia domiciliar. Os especialistas consultados consideraram esse critério muito relevante e bastante aplicável (GIOVANELLA et al., 2002).

Ainda dentro deste aspecto aqui definido de integração de redes, no mesmo estudo, a sua terceira dimensão refere-se à articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação. O enfoque proposto foi o de avaliação da existência de espaços de diálogos

gerenciais permanentes das diversas áreas da gestão, como sinalizadores de atuação voltada para articulação dos diversos setores/coordenadores/programas. Outro critério é a regularidade da difusão da informação dos vários bancos de dados existentes no SUS, na forma de consolidados que viabilizem a prática da vigilância à saúde. Foi incluída também nesta dimensão, por exemplo, a existência de comitês de revisão de óbitos infantis e maternos. Como pode ser observado, apesar da importância dos critérios apontados no estudo, são eles os de maior dificuldade de verificação.

A quarta dimensão deste estudo relacionou-se com a abordagem integral de indivíduos e famílias, com os seguintes critérios: existência de rede básica com adscrição populacional, estratégias de acolhimento, existência de centros de atenção psicossocial em saúde mental, equipe multidisciplinar, oferta de práticas terapêuticas alternativas, realização de atividades de grupo, realização de atividades extra-unidades, discussão de casos pela equipe multidisciplinar na unidade e articulação dos serviços dentro da unidade. (GIOVANELLA et al., 2002).

No Brasil, o Ministério da Saúde promoveu uma pesquisa – "Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família nos Grandes Centros Urbanos - Dez Estudos de Caso" –, dentro do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROEF), com vistas à avaliação dos determinantes das dificuldades de implantação da estratégia de saúde da família nos grandes municípios (BRASIL, 2005g). Nesta pesquisa, uma das variáveis verificadas foi a integralidade da atenção. A sua observação proposta foi através da integração da unidade de saúde da família com os demais níveis de complexidade da atenção e a definição de existência de atividades relacionadas aos aspectos da prevenção e da assistência, e incluíram perguntas sobre atendimento da demanda espontânea da população adscrita, a realização de atividades de educação e em grupos, atividades extramuros e comunitárias/intersetoriais. Esta avaliação se relaciona, como pode ser observado, mais à integralidade vertical, da prática de serviços, do que à integralidade da atenção no conjunto da rede de serviços, cuja nomenclatura foi assumida neste estudo como integralidade horizontal. De qualquer forma, ao colocar-se a atenção integral como uma das avaliações propostas, revela-se uma preocupação moderna do Ministério da Saúde com o tema da integralidade na avaliação do programa de saúde da família no país, em especial nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2005g).

Com esta revisão teórica a respeito de avaliação de redes e seu aspecto de integralidade, para a análise desta diretriz, com características marcadamente qualitativas, os analisadores propostos são: existência de desenho formal das redes com descrição das missões de cada elemento; definição dos fluxos entre os serviços através de protocolos operacionais pactuados; clareza na definição de responsabilização de cada integrante constituinte das redes; nitidez do papel de gestor do cuidado nas várias linhas e introdução de novos dispositivos no processo de trabalho que viabilizem a articulação. Com exceção deste último item, que será abordado separadamente, os outros analisadores compõem o que pode ser chamado de mapa de responsabilização do cuidado, em determinada rede em análise. Portanto, como exemplo a ser adaptado a cada realidade, este mapa precisa ser integrado por:

- descrição da rede e das missões de cada serviço que integram a rede nas linhas de cuidado escolhidas e de seus gestores;
- existência de protocolos operacionais de encaminhamentos publicizados (que poderão ser medidos pela análise regular da qualidade do preenchimento das guias de referência e contra-referência);
- publicização dos registros das discussões das equipes e dos gestores, com responsabilização do cuidado nos vários níveis (pode ser medido pelo estabelecimento de condições traçadoras previamente estabelecidas);
- implantação de dispositivos informacionais, dos mais rudimentares aos mais sofisticados, que permitam avaliar a prática de mecanismos de regulação assistencial, com ênfase para este papel pela equipe da atenção básica (mensurado, por exemplo, pelo nível de absenteísmo por especialidade e por unidade básica e até por equipes de saúde da família encaminhadoras);
- reconfiguração do processo de trabalho nas unidades básicas e secundárias, com a definição, nas primeiras, do papel de gestores globais do cuidado pelas equipes básicas e, nas segundas, do estabelecimento institucional da vinculação de grupos de especialistas a determinadas unidades básicas e suas

equipes. Outras intervenções na organização do processo de trabalho nas unidades básicas, além da gestão coordenada do cuidado, podem ser identificadas como as atividades coletivas de grupos de usuários, já mais clássica, a atenção domiciliar resolutive de várias modalidades (programas de desospitalização e internação domiciliar, acompanhamento de populações portadoras de doenças crônicas, serviços residenciais terapêuticos da saúde mental etc.).

A discussão de processos de trabalho em saúde exigem a busca do conceito de tecnologias em saúde utilizadas por MERHY (2002), admitindo-se que as chamadas tecnologias leves e leve-duras e sua disposição no sistema são definidoras do padrão do seu funcionamento. Reconfigurar processos de trabalho significa introduzir mudanças tecnológicas no trabalho em saúde. Duas questões parecem ser importantes para cumprir esta diretriz de integração e articulação das redes: a primeira é definir claramente, como função das equipes básicas, a responsabilização pela globalidade do cuidado, mesmo quando este se der a distância, em outro nível ou segmento da rede de serviços; a outra é a aposta na vinculação de um grupo de equipes básicas a um grupo de especialistas, trazendo o conceito de vinculação entre usuários e equipes para a vinculação entre profissionais médicos da atenção básica e especializada. Isto significa uma alteração tecnológica substancial na tradição do funcionamento desses dois níveis clássicos do sistema de saúde, ou seja, intervindo na micropolítica do trabalho em saúde nestas unidades. Parecem, portanto, ser potentes como analisadores da qualidade da rede a ser integrada e articulada.

Com base nestes analisadores, com nítido caráter qualitativo, a proposta da atenção especializada em análise contém alguns elementos positivos. Há uma ênfase na implementação de linhas de cuidado claramente demarcadas, com definição de missões e fluxos de encaminhamentos previamente estabelecidos, mas ainda impregnada de um caráter mais normativo, e não implicada automaticamente ao cotidiano do funcionamento de serviços articulados em rede. O esforço de integração e articulação é evidente, mas fica no campo da intencionalidade, num hipotético mapa de responsabilização do cuidado, a exata definição das diversas responsabilidades por equipes e serviços. Mais do que isto, parece faltar a necessidade de se inventar e implantar formas de monitoramento desta

responsabilização. Os maiores claros na proposta estão na qualificação da responsabilização mais refinada do cuidado nos vários níveis da atenção, o que pode ser definidor nos seus resultados.

O monitoramento indireto da qualidade da responsabilização através do preenchimento das guias de referência e contra-referência e do grau de absenteísmo é uma das possibilidades concretas de avaliação e de sua utilização como elemento de discussão no âmbito das equipes, utilizando o conceito de condições traçadoras (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004). De todo modo, parece ser neste ponto a maior fragilidade do projeto e onde ele mais terá que ser aprimorado, por se tratar de uma concreta aposta nos conceitos mais fundantes de reconfiguração tecnológica de funcionamento de redes de serviços, em seus microambientes de funcionamento. Pelo que foi observado na revisão teórica do tema da integralidade, e mesmo neste tópico, a literatura da saúde pública brasileira ainda é pobre no aprofundamento desta questão.

Por fim, a medida da introdução de novas tecnologias de trabalho que avancem no caminho da articulação e integração parece estar contemplada pela definição de responsabilidade gestora integral pelas equipes básicas e pela definição de vinculação de equipes de especialistas a equipes básicas, núcleo central da implantação dos novos centros de especialidades, não sendo objeto específico da proposta a totalidade das demais possibilidades de intervenções tecnológicas como as citadas, de atenção domiciliar. O passo seguinte seria a definição de que pontos sentinelas mais concretos possam funcionar como analisadores (traçadores) permanentes das mudanças de processos propostas no projeto analisado.

III- Regulação assistencial pública

A complexidade de um sistema como o de Belo Horizonte, com um *mix* público-privado bem reconhecido, exige um grande esforço gestor de regulação na lógica pública. Tanto mais necessária se torna a prática de mecanismos regulatórios públicos claros, quanto mais escassos os recursos disponíveis para a busca de um sistema de atenção

universal, integral e equitativo. E, conforme já apresentado na revisão teórica, uma regulação que aponte no sentido assistencial e não só com os seus contornos de controle dos recursos, ainda que estes sejam fundamentais. O primeiro pressuposto para operar a regulação é a definição clara da rede a ser regulada, tema que já foi abordado no item anterior. O grande desafio colocado é o de aproximar o conjunto das demandas, expressões das necessidades dos usuários, das ofertas do sistema, definindo prioridades, publicizando os fluxos e os encaminhamentos, girando as novas ofertas a serem buscadas na direção das prioridades estabelecidas e analisando os resultados alcançados. Enfim, retroalimentando o planejamento, num ciclo virtuoso para a gestão. Isto envolve mecanismos da macro e da microrregulação, conforme já visto na revisão conceitual do tema. Os analisadores propostos para esta diretriz analítica são: percentual de alocação das ofertas assistenciais do setor público e privado nas centrais reguladoras, presença de outros mecanismos de regulação local formalmente descritos (algo como os comitês locais de regulação), contratualização formal com o conjunto dos prestadores de serviço, implementação de sistemas de informação que possibilitem a operação da regulação das redes e relacionamento da gestão do SUS com a saúde suplementar. A possibilidade de mensuração quantitativa é o acompanhamento do percentual de consultas e propedêutica nas centrais reguladoras e o percentual de contratos formais instituídos com os prestadores. Um sub-item a ser mais valorizado é a existência e percentual de contratos no formato global de relação, com metas de qualidade e eficiência a serem medidos regularmente. Os demais itens deverão ser monitorados por mecanismos qualitativos de verificação, a partir do que for previsto nos projetos.

A análise da proposta apresentada avança no sentido de discutir esses analisadores em seu conteúdo. A própria história da gestão plena assumida pela gestão municipal há muitos anos criou um ambiente favorável para a implantação dos diversos mecanismos regulatórios de seu funcionamento. A concepção exercitada no município, de gestão real sobre o conjunto dos prestadores, com efetivo comando único da gestão municipal, o esforço de contratualização e regularização de toda a relação com o conjunto dos prestadores de serviço do SUS, a progressiva alocação das agendas dos prestadores nas unidades do complexo regulador (BELO HORIZONTE, 2004b), a definição de fluxos diretos previamente pactuados, a formulação de experiências locais de regulação

assistencial e a implantação de um sistema de informação na área das especialidades (Sisreg), que possibilita o exercício de padrões mais sofisticados de regulação, apontam no sentido de a proposta conter os elementos estabelecidos como analisadores da integralidade na rede proposta.

A maior insuficiência observada é na relação com a saúde suplementar de forma mais efetiva, situação verificada em todo o país. Esta é uma agenda que se impõe como necessária para intervir nas iniquidades que podem ocorrer, como foi descrito no capítulo deste estudo relativo à utilização dos serviços de saúde do município. É necessário também o refinamento da proposta de regulação assistencial local, com o estabelecimento de ferramentas mais claras para atuação das equipes gestoras locais, incluindo sistemas de informação descentralizados, coerentes com esta aposta, e o desenvolvimento de movimentos de pactuação com as equipes, para isto não ser apenas uma definição burocrática de funcionamento, mas passar a fazer parte e ocupar a agenda cotidiana das equipes locais, funcionando como um contrato de gestão com cada unidade de saúde.

IV- Atendimento às necessidades dos usuários

O referencial teórico adotado neste estudo, até para nomear a integralidade como necessária, foi o das necessidades dos usuários, apesar da complexidade que envolve este campo. Entretanto, esta não é uma tarefa fácil e a sua discussão tem sempre ficado mais no campo teórico, sem muita relação com o mundo real dos usuários, em seu cotidiano de utilização do sistema de saúde.

Retomando a matriz proposta por CECÍLIO (2001), pelo menos três dos marcadores propostos para o entendimento das necessidades dos usuários precisam ser recuperados neste momento para orientar esta dimensão analítica. São eles: a busca por acesso às diversas tecnologias com potência para prolongar e qualificar sua vida, a busca por vinculação com as equipes e a busca por autonomia no seu modo de se relacionar com sua própria saúde. Isto não é fácil de ser analisado e mensurado. A avaliação regular do tempo de espera por consultas especializadas, para ficar neste recorte do projeto analisado,

volta nesta dimensão a se prestar a ser um indicador factível para mensurar o acesso real aos serviços especializados. Outro indicador possível é a verificação regular de pesquisas de satisfação dos usuários. Esta tem duas formas possíveis: a implementação de pesquisas clássicas de aferição da satisfação ou a análise regular, através da captação de informações com este fim, utilizando-se de vários mecanismos, como *call centers*, ouvidorias ou as simples caixas de reclamações. A própria Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde propõe esses mecanismos como uma das formas de aproximação dos gestores do mundo real dos usuários.

No caso do projeto em análise, ainda que não conste no seu corpo principal, já existem iniciativas no âmbito da comissão perinatal para o monitoramento regular da satisfação das usuárias, e isto poderia ser universalizado para o conjunto do projeto, residindo aí uma das suas fragilidades. A análise de dados captados pelo organismo denominado SOS Saúde (BELO HORIZONTE, 2005 a), recentemente transformando na Gerência de Ouvidoria Pública do SUS, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, pode ser um mecanismo a ser institucionalizado neste projeto e aperfeiçoado como um dos sentinelas da verificação da satisfação dos usuários, estabelecendo controle em vários pontos da rede. Seria necessário protocolizar esta atuação e sua verificação regular. Articulada a estes dispositivos, tem-se a iniciativa de se pesquisar pontualmente a satisfação dos usuários através de pesquisas quantitativas e qualitativas, nos mais variados formatos hoje disponíveis. Parece ficar claro que este ponto é um dos que oferecem um campo enorme, ainda para avançar, na proposta de reorganização da atenção especializada do município.

V- Impacto no quadro de saúde da população

O impacto no quadro de saúde da população é uma das dimensões em que a possibilidade de medir é mais clara. Dialoga também com o eixo anterior, o do atendimento das necessidades dos usuários, ou seja, a sua busca por uma melhoria das condições de vida e saúde. As dificuldades encontram-se no fato de os resultados na saúde das populações estarem ligados a vários fatores e condicionantes, sempre interligados, levando à conhecida

dificuldade de se associar determinado resultado a um conjunto de intervenções, como as aqui propostas neste projeto e que são objeto de análise.

Indicadores são instrumentos de mensuração que têm por finalidade avaliar mudanças e resultados de determinada atividade, programa ou projeto. Assim, se pretendemos que os indicadores avaliem as ações, eles precisam apresentar algumas características: devem ser mensuráveis, ou seja, quantificáveis, expressando a realidade em linguagem matemática; ser claros, sendo facilmente compreendidos e aceitos; ser precisos, indicando apenas aquilo que se propõem a indicar; ser comparáveis e confiáveis, ou seja, passíveis de comprovação por terceiros; ser pertinentes, guardando relação com o objeto do estudo; devem ser sensíveis às mudanças que se pretende verificar (LUSTOSA apu MALTA, 2001).

Uma forma de tentar aproximar o conjunto de indicadores da especificidade de seu objeto é não se propor analisar apenas resultados finais no quadro de saúde, ainda que estes sejam fundamentais, mas também aferir, usando a conceituação clássica de DONABEDIAN (1990), indicadores de estrutura e de processo. Os de estrutura se referem aos atributos materiais e organizacionais sob os quais o cuidado em saúde é oferecido, como recursos financeiros, ampliação da rede física e de recursos humanos, incluindo o número, a categoria profissional e a sua qualificação. Os indicadores de processo analisam os recursos e os meios que foram utilizados para produzir os resultados alcançados. Podem ser medidos por ampliação de cobertura e mudanças na produção de serviços. Já os indicadores de resultados medem o efeito final das propostas implantadas e podem ter impacto direto no quadro de saúde, satisfação do usuário, efetividade e resolubilidade.

Para o caso da proposta em discussão, fica difícil aferir resultados diretos no quadro de morbi-mortalidade da população usuária, fundados apenas nas novas ações implantadas, pelas diferentes condicionantes a que estes indicadores se submetem, como a condição socioeconômica, as mudanças do padrão demográfico dos usuários, e outros fatores intangíveis, como por exemplo dificuldades na acessibilidade por alguma razão específica. Para as linhas específicas da criança e da gestante, um conjunto mais conhecido de indicadores de resultados podem compor este quadro com os seus respectivos percentuais: mortalidade infantil (com seus componentes neonatal e pós-neonatal), número

absoluto de asfixia intraparto e tocotraumatismo, mortalidade materna, gravidez em adolescentes, sífilis congênita (poderia ter como objetivo a taxa zero), transmissão vertical por HIV, prematuridade, baixo peso ao nascer, percentual de alta do bebê junto com a mãe para alojamento conjunto, percentual de partos feitos na maternidade de vinculação da gestante, tempo de acesso a serviço de maternidade de alto risco, tempo de espera para consulta em ambulatório de alto risco, presença de pediatra na sala de parto, percentual de prescrição de leite materno exclusivo no sexto mês, dentre outros. Alguns destes indicadores podem ser buscados nos bancos oficiais do sistema de nascidos vivos, de mortalidade, nas internações hospitalares e outros, buscados ativamente nos prontuários médicos.

No caso, por exemplo, da linha de cuidado cardiovascular, podem ser escolhidos indicadores de morbidade hospitalar por grupo, como taxa de internação por doenças cardiovasculares, taxa de internação por complicações do diabetes, taxa de amputação de pé diabético e taxa de acidentes vasculares cerebrais. Mais especificamente para as doenças cardiovasculares, a taxa de mortalidade hospitalar em procedimentos específicos de revascularização, angioplastia, correção de aneurisma e colocação de marcapasso, nas internações eletivas e de urgência.

Entretanto, para efeito analisador de um conjunto mais amplo de intervenções que buscam a integralidade em redes assistenciais, com um conjunto heterogêneo de intervenções no recorte da atenção especializada ambulatorial e não restrita às duas linhas de cuidado discutidas, indicadores de estrutura e processo precisam ser escolhidos para acompanhamento do projeto. Uma cesta possível agregaria o número de especialistas disponíveis na rede própria (onde os vínculos são mais estáveis e maior a governabilidade gestora) por população usuária, as intervenções físicas realizadas na rede própria de especialidades, a taxa de cobertura por especialidade e em alguns exames complementares mais críticos para as linhas de cuidado prioritárias (ultrasonografia, ecocardiograma, teste de esforço, cineangiocoronariografia), mais uma vez, o tempo de espera por uma consulta por especialidade, monitoramento do absenteísmo, número de reuniões clínicas com especialistas e médicos da atenção básica (por centro de especialidade e suas unidades de responsabilidade), número de profissionais submetidos a processos de capacitação dentro

ou fora dos centros de especialidades, número de interconsultas por telemedicina por unidade consultante e por especialidade (onde este dispositivo estiver implantado), taxa de encaminhamentos retidos nas unidades básicas por ação da telemedicina, taxa de acompanhamento de altas hospitalares em usuários cadastrados nas equipes de saúde da família e em patologias previamente definidas.

No projeto analisado, com exceção da abordagem recente da comissão perinatal com os seus indicadores de acompanhamento, já em testagem concreta, não há uma preocupação acentuada com a mensuração dos resultados, a não ser na alocação de mais recursos humanos e da cobertura de consultas e exames, que fazem parte do projeto estrutural da reorganização das especialidades. Há necessidade de se avançar nesta dimensão analisadora de forma a razoavelmente quantificar e qualificar o impacto da proposta, que busca integralidade que realmente faça sentido para os usuários e em suas possibilidades de viver a sua vida com mais condições que dependem da sua acessibilidade e satisfação com o sistema de saúde.

Quadro- Resumo das dimensões avaliadoras e seus analisadores/indicadores

DIMENSÃO AVALIADORA	ANALISADORES/INDICADORES
1- Suficiência de recursos assistenciais (medidas indiretas de acesso)	1-Parâmetros de oferta por especialidades (Portaria 1101 MS e parâmetros da PPI) 1.1- estrutura: no. Especialistas e exames ofertados/pop. 1.2- processo: no. de consultas/ pop. 2- Tempo de espera por especialidade 3- Aumento da oferta relativa (medida indiretamente pela redução do absenteísmo)
2- Articulação e integração das redes	1-Descrição formal das redes e das missões de cada serviço nas linhas de cuidado traçadoras 2-Protocolos formalizados de referência e taxa de preenchimentos adequados dos formulários 3-Redução % do absenteísmo 4-Implantação de sistema de informação que permita mapear a pactuação entre os serviços % de vinculação de equipes de especialistas e equipes básicas
3- Regulação assistencial pública	1-% de alocação das ofertas assistenciais nas centrais reguladoras 2-% de contratualização formal com os prestadores de serviço 3-% de contratos formais na modalidade contrato global (com metas de qualidade e produtividade) 4-% de existência registrada de comitês locais de regulação assistencial 5-verificação regular da interface SUS-saúde suplementar com sistema de informação rotineiro analisado Registro da publicização das discussões do projeto nos conselhos locais
4- Atendimento às necessidades dos usuários	1- Tempo de espera por consultas especializadas 2-Pesquisas regulares de satisfação dos usuários % de vinculação efetiva de usuários adscritos às ESF nas linhas de cuidado traçadoras como gestoras de seu cuidado integral

5- Impacto no quadro de saúde da população (geral e nas linhas de cuidado traçadoras)	1- Geral (estrutura e processo) 1.1- no. de especialistas/ pop. 1.2- no.de especialistas/ESF 1.3- no. de capacitações realizadas em especialidades prioritárias 1.4- no. de interconsultas por telemedicina/ESF 1.5- taxa de acompanhamento de altas hospitalares por ESF nas linhas de cuidado traçadoras 2-Linha de cuidado perinatal 2.1- tempo de espera por consulta em ambulatório de gestação de alto risco 2.2- taxa de partos feitos em maternidades de vinculação das gestantes 2.3- taxa de mortalidade materna 2.4- taxa de infecção puerperal 2.4- taxa de mortalidade infantil e de seus componentes 2.5- taxa de prematuridade 2.6- taxa de incidência de sífilis congênita 2.7- taxa de asfixia intraparto e tocotraumatismo 3-Linha de cuidado cardiovascular 3.1- taxa de internações eletivas/ internações de urgência por patologias definidas 3.2- taxa de internação geral e específica por doenças cardiovasculares e por pareamento de risco individual 3.3- taxa de atendimentos de diabéticos e hipertensos descompensados em unidades de urgência/ unidades básicas 3.4- taxa de internação por complicações do diabetes 3.5- taxa de amputação de pé diabético
--	--

***CONCLUINDO E TENTANDO APONTAR
O FUTURO!***

A descrição feita neste estudo do histórico da construção do Sistema Único de Saúde do Brasil mostrou uma clara transição de um sistema de segregação de grupamentos populacionais no seu direito de atenção à saúde para um sistema cujo principal fundamento é a inscrição da saúde como direito de cidadania. É deste ponto que se parte para todas as análises sobre o sistema de saúde dos brasileiros no atual momento histórico, mesmo nos recortes de um projeto local de organização do sistema. A definição deste direito, inscrito formalmente na Constituição Federal, trouxe também a afirmação de princípios além da universalidade, especialmente a integralidade e a equidade, traduzida como igualdade para os iguais. O relato histórico deixa claro também que este resultado foi produto de movimentos da história, de luta social e de articulação de amplos setores da sociedade civil e atores governamentais, num arranjo possível para a organização do setor. Mostra também um crescente desenvolvimento do seu arcabouço jurídico institucional e do desenho organizativo da sua gestão, ou conjunto de gestões.

Neste ponto, aparece com destaque o papel do mais novo ente federativo, o município, como protagonista fundamental nesta história, assumindo a dianteira da tradução, para a realidade do mundo dos usuários e trabalhadores, do disposto pela legislação brasileira. Neste sentido, o relato histórico proposto afunila para a descrição de uma importante experiência municipal, a de Belo Horizonte, que muito precocemente assumiu a gestão de todo o sistema de saúde pública no seu território e pôde experimentar diversos arranjos no desenho de sua rede e de propostas assistenciais de diversos recortes.

Espelhando bem a realidade que tende a ser nacional, enfrenta desafios contemporâneos importantes, que chegam a questionar a viabilidade do SUS na sua prática, deixando, às vezes, um sentimento nos gestores, trabalhadores e usuários, de ter chegado ao seu limite. A constatação verdadeira de que os recursos que a sociedade brasileira legitimou para o seu sistema de saúde são incompatíveis com a generosidade e a ousadia de seus inscritos constitucionais não resolve os dilemas da insuficiência na atenção e na gestão. Coteja sempre esta verdade a impressão de que, neste limite de financiamento global e com as tecnologias, em sentido amplo, e a experiência de gestão disponíveis no país é possível fazer diferente e melhor. E fazer melhor neste momento da história do SUS parece ser, dentre outras iniciativas, e que pode significar a diferença para os usuários, a concretização

do princípio da integralidade. Como visto em alguns dos postulados teóricos abordados na parte inicial deste estudo, este tema se impõe como singular e desafiador. Está nele a garantia de universalidade real e não excludente, com busca de equidade social, protegendo a vida e possibilitando às pessoas a busca de sua felicidade.

Desafio adicional ao deste fundamento teórico e do subfinanciamento assumido, o fazer cotidiano em ambientes algo adversos, com redes mistas públicas e privadas contratadas e conveniadas ao sistema de prestação de serviços, exigindo uma enorme capacidade reguladora por parte do gestor. No segmento próprio, o permanente debate com o mundo da gestão das pessoas envolvidas em múltiplos arranjos e interesses e na supervisão da atuação do setor privado, a luta também continua por fazer imperar os princípios do interesse público com a introdução de mecanismos de regulação de caráter social e pública, como também abordado no momento da revisão teórica.

Todos esses elementos vivos da história e os seus componentes mais estruturantes estão presentes hoje no desafio de gerir um complexo sistema de saúde de uma grande cidade, encravada numa heterogênea região metropolitana, como Belo Horizonte. A aposta da sua gestão em enfrentar sem rodeios o tema incerto da integralidade necessária permitiu que este projeto, neste ambiente e neste momento histórico, se constituísse num singular objeto de estudo e investigação acadêmica, numa assumida relação de ator e autor implicado e militante, com sua face epistêmica, num enredo complicado, mas fundamentalmente instigante e desafiador. Neste caminho, o objeto do estudo, ainda que em um recorte delimitado assumido de uma determinada proposta, numa série de iniciativas de se caminhar na integralidade da atenção e da gestão, prestou-se para o debate acadêmico, ancorado numa realidade em permanente mutação, com grandes mudanças verificadas em tempo real e no próprio decorrer da investigação.

Também o objeto investigado sofreu mudanças já decorrentes do próprio esforço, em vários momentos coletivizados com a equipe dirigente e técnica da gestão municipal, de reflexão acadêmica sobre a proposta, em idas e vindas dialéticas e em ondas de pensar e repensar, agir e refazer, inventar e ver que não dá certo, propor avaliar e já ter impressões prontas, perguntar e deixar a resposta para depois, fazer, negociar politicamente partes do projeto, parar um tempo e dar velocidade em outros pedaços, testar dispositivos e

escrever sobre eles. Um tempo real que supera as modalidades de medir o próprio tempo, numa mistura única de estar avaliando um processo histórico e produzindo a história exatamente ao mesmo tempo. Este foi o ambiente em que se desenvolveu este estudo, na sua etapa de elaboração final, já que muito dele foi construído durante muitos anos, em histórias de vários atores que, por isto mesmo, também viraram seus autores, muitas vezes anonimamente. Aqui está a primeira, e ousada, conclusão: é possível produzir estudos desta modalidade, neste formato, e contribuir já na sua elaboração para o aperfeiçoamento do objeto em estudo; alguma coisa de legítima ciência produzida em ato e resultando em vida nova para um sistema de saúde em contato com milhares de usuários a cada dia e gerando trabalho vivo e produtivo a cada momento, e nos próprios momentos de produção da teoria acadêmica. E a sua validação é a impressão fortemente amparada no seu decorrer e no seu discurso produzido de que ele serve, com adaptações, para outros ambientes e outras propostas.

A descrição da estrutura e do funcionamento do sistema de saúde do município traduziu uma realidade que impressiona pela complexidade, com tudo organizado em uma mesma lógica gestora, esta sim, sem muita similaridade neste porte com outros sistemas brasileiros, tendo redes lógicas construídas, sempre em aperfeiçoamento ou com projetos de construção, lutando contra insuficiências de ofertas de recursos, às vezes paralisantes, outras vezes estimulantes para um fazer diferente, sempre com a impressão de estar andando para frente. Aqui também, uma outra conclusão importante, em relação ao desafio inscrito no título do estudo: a possibilidade real de produzir redes integrais em ambientes privados dependentes, próprio do SUS real e muito presente na Belo Horizonte desses tempos. Certamente, numa rede amplamente estatal, algumas facilidades apareceriam, mas não resta dúvida de que outros desafios se imporiam ao gestor. O conceito de rede é radicalizado e, como pôde ser exemplificado, ele se confunde o tempo todo no entrelaçamento das múltiplas redes, que são inventadas ou desenhadas para que se possa entender melhor o próprio funcionamento do sistema. Rapidamente uma nova organização ou caminho aparece, a rede é refeita e passa por novas ligações com as outras que ficaram. O que se tentou traduzir da experiência de tantos anos na atenção à criança e à gestante foi o conjunto de experiências mais claro neste sentido, o desafio maior de tecer redes integrais, com claro sentido usuário centrado, não burocráticas, apesar da exigência de

normatizações mutantes, e que tenta acompanhar, ou não atrapalhar, as redes habilmente tecidas pelos usuários e trabalhadores de saúde, desde que tomando conta para não se afastar do interesse público maior.

Foi mostrado que a constatação da insuficiência global dos recursos assistenciais não exime a gestão de reinventar modalidades de atenção e disparar dispositivos, vários deles captados na própria realidade oculta, que potencializem a ação das equipes e avancem no sentido claro da integralidade da atenção. Parte disto é o caminhar interminável pela responsabilização pelos usuários de equipes multiprofissionais e de múltiplos recortes no seu contínuo caminhar na vida, passo a passo, utilizando como referência as redes de serviço, a cada momento. Esta responsabilização dita técnica, com fluxos pré-determinados e monitorados, traz à lembrança uma outra responsabilização, de recorte mais humano e ético, onde, no plano ideal, ninguém que busque o sistema de saúde se sinta desamparado, não acolhido e perdido em um mundo de necessidades, de dúvidas e angústias e, ao mesmo tempo, de ofertas e possibilidades concretas que melhorariam, um pouco ou muito, a sua vida, naquele momento e ao longo dela. Talvez esta seja uma conclusão muito mais livremente da intuição produzida pela leitura de tantas redes: a de que é possível ser um permanente facilitador na vida dos usuários, quando estes, por algum motivo, precisam caminhar na ou nas redes do sistema de saúde.

O objeto/proposta em si, que serviu de molde para o estudo, mostrou-se razoavelmente potente para forçar o vetor resultante do sistema de saúde para o lado da integralidade, dando sentido ao lema assumido pela gestão municipal de saúde integral. A matriz e suas diretrizes analíticas, sugeridas ou inventadas para testar esta espécie de coeficiente de integralidade, foram baseadas em referencial teórico hoje disponível e em muita experiência acumulada nestes anos todos de gestão, e parecem mostrar suficiência para analisar outros sistemas e projetos com intencionalidades gestoras da mesma origem do que foi claramente aqui assumido. Modo contínuo e radicalmente dialético, a matriz buscada a partir da própria experiência da proposta se volta para a sua própria geradora, busca determinada distância possível e a analisa, conferindo a ela o diagnóstico de que possui elementos constitutivos que permitem que todo o sistema avance no sentido da integralidade.

Voltando à questão inicial do estudo, não foi seu objeto central a " invenção" de um modelo fechado de análise de conteúdos ou atributos de integralidade de determinado sistema ou projeto. A idéia-força foi a própria apresentação da proposta e sua discussão, baseada em um conjunto de analisadores organizados em uma matriz analítica, que possibilitasse o debate do conteúdo da proposta e, secundariamente, a utilização deste acumulado conceitual e operativo na discussão de outros projetos. Este retorno ao ponto inicial do objeto de estudo, agora na sua conclusão, é importante porque não se pode perder a noção de que este, como outros, é um projeto institucional de formulação e operação de uma política pública em permanente disputa. E esta noção tem talvez tanta importância quanto o conjunto dos indicadores/analisadores propostos e discutidos. Toda a boa formulação conceitual do projeto e a capacidade técnica no seu operar pelo conjunto dos gestores e equipes técnicas envolvidas não serão suficientes para que os seus objetivos sejam alcançados.

Sendo um projeto estruturante para a gestão, que propõe alterar várias concepções e dispositivos institucionais, nos vários níveis da atenção e gestão, mais de formulação e capacidade de ação, é necessária uma reflexão sincera sobre a sua real viabilidade de implantação. Isto se torna ainda mais fundamental por ser esta proposta não apenas uma formulação no plano teórico e objeto de estudo acadêmico, mas uma proposição clara de intervenção governamental em um sistema local de saúde. Em cada ponto do projeto e em cada um dos conjuntos de elementos propostos para a sua avaliação, é possível propor questões relativas à sua viabilidade e de várias ordens. Quando se propõe a ampliação da oferta de recursos para alcançar a sua suficiência, reduzindo drasticamente o tempo de espera por especialidades, e em ambiente de enorme subfinanciamento, existem recursos financeiros disponíveis para este fim e que possibilite estes avanços? De outra forma, a alocação real de recursos guarda coerência com a decisão política da implementação do projeto? Ainda neste tema da oferta, há disponibilidade real de oferta na cidade, por exemplo, de profissionais médicos de determinadas especialidades, que possam ser agregados ao sistema, mesmo em formatos institucionais heterodoxos? Esta segunda pergunta, se não equacionada adequadamente, pode significar que a questão sobre os recursos alocados pode se tornar inócua. Indo além, no processo tecnológico da atenção secundária, a disponibilidade resolutiva de profissional é muito relacionada à oferta de

apoio diagnóstico, no momento do ato cuidador médico, ou a distância, e isto é tão importante quanto a própria oferta de consulta médica especializada. Em outras palavras, neste campo, ainda que governados pelas tecnologias leves, os componentes tecnológicos leve-duros e duros têm maior importância do que na atenção básica, e precisam ser considerados.

Caminhando nas demais dimensões analisadoras, apenas como mais exemplos de interrogações necessárias. O desenho das redes, com clareza das definições de missão de cada serviço, a decisão sobre a responsabilidade da gestão do cuidado nas diversas linhas, a articulação dos vários níveis tecnológicos da atenção, a implementação de sistemas sofisticados de informação envolvem um sem número de arranjos organizacionais com milhares de atores vivos, com concepções, histórias de vida, inserções profissionais e visões de mundo e de saúde absolutamente heterogêneas. Se não trabalhados adequadamente, numa ampla discussão coletiva de um novo fazer em saúde, não há possibilidade concreta de sucesso das mudanças propostas, ainda que tecnicamente consistentes, pelo projeto. Subdimensionar este aspecto na avaliação de viabilidade é sempre um grande risco, colocando em jogo toda a estratégia traçada. Este alerta tem ainda mais valor quando se tem em mente a operação numa rede de serviços com forte presença privada, onde a governabilidade adquire contornos diferenciados, com grande participação das corporações, especialmente a médica, e de interesses de mercado construídos ao longo de muito tempo, que podem operar em sentido contrário a um projeto que tende a afrontar alguns interesses muito consolidados.

No aspecto da conformação tecnológica do trabalho nos vários níveis da atenção, dentre outras questões, uma complexa discussão precisa ser lembrada: a da regulação da incorporação e da utilização tecnológica. Este não foi um tema específico deste estudo, mas, neste contexto maior de análise de governabilidade, é preciso lembrar que regular, na lógica pública, tecnologias em saúde está muito longe de se falar de protocolos clínicos ou de se formularem políticas de importação de tecnologias materiais de alta densidade. É preciso voltar aos fundamentos da discussão do trabalho, com claro enfoque no trabalho médico, como tecnologia central definidora das várias outras possibilidades de intervenção. A decisão política e o esforço técnico e gerencial de

implantação de uma dupla função cuidadora e gestora global do cuidado para os médicos e as equipes nas unidades básicas não é, absolutamente, algo simples, porque esta discussão remonta à própria formação ética e técnica dos profissionais, no mínimo, na sua graduação. Com um certo exagero, trata-se quase de uma reinvenção do jeito de trabalhar em saúde, como já visto e debatido em diversos estudos muito bem fundamentados nos últimos anos. Isto remonta às discussões sobre o tema desde Sérgio Arouca e Cecília Donnangêlo, passando por Ricardo Bruno, Emerson Merhy, Gastão Wagner e Luiz Cecílio. E propor e promover essas mudanças nos vários níveis da rede de serviços, num ambiente de um sistema complexo de atenção, como mostrado, é algo que exige um permanente radar de viabilidade.

Apenas estes dois exemplos, o do financiamento e o do mercado real de ofertas de serviços e profissionais, no seu aspecto macro, e a discussão do microprocesso da gestão do trabalho, e tudo que isto significa, dão os contornos de uma realidade complexa, com intensas relações políticas, em que está inscrita a proposta de intervenção, e mostram a sua real dimensão. Portanto, o projeto parece avançar para lugares e "futuros" ainda não completamente conhecidos e testados em nosso sistema e neste nosso tempo, abrindo também uma série de indagações, dúvidas, insuficiências e possibilidades que precisam ser mais exploradas, conforme já apontado. Por outro lado, mostra também a existência promissora de uma oportunidade singular de implementação de um projeto que exige o funcionamento de um sistema completo de atenção: nada de cestas simplificadas de cuidado parcial para os mais pobres, sob gestão única, pública, com vistas ao seu sentido maior – os usuários e suas vidas –, decidido a disputar a viabilidade do SUS, profundamente vinculado aos seus primordiais e mais caros princípios, porque é esta disputa dos caminhos do SUS brasileiro, nestes tempos, a grande moldura deste estudo. Isto tudo, que foi sistematizado e momentaneamente concluído, tornou ainda mais instigante a linha de investigação, coisas de autor e ator profundamente implicado, mostrando que muito mais precisa ser inventado e testado, e que isto é coisa para outros trabalhos. Este termina, feliz, por aqui.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACÚRCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M.L.; SANTOS, M. A . Avaliação de Qualidade e serviços de saúde. **Revista Saúde em Debate**, n. 33, p. 50-53, 1991.

ACÚRCIO, F.A. ; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 233-242, 1996.

ALMEIDA, C.; TRAVASSOS, C.; PORTO, S. E.; LABRA, M. E. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. **International Journal of Health Services**, 30: p.129-162, 2000.

ALMOYNA, M.M. **Manual de Regulacion Medica de los SAMU – Elementos para la Regulacion Medica de las urgencias**. Buenos Aires, Fundacion Pedro Luis Rivero, 1999.

BANCO MUNDIAL, **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993. 347 p. Original em inglês.

BARBOSA, Z. **Regulação médica das urgências: entraves, desafios e potencialidades na avaliação e na implementação da atenção integral às urgências em Campinas**. Dissertação Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 2001.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde, **Projeto Viva Criança – Redução da Mortalidade Infantil em Belo Horizonte**. Belo Horizonte, MG, 2002a. 10 p.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde, **Proposta de Estruturação da Atenção Secundária para o SUS-BH**. Belo Horizonte, MG, 2002b. 24p.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde, **Recomendações para a Organização da Atenção Básica na Rede Municipal**. Belo Horizonte, MG, 2003a. 25 p.

BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Anuário Estatístico de Belo Horizonte**, 2003b. Disponível em [http:// www.pbh.gov.br](http://www.pbh.gov.br). Acesso em: 20 nov, 2005

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde, **A Implantação do Sistema de Regulação – SISREG – no município de Belo Horizonte: potencialidades e desafios**. Belo Horizonte, MG, 2004a. 21 p.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde, **Relatório de Gestão 2004**. Belo Horizonte, MG, 2004b. 174 p.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde, **A Reorganização da Atenção Secundária**. Belo Horizonte, MG, 2004c. 15 p.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Reorganização da Atenção Secundária do Distrito Sanitário Nordeste – Regulação, Controle e Avaliação**. Belo Horizonte, MG, 2004d. 12 p.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde, **Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008, versão preliminar apresentada para o Conselho Municipal de Saúde**. Belo Horizonte, MG, 2005a. 139 p.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde, **Relatório da Central de Internação 2004**. Belo Horizonte, MG, 2005b . 05 p.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde, **O impacto das ações judiciais na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2005**. Belo Horizonte, 2005c (mimeo) 24 p.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil. Capítulo da Saúde**, Brasília, DF, 1988

BRASIL, Lei 8080. **Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União de 20 de setembro de 1990, p. 18.055. Brasília, DF, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 91. Resolução INAMPS 273 de 17 de julho de 1991**, Reedição da Norma Operacional Básica 01/91. Brasília, DF, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 93. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – a ousadia de fazer cumprir a lei**. Portaria GM 1286/93. Brasília, DF, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 96**. Portaria GM 2203/96. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. **Lei no. 9.656. Regulamenta saúde suplementar no Brasil**. Diário Oficial da União de 02 de junho de 1998. Brasília, DF, 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução no. 08 do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, que trata dos mecanismos de regulação na saúde suplementar. Brasília, DF, 1998b.

BRASIL. **Lei no. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.** Diário Oficial da União, Brasília, Seção Extra, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM 1101 de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Diário Oficial da União de 13 de junho de 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM 2048/2002. Regulamenta o sistema nacional de atenção às urgências.** Diário Oficial da União de 05 de novembro de 2002b.

BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa (RN) número 42 de 04 de julho de 2003. [Estabelece os requisitos para os instrumentos jurídicos entre operadoras e prestadores de serviço, dentre eles o registro da entidade hospitalar no CNES], 2003.**

BRASIL, Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde, Relatório Final.** Brasília, DF, 2004. 228 p.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2005a.** Disponível em www.saude.gov.br/datasus. Acesso em 20 nov, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatísticas de Saúde, 2005b.** Disponível em www.datasus.gov.br . Acesso em 20 de novembro de 2005.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar, **Organização dos Serviços de Saúde no Brasil – Texto de Apoio para os Seminários de Integração com o SUS,** Rio de Janeiro, RJ, 2005c. 11 p.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Informações em Saúde Suplementar para Gestores, 2005d.** Disponível em <http://www.ans.gov.br>. Acesso em 20 de nov. de 2005.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas Faces da Mesma Moeda: Microrregulação e Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, RJ, Ministério da Saúde, 2005e.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Pacto de Gestão, documento. para debate na Comissão Intergestores Tripartite**, Brasília, DF, 2005f, 84p.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos**. Síntese dos principais resultados. Brasília, DF, 2005g

BUSS, P.M. Saúde e Desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P,M.; LABRA, M.E. (Org.). **Sistemas de Saúde – Continuidade e Mudanças**. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-FIOCRUZ, 1995. P. 61-101.

CAMPOS, C.R. A produção da cidadania – Construindo o SUS em Belo Horizonte. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998. P11-30.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. 215 p.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3. Ed. revista e aumentada. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990. 307 p.

CARVALHO, M. R. **Modelos assistenciais de unidades básicas e integralidade. Estudo de caso: a área de planejamento 3.1 (RJ/RJ), contribuição para sua distritalização**. Dissertação Mestrado. Rio de Janeiro.: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ; 1991.

CARVALHO, G. **Saúde: O tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela**. (mimeo). São Paulo, SP. 2005.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S., 2002. Fatores Associados às Internações Hospitalares no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7 (4): 795-811.

CASTRO, M. S. M, **A utilização das internações hospitalares no Brasil: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso**. Tese Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2004.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20 n. 5, set/out. 2004.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo. Hucitec, 1994.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13 (3): 469-478, jul-set, 1997

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**, Rio de Janeiro. IMS, UERJ – ABRASCO, 2001.

CFM, Conselho Federal de Medicina. **Resolução 539/2000**. Brasília, DF, 2000. Disponível em <http://www.cfm.org.br>

COHN, A.; ELIAS, P.E. A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: **Saúde no Brasil – Políticas e Organização dos Serviços**. São Paulo, SP. Cortez, 1996. Cap.1, p. 11-55.

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, **Teses e Plano de Ação 2005-2007**, Brasília, DF, 2005.

CONILL, E. M. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 2000; v.16. Rio de Janeiro, 963-971.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública** V. 18 Suppl: 191-202. Rio de Janeiro, 2002.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública** V. 20 no. 5 Rio de Janeiro, set/out. 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? In: **Cadernos de Saúde Pública**, 14(1): 199-204, 1998.

COSTA, N.R. O Banco Mundial e a Política Social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In: **Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação – Saúde e Saneamento na Agenda Social**. São Paulo: Hucitec, 1998. Cap. 5, p. 125-145.

COSTA, N.R. A Descentralização do Sistema Público de Saúde no Brasil: Balanço e Perspectiva. In: **BRASIL – Radiografia da Saúde**, Campinas, SP. Instituto de Economia-UNICAMP, 2001. Parte 3, Cap. 2, p. 307-321.

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: Editora Fiocruz, 1997. P. 49-83.

DIAS, M.A.S.; MAGALHÃES JR. H.M. Intersetorialidade: um olhar da saúde. In: **Revista Pensar BH**, Março-maio, 2004.

D'INTIGNAMO, B. M.; ULMANN, P. **Économie de la Santé**. Paris: Presses Universitaires de France, 2001.

DONABEDIAN, A. 1990. **Garantia y monitoria de la calidad de la atencion médica**. México: Instituto Nacional de Saúde Pública, 74 p.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio, Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999

FRANÇA, S.B. **A Relação Público e Privado na Saúde: a Trajetória dos Hospitais Privados Integrantes do Sistema Único de Saúde**, 1997. 207 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Pós-graduação em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.

FRANCO,T.B., MAGALHÃES JR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E., e cols: **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano**. São Paulo. Hucitec, 2004. pg125-133.

FRANCO, S.C.; CAMPOS, G.W.S. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v. 32, n. 4, p. 352-360, 1998.

FREIRE, R.C. **As ações programáticas no projeto Saúde Todo Dia: uma das tecnologias para a organização do cuidado**. Dissertação Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 2005.

FRENK, J. M. **El concepto y la medición de accesibilidad. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. K.L. OPAS (White, editor principal). Washington, D.C.: OPS, 1992. p. 929-943.

FREUD, S. **O Mal- Estar na Civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, Centro de Estudos Econômicos e Sociais. Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho. **Regulação da Assistência à Saúde: o caso de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2005

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

GOMES, L.J.M. Belo Horizonte: a Cidade Descrita. Documentos de uma História Urbana. **PBH/Anuário Estatístico 2000**. In:pbh.gov.br/planejamento. Belo Horizonte, 2000.

HARTZ, Z.M. A. ; CONTANDRIOPOULOS, AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública** v. 20 supl.2. Rio de Janeiro, 2004.

HARTZ, Z.M. A.; SILVA, L.M.V. (org.) **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação e Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz – Edufba, 2005.

HEIMANN,L.S.,IBANHES,L.C., BARBOZA,R. **O Público e o Privado na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estatísticas de Saúde – Assistência Médico-Sanitária**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002.

JUNQUEIRA, L.A.P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade** v. 13. Nno.1, p. 25-36. Jan-abr. São Paulo, 2004

LEAT, P.; PINK, G.; GUERRIERE, M. **Towards a Canadian model of integrated healthcare**. Healthc Pap, 1:13-55, 2000.

LUSTOSA, P. H. **A importância dos indicadores para a avaliação**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1999. 15p. (mimeo)

LIMA- COSTA, M.F.F. **A saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte – Um estudo epidemiológico de base populacional**. Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. NESP-FIOCRUZ, UFMG, 2004. 132 p.

LUZ, M, T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “transição democrática” nos anos 80. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V.1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MACHADO, C.C. Indicadores sócio-demográficos: Belo Horizonte e Região Metropolitana. **Anuário Estatístico de Belo Horizonte de 2003**. Disponível em <http://www.pbh.gov.br>. Acesso em 20 de nov. de 2005.

MAGALHÃES JR., H.M. **Urgência e Emergência – A participação do município**. In: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã, 1998. P. 265-286

MAGALHÃES JR., H. M. Regulação Assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. In: **Revista Pensar BH**, fev-abr, 2002.

MAGALHÃES JR., H.M. Encaminhamentos responsáveis em um sistema inteligente de atenção regulada de urgência e emergência. In: MELO, M.C.B.; VASCONCELLOS, M.C. (Org.) **Manual de Atenção às Urgências e Emergências em Pediatria**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2005. P. 375-385

MALTA, D.C. **Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996.** Tese Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 2001.

MALTA, D.C. Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar: o desafio na construção de práticas cuidadoras. In: **Regulação & Saúde – vol. 3 – Documentos Técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**, tomo 2, Rio de Janeiro, RJ. Editora do Ministério da Saúde, 2004. P7-51.

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

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). In: **Cadernos de Saúde Pública** v. 20 n. 5 Rio de Janeiro set/out. 2004

MENDES, E.V. As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80. In: **Distrito Sanitário: o Processo Social de Mudança das Políticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1993.

MENDES, E.V. Introdução. In: **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador: Casa da Qualidade, 2001. P. 11-34

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

MERHY, E.E. **Saúde – A cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002

MERHY, E, E.; Magalhães Júnior. H. M.; Rimoli, J.; Franco, T. B.; Bueno, W., S. **O TRABALHO EM SAÚDE: OLHANDO E EXPERENCIANDO O SUS NO COTIDIANO.** São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E, E.; Onocko, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo-Buenos Aires: Hucitec-Lugar Editorial, 1997.

- MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B. e cols: **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. p 21-45.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3^a Edição. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993
- MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Urgência e Emergência – Abordagem contemporânea de um velho problema sanitário**. Belo Horizonte, MG, 2000.
- PAIM, J. S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: **Saúde nos Grandes Aglomerados Urbanos: Uma Visão Integrada**. Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde – Organização Pan-Americana de Saúde. Vol. 3. Brasília, 2003.
- PIMENTEL, F.D. **Programa de Governo: BH no século XXI. A cidade no rumo certo. Caderno 12. SAÚDE. Um serviço para todos e prevenção como ação permanente**. Belo Horizonte, MG, 2004.
- PINHEIRO, R.; Mattos, R. A. (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.
- PINHEIRO, R.; Mattos, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ,IMS : ABRASCO, 2003.
- PINHEIRO, R.; Mattos, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: CEPESC- ABRASCO, 2005.
- SANTOS, F.P. O novo papel do município na gestão da saúde – O desenvolvimento do controle e avaliação. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998. p31-49
- SANTOS, N, R. Trajetória da efetivação do SUS: impasses e tendências da gestão pública. In: **O Público e o Privado na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005. p101-110
- SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde - O debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JR, A G.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS,UERJ- ABRASCO, 2003. P.113-128.

SOUZA, R.R. **A regionalização no contexto atual das políticas de saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p. 451-455, 2001.

STARFIELD, B. Measuring the attainment of primary care. **J. Med Educ**; 54: 361-369, 1979.

SULBRANDT, J. Avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos atuais. In: KLIKSBURG, B. (org) **Pobreza: uma questão inadiável**. Brasília: ENAP, 1994.

TEIXEIRA, O. G. S. **Acesso aos procedimentos de alta complexidade no âmbito do SUS em Belo Horizonte/MG**. O caso da utilização da quimioterapia e radioterapia por pacientes portadoras de câncer de mama residentes em Belo Horizonte, nos anos de 2000 e 2001. Tese Mestrado. Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG, 2003.