

LUIZ CARLOS CANTANHÊDE FERNANDES JUNIOR

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA ANÁLISE DA ATENÇÃO À
SAÚDE DE USUÁRIOS COM 60 E MAIS ANOS DE VIDA
PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS EM CENTROS
DE SAÚDE DE CAMPINAS**

**CAMPINAS
2012**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA ANÁLISE DA ATENÇÃO À
SAÚDE DE USUÁRIOS COM 60 E MAIS ANOS DE VIDA
PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS EM CENTROS
DE SAÚDE DE CAMPINAS**

Luiz Carlos Cantanhêde Fernandes Junior

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas, para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Ciências Sociais. Sob orientação da Profa. Dra. Solange L'abbate

**Campinas
2012**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**
Bibliotecária: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

F391i Fernandes Junior, Luiz Carlos Cantanhêde, 1983 -
 Internações por condições sensíveis à atenção
 primária : uma análise da atenção à saúde de usuários
 com 60 e mais anos de vida portadores de doenças
 crônicas em Centros de Saúde de Campinas / Luiz
 Carlos Cantanhêde Fernandes Junior. -- Campinas, SP :
 [s.n.], 2012.

Orientador : Solange L'Abbate.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Atenção primária à saúde. 2. Integralidade em
saúde. 3. Gestão em saúde. 4. Hospitalização. 5.
Análise institucional. I. L'Abbate, Solange. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês: Hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions: an analysis of health care designed to persons with 60 or more years old suffering from chronic diseases in Healthcare Units in Campinas/SP/Brazil

- Keywords:**
- Primary health care
 - Comprehensive care
 - Health management
 - Hospitalization
 - Institutional analysis

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Ciências Sociais

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Solange L'Abbate
Prof. Dr. Gastão Wagner Sousa Campos
Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

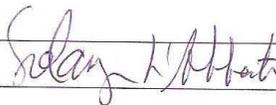
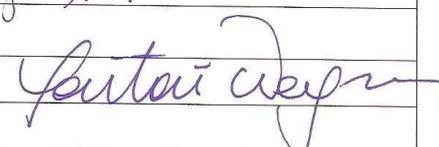
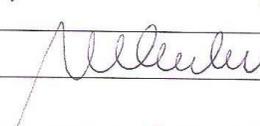
Data da defesa: 27-02-2012

Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado

LUIZ CARLOS CANTANHÊDE FERNANDES JUNIOR

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Solange L'Abbate

Membros:

Professor(a) Doutor(a) Solange L'Abbate	
Professor(a) Doutor(a) Gastão Wagner Sousa Campos	
Professor(a) Doutor(a) Luiz Carlos de Oliveira Cecílio	

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

Data: 27 DE FEVEREIRO de 2012

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos aqueles, que, em seus cotidianos, lutam pela efetiva implementação do SUS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por mais esta conquista.

Aos meus pais e irmãos pelo apoio e suporte dados, apesar da distância.

À Roberta, minha companheira e amiga, por ter sempre estado ao meu lado me apoiando e ajudando sob os mais diversos aspectos.

À Prof^a Dr^a Solange L'Abbate, orientadora desta pesquisa, pela oportunidade, pelos múltiplos ensinamentos, pelo companheirismo, pela amizade e por simplesmente ser quem é.

Ao Prof Dr Gastão Wagner de Souza Campos, pelo exemplo, pelos muitos ensinamentos proporcionados e pelas contribuições a este estudo

Ao Prof Dr Luiz Carlos de Oliveira Cecílio pelas contribuições e ensinamentos.

Às Professoras doutoras Lúcia Cardoso Mourão e Silvia Maria Santiago pela disponibilidade e interesse de aceitarem ser suplementes da banca.

Ao Prof Dr Carlos Roberto Correa pelas contribuições a esta pesquisa.

Aos amigos de militância do DANC, DENEM, AMERESP, ANPG, Conselho Nacional de Saúde, Coletivo João de Barro.

Aos amigos do grupo de pesquisa Análise Institucional e Saúde Coletiva pelas contribuições.

À Secretaria Municipal de Saúde de Campinas pela possibilidade de viabilização da pesquisa.

Às gestoras dos Centros de Saúde estudados: Dejnís, Janaina, Maria do Carmos, Maria Eugênia, Nicole, Tereza; pela disponibilidade e ajudas proporcionadas.

À equipe do apoio do Distrito de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, pelos incentivos e acolhimento que ajudaram o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos funcionários do Departamento de Saúde Coletiva pela disponibilidade e ajuda.

RESUMO

Considerando a integralidade do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a vasta gama de discussões acerca do planejamento desta política e as potentes contribuições da análise institucional neste contexto, o presente estudo pretende configurar-se análise exploratória da atenção primária à saúde em um município de grande porte. Tem como objetivo a análise das ações desenvolvidas por seis Centros de Saúde do município de Campinas/SP, voltadas a usuários com 60 e mais anos de idade portadores de doenças crônico-degenerativas moradores de áreas de abrangência destas unidades. Foi utilizado enquanto elemento disparador da pesquisa a aplicação do indicador “internações por condições sensíveis à atenção primária” a um banco de dados, cujo conteúdo consistia em informações de internações ocorridas dentre moradores das áreas adscritas dos serviços selecionados durante o período de um ano (01/07/2009 a 30/06/2010) em serviços do SUS ou conveniados. Considerou-se, apenas, internações de indivíduos na faixa etária mencionada, decorrentes dos seguintes grupos diagnósticos: hipertensão, angina, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e diabetes melitus. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas junto às gestoras das seis unidades, com a abordagem dos modos de organização dos serviços e dos cuidados em saúde voltados ao público estudado. Todas as informações obtidas foram analisadas à luz de conhecimentos da epidemiologia e do planejamento em saúde. Além disso, utilizou-se os conceitos de implicação e analisador, provenientes da Análise Institucional, de

forma a aprofundar as análises e reflexões desenvolvidas. Concluiu-se que as conjunturas existentes nas unidades pesquisadas demonstram impactos diretos sobre o desenvolvimento de ações voltadas a portadores de doenças crônico-degenerativas, parecendo ter influências diretas sobre o indicador utilizado neste estudo. A escassez de profissionais nas equipes dos Centros de Saúde pesquisados, a forma de inserção do profissional médico nestas e o contexto macropolítico de construção do SUS se mostraram analisadores das dificuldades apontadas pelas gestoras nos processos de implementação de ações destinadas ao público-alvo desta pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Integralidade em saúde, Gestão em saúde, Hospitalização, Análise Institucional

ABSTRACT

Considering the comprehensive care within the Brazilian Public Health System (SUS), and a wide range of discussions on the planning of this policy and the powerful contributions from the Institutional Analysis in this context, this study intends to set up exploratory analysis of primary health care in a large municipality. It aims to analyze the actions taken by six primary health care services in Campinas / SP / Brazil, designed to persons with 60 or more years old suffering from chronic diseases living in areas covered by these services. The application of the indicator ambulatory care sensitive conditions to a database was used as an trigger element in this research. The content of this database consisted of hospitalizations informations among residents of areas covered by the selected services during the period of one year (07/ 01/2009 to 06/30/2010) happened in SUS services or paid by this system. It was only considered admissions of individuals in the age group mentioned, from the following diagnostic groups: hypertension, angina, heart failure, cerebrovascular diseases and diabetes mellitus. Semi-structured interviews were conducted with managers from the six units, with the approach of the modes of organization of services and health care targeting the studied individuals. All information was analyzed considering the knowledge from epidemiology and health planning. In addition, the concepts of implication and analyzer, from Institutional Analysis, were used in order to deepen the analysis and reflections developed. It was concluded that the existing scenarios at the searched units demonstrate a direct impact on the development of actions

aimed at people with chronic diseases, appearing to have direct influences on the indicator used in this study. The shortage of professionals in teams of surveyed health services, the way the participation of medical professionals happen in these same units and the macro-political context of the construction of SUS proved analysers of the difficulties pointed out by the managers in the processes of implementation of actions aimed at the target audience of this research.

KEYWORDS: Primary health care, Comprehensive care, Health management, Hospitalization, Institutional Analysis

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AMERESP – Associação dos Médicos Residentes do Estado de São Paulo

ANPG – Associação Nacional de Pós-Graduandos

AIS – Ações Integradas de Saúde

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

CII/SMS/Campinas - Coordenadoria de Informação e Informática da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

CLEV – Coordenação Local de Estágios e Vivências

CNEV – Coordenação Nacional de Estágios e Vivências

COFIN-CNS – Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde

CS – Centro de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

DANC – Diretório Acadêmico Nilo Cairo

DENEM – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICSAP – Internações por condições sensíveis à atenção primária

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LOS – Leis Orgânicas da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio

PSF – Programa Saúde da Família

SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Ano de Inauguração, percentual de pessoas com 60 e mais anos de vida e percentual de aglomerados subnormais dentre moradias por Centro de Saúde estudado.....	104
Tabela 2. Número e percentual de ICSAP* selecionadas**, em hospitais SUS e conveniados, dentre moradores com 60 e mais anos de vida moradores das áreas de abrangência de 6 Centros de Saúde de Campinas-SP, no período de 01/07/2009 a 30/06/2010.....	107
Tabela 3. Número de ICSAP, e percentual, em hospitais SUS e conveniados, por grupo diagnóstico, dentre moradores com idade \geq 60 anos das áreas de abrangência de 6 Centros de Saúde de Campinas/SP. Período: 01/07/2009 a 30/06/2010.....	114
Tabela 4. Quantitativo populacional na área de abrangência de cada Unidade, por equipe de referência e proporção equipe/população em cada serviço.....	120
Tabela 5. Divisão por faixa etária da população por equipe de referência dos Centros de Saúde estudados.....	124
Tabela 6. Número atual de agentes comunitários de saúde (ACS) por Centro de Saúde, número mínimo previsto pela atual política nacional de atenção básica (Portaria MS/GM nº2.488 de 21 de outubro de 2011) e déficit destes profissionais em número e percentual.....	125
Tabela 7. Número e composição das equipes dos Centros de Saúde estudados.....	128
Tabela 8. Histórico de composição das equipes nos últimos 2 anos. Categorias profissionais mais ausentes, no caso de falta no período.....	131
Tabela 9. Modos de funcionamento dos grupos voltados a indivíduos hipertensos e diabéticos nas Unidades estudadas.....	133
Tabela 10. Atividades de educação em saúde desenvolvidas nas Unidades voltadas a portadores de doenças crônico-degenerativas (exceto grupo de hipertensos e diabéticos).....	136
Tabela 11. Organização do acompanhamento ambulatorial de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas nas Unidades estudadas.....	136

Tabela 12. Classificação de risco de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas em acompanhamento na Unidade.....	139
Tabela 13. Classificação de risco de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas encaminhados a especialidades externas ao serviço..	139
Tabela 14. Organização da realização de cadastro de pacientes hipertensos e diabéticos nas Unidades estudadas.....	142
Tabela 15. Ações desenvolvidas a partir de informações de altas hospitalares de pacientes da área de abrangência de cada Unidade estudada.....	144
Tabela 16. Avaliação da gestão local dos cuidados em saúde desenvolvidos na Unidade voltados a usuários portadores de doenças crônico-degenerativas - Aspectos positivos e negativos.....	147

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Divisão em percentuais da população com 60 ou mais anos de vida por intervalos de faixa-etária dentre moradores das áreas de abrangência dos respectivos Centros de Saúde, 2009.....	105
Gráfico 2. Percentual de Internações pelos diagnósticos selecionados dentre população com 60 ou mais anos de vida moradores das áreas dos respectivos Centros de Saúde Período 01/07/2009 – 30/06/2010.....	111
Gráfico 3. Divisão por sexo de ICSAP selecionadas dentre moradores de áreas de abrangência de 6 Centros de Saúde de Campinas no período de 01/07/2009 a 30/06/2010.....	112

SUMÁRIO

TRAJETÓRIA E IMPLICAÇÕES DO PESQUISADOR	33
INTRODUÇÃO	49
I INTEGRALIDADE EM SAÚDE	55
1.1 Integralidade e o Campo da Legalidade.....	57
1.2 Necessidades de Saúde e Integralidade.....	60
II A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS E O INDICADOR EPIDEMIOLÓGICO DISPARADOR DO ESTUDO	69
2.1 A Institucionalização da Atenção Primária no SUS.....	71
2.2 O Indicador: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.....	76
III JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	83
IV OBJETIVOS	87
4.1 Objetivo Geral	89
4.2 Objetivos Específicos	89
V METODOLOGIA	91
5.1 Aspectos Éticos.....	97
VI ANÁLISE DOS RESULTADOS	99
6.1 Análise do Banco de Dados: Contribuições da Epidemiologia	101
6.2 Análise das Entrevistas: Contribuições do Planejamento em Saúde	116
6.3 Epidemiologia e Planejamento em Saúde: Correlações	150
6.4 Os Analisadores: Contribuições da Análise Institucional.....	155
CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167
ANEXOS	173

TRAJETÓRIA E IMPLICAÇÕES DO PESQUISADOR

O útil ou necessário para a ética, a pesquisa e a ética em pesquisa não é a implicação – sempre presente em nossas adesões e rejeições, referências e não referências, participações e não-participações, sobremotivações e desmotivações, investimentos e desinvestimentos libidinais... –, mas a análise dessa implicação. (LOURAU, 2004, p. 190).

O presente capítulo pretende trazer elementos do movimento da Análise Institucional, sob a perspectiva de um de seus conceitos-chave: a implicação; possibilitando o desencadeamento de reflexões acerca do processo de construção do presente estudo, bem como de seus produtos, tendo em vista as escolhas realizadas, os caminhos percorridos e as análises e interpretações feitas pelo autor.

Desta forma, buscar-se-á aliar bases conceituais do citado movimento à trajetória do pesquisador, que, como será possível perceber mais adiante, demonstra implicações, sob diversos aspectos, no que se refere aos objetos da pesquisa.

Mostra-se necessária a contextualização da implicação enquanto conceito que se configura contra-hegemônico no atual cenário de produção de conhecimentos. Neste sentido, a análise institucional traz à tona polêmica discussão, ao defender a ausência de neutralidade nestes processos.

Barbier (1985) ao discorrer acerca deste conceito aponta que

A implicação, no campo das ciências humanas, pode ser então definida como o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passada e atual nas relações de produção e de classe, e de seu projeto sócio-político em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade de conhecimento. (BARBIER, 1985, p.220)

Segundo Lourau (1993), a proposição do conceito de implicação pela Análise Institucional talvez se configure em um de seus maiores diferenciais enquanto movimento ideológico.

O autor, ao defender esta tese, aponta que

Quase todas as ciências estão baseadas na noção de não implicação ou desimplicação. As "teorias da objetividade" se baseiam na "teoria" da neutralidade. É claro que também outras disciplinas criticam essa idéia de objetividade; em particular, a Psicanálise. De certa maneira, a Análise Institucional se situa no prolongamento do "escândalo psicanalítico" e, ao mesmo tempo, tenta explorar um outro campo de coerência, o de uma certa sociologia. (LOURAU, 1993, p.9-10)

Ressalta, também, ao discorrer sobre a produção científica, que o pesquisador da atualidade, independentemente se seu posicionamento ideológico, agrega seus valores à ciência produzida. Tal fato, tornaria, portanto essencial a permanente problematização das implicações (ideológicas, políticas, libidinais, econômicas, etc) dos atores envolvidos nos processos de produção de novos conhecimentos, tendo em vista a impossibilidade da ausência de neutralidade neste processo.

Este permanente exercício de reflexões acerca de suas implicações levaria a uma "*postura nova, não obscurantista*" (Lourau, 2004a, p. 217) do pesquisador, o que, portanto, apontaria para outras perspectivas de produção do conhecimento.

Lourau (1993), ao fazer conexão entre seu raciocínio acerca da pesquisa e outro importante conceito da Análise Institucional, a institucionalização, afirma que

A pesquisa, é óbvio, participa da institucionalização de uma certa ordem social, mas sendo a institucionalização um processo - e não mera reprodução mecânica - existem, ou coexistem nele, inúmeras estratégias que o "moldam" nesta ou naquela direção. E aí encontramos as nossas implicações-enquanto-pesquisadores. Não somos objetos no interior de um modelo puramente abstrato,

mas homens (e livres!). É por esse motivo que a análise das implicações tem, acredito, um conteúdo muito rico (...) (LOURAU, 1993, p.112)

Desta maneira, segundo o referencial teórico utilizado, parece ficar clara a importância do reconhecimento das implicações dos indivíduos envolvidos em dado cenário de produção de conhecimentos.

Dado o exposto até aqui, eu autor deste estudo, passo a escrever na primeira pessoa do singular, visando à descrição de momentos de minha trajetória que julgo pertinentes, frente ao desafio de colocar minhas implicações em análise no contexto desta pesquisa.

Durante minha graduação em medicina na Universidade Federal do Paraná, que se iniciou em abril de 2002, tudo parecia ir como de costume na minha rotina de estudante que vivia fora de casa já há mais de dois anos. Frequentava as aulas regularmente, estava inserido em um círculo de amigos e almejava, durante aquele período universitário, viver experiências interessantes, divertimentos e formar-me cirurgião cardiovascular (apesar de não possuir tanta certeza disso naquele momento).

No terceiro ano de faculdade, atraído pela possibilidade de realização de intercâmbio destinado a estudantes de medicina, o que me parecia uma vivência interessante, e através de convite de um amigo, passei a frequentar o Diretório Acadêmico do curso de medicina (Diretório Acadêmico Nilo Cairo – DANC). Passados alguns meses me percebi bastante envolvido em umas das coordenações deste diretório, a Coordenação Local de Estágios e Vivências (CLEV), que tinha como objetivo a viabilização de intercâmbios nacionais e

internacionais para estudantes de medicina, através de sua inserção em programas de cooperação entre organizações estudantis semelhantes à nossa.

Sendo eleita uma nova gestão do DANC, passo a ser diretor e assumo a coordenação da CLEV, de forma que nos anos seguintes a minha inserção no movimento estudantil de medicina me surpreendia pela velocidade com que os acontecimentos sucediam. Eram reuniões semanais, emails, telefonemas, encontros de estudantes em outras cidades, novas amizades, enfim, novas discussões, reflexões e mudanças.

Em 2006, além de ainda compor a gestão local do DANC, passei a compor a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), enquanto integrante da Coordenação Nacional de Estágios e Vivências (CNEV) junto a cinco outros colegas estudantes de medicina em outras duas cidades (Recife e Belo Horizonte). E no ano seguinte, já no último ano de faculdade, ainda sob o ímpeto de entusiasmo durante um encontro pan-americano do qual participava em Cochabamba na Bolívia, decidi compor novamente a gestão da DENEM, desta vez enquanto Coordenador de Relações Exteriores.

Condensar em poucas palavras estes momentos da minha vida mostra-se tarefa difícil para mim, dada a intensidade das experiências vivenciadas, bem como a grande quantidade de detalhes que me vêm à mente ao serem resgatadas. Mas tenho a clareza de que a minha inserção no movimento estudantil, da maneira como ocorreu, durante os anos da minha graduação, foram cruciais para as escolhas dos caminhos que viria a trilhar posteriormente.

Um exemplo disto é que, passados cinco anos após início do curso, a minha idéia inicial de tornar-me cirurgião transformou-se em entusiasmo para

realizar residência em uma das duas seguintes áreas: Psiquiatria ou Medicina Preventiva e Social. E foi no mesmo momento de ímpeto anteriormente citado, em que decidi compor novamente a gestão da DENEM em 2007, que também decidi fazer a residência em Medicina Preventiva Social na Unicamp, de forma que esta foi a única prova de residência que prestei ao final da faculdade. A decisão, tomada à época, de querer fazer a residência especificamente na Unicamp se devia a referenciais que tinha de colegas que haviam feito esta residência.

É possível que já esteja subentendido, porém vale ressaltar, que, os anos de inserção no movimento estudantil de medicina, que se reconhecia enquanto pertencente ao Movimento em Defesa da Vida, constituiu-se, para mim, em período de grande aprofundamento nas questões relacionadas às políticas de saúde brasileiras, ao movimento da reforma sanitária, à formação em saúde e à compreensão da inserção do movimento estudantil no cenário de defesa do SUS. Desta forma, reconheço um grande aporte de conhecimentos neste período, que, inclusive, acredito terem preenchido brechas existentes na formação que tive durante o curso de medicina.

Chegando em 2008 me mudo para Campinas, onde iria realizar a residência em Medicina Preventiva e Social durante os próximos dois anos. Esta residência, tal qual todo programa de residência médica, tem como foco o aprendizado a partir da inserção em cenários de prática. E no caso deste programa em particular, a inserção do residente nos serviços tinha como objetivo principal a formação do médico sanitário, a partir da aplicação prática de conhecimentos acerca das políticas, planejamento e gestão em saúde, epidemiologia e ciências sociais.

Durante todo o ano de 2008 realizei estágio no Centro de Saúde Campo Belo, uma das unidades em análise nesta pesquisa. Nesta unidade, onde permanecia a maior parte da minha carga horária, acompanhava a coordenação local em suas atividades de gestão, tais como participação em reuniões de equipe, núcleo de saúde coletiva, colegiado gestor, conselho local de saúde, reuniões distritais de coordenadores de unidades, reuniões intersetoriais, dentre outras. Além disso, desenvolvi projetos de gestão e projetos terapêuticos singulares junto à equipe, realizava atendimentos individuais a usuários adultos com queixas clínicas e tinha supervisão semanal no serviço junto a docente da Unicamp.

Durante este ano, apesar das dificuldades que pude na prática, não apenas perceber, mas também comprovar através de levantamentos e análises que realizei, acredito que o aprendizado proporcionado pelo estágio foi de grande valia para minha formação. O embasamento teórico, bem como as supervisões e discussões acerca de situações vivenciadas no cotidiano do serviço, proporcionados pela Universidade, potencializaram sobremaneira minha inserção na unidade servindo de “instrumentos” para a realização de atividades e intervenções.

Concluído o primeiro ano da residência, em fevereiro de 2009, inicio estágio no distrito de saúde sul da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, onde realizaria estágio nos próximos seis meses. Em momento inicial, em reunião que participei com apoiadores, coordenadora distrital e coordenadora do programa da residência, combinamos a formatação do estágio que se iniciava. Acordamos neste momento a proposta de realização de minimamente três projetos nas áreas da co-gestão/apoio, regulação e vigilância em saúde.

Durante o primeiro mês do estágio dediquei minhas atividades ao reconhecimento do serviço através de conversas e acompanhamento do cotidiano de apoiadores, técnicos da vigilância e demais profissionais. E, já no segundo mês iniciei o desenvolvimento dos projetos nas áreas anteriormente citadas.

Minha percepção era a de que os aportes teóricos que eu continuava a acumular, bem como as discussões realizadas na Universidade, atrelados à inserção no dia-a-dia do serviço, potencializavam meu aprendizado, proporcionando maior compreensão e reflexões qualificadas da experiência vivenciada. Tais aportes mostraram-se, ainda, fundamentais para a concretização dos projetos nas áreas propostas, que em si, foram atividades substancialmente pedagógicas.

Ainda, no Distrito de Saúde Sul, conclui os projetos em regulação e vigilância em saúde, através de parcerias importantes com apoiadores e técnicos da vigilância. Pude participar dos espaços colegiados distritais, dos quais destaco as reuniões com os coordenadores de serviços e dos apoiadores, ambas semanais, enquanto espaços extremamente pedagógicos, e onde sempre fui bem acolhido e tive espaço para, não apenas aprender, mas também contribuir.

O projeto que realizei na área de co-gestão/apoio, ao meu ver, desenhou-se de maneira bastante interessante. A demanda do distrito, à época, foi de um trabalho junto ao Centro de Saúde Fernanda, também uma das unidades em análise neste estudo.

Naquele momento havia a encomenda do distrito, verbalizada pela apoiadora institucional responsável e pela coordenadora distrital, de conhecimento mais aprofundado, a partir de dados concretos, sobre a realidade local, de forma

que este pudesse servir de método desencadeador de mudanças que lhes pareciam necessárias.

Com isso, o projeto desenvolveu-se ocasionando grande aproximação minha junto à coordenação local e aos trabalhadores da unidade, através de múltiplos encontros ocorridos em reuniões e conversas no próprio serviço e no distrito. Este projeto acabou configurando-se em uma experiência bastante válida, no que se refere ao aprendizado do papel preconizado ao apoiador institucional, tendo se estendido até o final de 2009, mesmo após o término oficial do meu estágio no distrito sul.

No início de agosto de 2009, passei ao estágio em gestão hospitalar com inserção simultânea na superintendência do Hospital das Clínicas da Unicamp e no Núcleo de Saúde Pública do Hospital Estadual de Sumaré. Este também foi período de grande aporte de conhecimentos, a partir de experiências que, até então, eram novas para mim, devido aos tipos de serviços nos quais havia me inserido anteriormente.

Por último, quando da opção da realização do meu estágio eletivo de dois meses de duração, ao final do programa, decidi me dedicar exclusivamente ao Núcleo de Saúde Pública do Hospital Estadual de Sumaré, por ter percebido, à época, possibilidades de aprofundamentos de conhecimentos na área de gestão hospitalar, que, de fato, se concretizaram ao final do estágio.

Um parêntese que deve ser feito, é que durante quase todo o período da residência participei ativamente, enquanto diretor, da Associação dos Médicos Residentes do Estado de São Paulo (AMERESP). Além disso, neste mesmo período também fui diretor de saúde, durante o período de uma gestão, da

Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG), e representei esta associação, por cerca de um ano e meio, no Conselho Nacional de Saúde, participando regularmente das reuniões da Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN/CNS) deste conselho.

Estas experiências que ocorreram paralelamente à residência, também se configuraram em momentos pedagógicos e de atuação política bastante intensos para mim. E, realmente acredito, que reforçaram minha inserção em um contexto maior de movimento em defesa da saúde pública brasileira enquanto direito cidadão.

Terminada a residência em janeiro de 2010, novas mudanças se configuraram. Iniciei o mestrado em Saúde Coletiva, com área de concentração em ciências sociais, na Unicamp, tendo como orientadora, a Prof^a Dr^a Solange L'Abbate, então coordenadora e preceptora do programa de residência que eu acabara de concluir, e professora de Análise Institucional, disciplina da qual fui aluno durante os dois anos do programa.

Aqui vale o parêntese para dizer que a residência também foi um período de grande aproximação minha com os conceitos da análise institucional, que passou de uma mera teoria desconhecida a um conjunto importante de saberes que poderiam e deveriam (ao meu ver) instrumentalizar a gestão e o trabalho em saúde.

Simultaneamente ao mestrado, também passei a trabalhar como clínico em um Centro de Saúde de Campinas (CS Vila Rica) com carga horária semanal de 30 horas. Posteriormente, após passar em concurso público da Secretaria

Municipal de Saúde do município, assumi no final de junho de 2010 o cargo de generalista no Centro de Saúde Aeroporto, com uma horária semanal de 36 horas.

Desta forma, durante todo o período do mestrado, estive inserido em serviços de atenção primária à saúde no município de Campinas. Inicialmente exerci o núcleo médico, nos Centros de Saúde citados, e, a partir de abril de 2011, após convite da coordenação do distrito de saúde sul, passei a ocupar o cargo de gestor local do CS Fernanda, função que exerço até o presente momento.

Aqui, vale explicitar que a entrevista realizada junto à gestora do CS Fernanda, enquanto parte deste estudo, ocorreu em momento anterior à sua saída da unidade, ou seja, antes de abril de 2011.

Mais uma vez, acredito ter tido o privilégio de poder aprofundar meus conhecimentos, desta vez enquanto aluno de mestrado em Saúde Coletiva, de maneira simultânea a lições práticas vivenciadas nos cotidianos dos serviços em que estava inserido. Os colegas de disciplinas cursadas e professores, possivelmente se lembram das minhas intervenções freqüentes, em algumas situações talvez até persistentes, na busca de reflexões que aproximassem os conhecimentos teóricos abordados à realidade existente no processo de implementação das políticas públicas de saúde vigentes.

Dado todo o exposto até aqui, na seqüência deste texto me dedicarei à busca de respostas à complicada tarefa de apontar e analisar minhas implicações no que se refere a esta pesquisa.

Primeiramente, ao pontuar o objetivo maior da pesquisa, qual seja a análise da implementação do SUS no seu âmbito da atenção primária, tendo em conta os recortes realizados, parece ficar clara minha implicação com a defesa do SUS

enquanto política pública. Além disso, neste contexto, parece sobressair-se minha implicação com a atenção primária à saúde, talvez justificada, pelo menos parcialmente, pela minha inserção neste espaço durante a maior parte da residência, por trabalhar nesta esfera do sistema desde quando efetivamente iniciei minha vida laboral, e por acreditar no seu potencial no processo de concretização do SUS.

Tais implicações, julgo terem sido cruciais à definição da atenção primária à saúde enquanto objeto desta pesquisa.

Além disso, a utilização do indicador “internações por condições sensíveis à atenção primária” me parecia indicador epidemiológico interessante no sentido da viabilização de um desejo pessoal: a realização de uma pesquisa em saúde coletiva que de fato aproximasse os diferentes conhecimentos constituintes desta disciplina, o conhecido “tripé” da saúde coletiva composto pela epidemiologia, políticas, gestão e planejamento em saúde, e ciências sociais.

Passando aos recortes metodológicos realizados, minhas implicações com o distrito sul e com alguns Centros de Saúde, especialmente os CS Campo Belo e Fernanda, também parecem mostrar-se condicionantes das escolhas realizadas.

É fato que, a partir das minhas vivências junto a estes serviços, muitas foram as inquietações que passei a ter em relação ao modo de funcionamento das unidades por onde transitei. Foram muito marcantes, durante o programa de residência, as reflexões que tive acerca da implementação da atenção primária no município de Campinas, em especial em regiões em que estes processos eram mais recentes e me pareciam muito deficientes, tal como nas regiões dos CS Campo Belo, Fernanda e São Domingos.

Considerando tais preocupações, e buscando comparar estes serviços com outros que estivessem em situações o “máximo opostas possível”, decidi ter como segundo grupo de análise unidades que pertencessem a outro eixo do distrito, que existissem há bem mais tempo que aquelas do primeiro grupo e que apresentassem populações em suas áreas de abrangência com melhores condições sócio-econômicas e com as maiores proporções de idosos. Assim, conforme informações apontadas nesta pesquisa, cheguei ao desenho dos dois grupos de unidades, sendo o primeiro composto pelos CS Campo Belo, Fernanda e São Domingos, e o segundo pelos CS Faria Lima, Figueira e Santa Odila.

Além disso, possivelmente devido a minha experiência de atendimentos clínicos à população adulta e idosa em alguns Centros de Saúde de Campinas, fiz a escolha de selecionar, para análise, apenas aqueles cuidados realizados, por estes serviços, destinados a indivíduos com 60 e mais anos de vida portadores de doenças crônico-degenerativas.

As minhas implicações apontadas até aqui, para além das definições metodológicas, devem também ser consideradas quando da análise dos resultados obtidos, bem como das considerações realizadas. Foi uma opção, por exemplo, as escolhas de referenciais teóricos e legais que respaldassem as minhas defesas e análises das informações obtidas.

Neste sentido, indo ao encontro do preconizado pela análise institucional, posso afirmar que, de fato, não parece existir neutralidade no processo de pesquisa. Acredito, sim que as implicações dos atores envolvidos podem ser maiores ou menores, de acordo com cada situação e momento histórico.

Assim sendo, acredito que minhas implicações possuem impactos sobre os produtos deste estudo. Entretanto, tal como em qualquer pesquisa ética que se desenvolva, esta também traz contribuições que, espero, sejam relevantes para a produção de conhecimentos na área da Saúde Coletiva, tendo como foco a Atenção Primária.

INTRODUÇÃO

O sistema público de saúde brasileiro vem desempenhando papel de política de inclusão social, notavelmente desde meados da década de 80, com a criação das AIS (Ações Integradas de Saúde) e, posteriormente do SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde), e já nos anos 90 com a regulamentação e início da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A constituição federal de 1988, de maneira inovadora no país, estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, e apontou para os princípios doutrinários da universalidade, integralidade, igualdade/equidade; e organizacionais de descentralização, hierarquização, regionalização e participação da comunidade enquanto norteadores da construção do sistema público de saúde.

A partir do processo de descentralização, múltiplos têm sido os avanços do SUS, tais como a criação dos fundos públicos de saúde, repasses fundo a fundo, comissões intergestores (bipartite e tripartite) e extinção do INAMPS com a unificação do SUS em cada esfera de governo. Também têm sido freqüentes as experiências exitosas nos diferentes âmbitos, a partir deste processo, além de ser inegável a grande expansão e melhoria do sistema neste período, demonstrados através dos múltiplos avanços conquistados. Dentre estes, merecem destaque a notável expansão da Estratégia da Saúde da Família (ESF) no território nacional, os expressivos números crescentes de atendimentos, procedimentos, vacinas realizados nos últimos anos, bem como o atual programa nacional de AIDS que se destaca internacionalmente por sua qualidade.

Entretanto, tendo em vista as influências ocasionadas pelas estruturas e interesses do modelo do sistema de saúde anterior, ainda são muitas as dificuldades no processo de concretização do SUS. Exemplo disso é a dificuldade

na implementação da atenção primária à saúde que ainda não conseguiu atingir a universalidade do acesso, nem sua resolubilidade esperada (com realização de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, buscando a integralidade da atenção), o que compromete seriamente a proposta de configurar-se como eixo estruturante do SUS. Enquanto isso, os serviços de média e alta complexidade, ambulatoriais e de urgência/emergência, encontram-se superlotados, servindo, muitas vezes, de porta de entrada do sistema.

Neste contexto, o aprofundamento da discussão acerca da atenção primária à saúde, no que se refere a sua concreta implementação, o seu papel na configuração das redes de saúde, bem como de sua avaliação, torna-se essencial no cenário de construção desta política.

Ao analisarmos a recente história do sistema de saúde brasileiro percebemos mudanças importantes da assistência à saúde da população. Em 1994 com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente deu origem à atual Estratégia de Saúde da Família (ESF), buscou-se definir a atenção primária à saúde como eixo estruturante do SUS. Este deveria ser o “nível” do sistema que se responsabilizaria pelo cuidado dos usuários, a partir de serviços de saúde com territórios bem definidos, buscando resolubilidade do cuidado, bem como a ordenação e racionalização da utilização dos demais níveis do sistema.

Desta maneira, o modelo proposto almeja, por um lado, uma melhor assistência à saúde da população proporcionando-lhe, em última instância, uma melhor qualidade de vida. Por outro lado visa a uma organicidade e integração do sistema de saúde que permita a garantia dos princípios de universalidade,

integralidade e equidade, mediante a adequada e racional utilização das tecnologias necessárias à realização da melhor assistência aos usuários.

Com isso, tendo em vista a resolubilidade almejada neste nível de atenção, é perceptível o grande desafio que é a sua efetiva “concretização”, ao considerarmos também as múltiplas e rápidas mudanças dos perfis demográfico e epidemiológico ocorridas nas últimas décadas no Brasil.

Este fenômeno tem como determinantes múltiplos fatores, destacando-se a importante diminuição da mortalidade infantil, principalmente a pós-neonatal, a maior efetividade no controle e tratamento de doenças infecto-contagiosas e o expressivo aumento da expectativa de vida da população.

Segundo o IBGE, a expectativa de vida no Brasil em 1991 era de 66,9 anos e passou a 72,1 anos em 2005. Já o município de Campinas vem apresentando valores acima da média nacional tendo passado de 69,9 anos em 1991 para 74,7 anos em 2005.

Com o envelhecimento da população, tem sido cada vez maior a prevalência de doenças crônicas, tais como o diabetes e os agravos cardio e cerebrovasculares na população geral, destacando-se entre os brasileiros com 60 ou mais anos de idade, parcela cada vez mais expressiva na nossa sociedade.

Neste sentido, frente à grande complexidade das ações a serem desempenhadas e partindo do pressuposto da atenção primária à saúde enquanto eixo estruturante do SUS, indicadores de monitoramento e avaliação se fazem necessários no âmbito de sua gestão. São múltiplos os indicadores existentes, porém desde a década de 1990 têm ganhado destaque expressivo os indicadores de atividade hospitalar como medida da efetividade da atenção primária à saúde.

Um destes, o *ambulatory care sensitive conditions* foi desenvolvido por Billings et al. nos anos 1990 e trouxe à tona o conceito de mortes evitáveis.

O nome deste indicador foi traduzido ao português como *condições sensíveis à atenção primária* representando

um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações. Essas atividades como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas (ALFRADIQUE, 2009, p.1337).

Optou-se pelo termo atenção primária e não atenção básica devido à correspondência ao termo internacionalmente conhecido como “*primary health care*”.

Acredita-se que alta taxa de internações hospitalares por esse conjunto de causas indique problemas de acesso ao sistema de saúde e/ou problemas na efetividade/resolubilidade da atenção primária à saúde. Trata-se, portanto de indicador de grande valia ao monitoramento e avaliação do SUS.

O Ministério da Saúde, através de seu Departamento de Atenção Básica (DAB), após período de construção, a partir de evidências internacionais e de dados epidemiológicos nacionais, organizou uma lista de internações por condições sensíveis à atenção primária, posteriormente publicada em portaria no ano de 2008 (*Portaria SAS/MS Nº 221 de 17 de Abril de 2008*).

I INTEGRALIDADE EM SAÚDE

1.1 Integralidade e o Campo da Legalidade

Acredito ser válido iniciarmos a discussão sobre a Integralidade em saúde a partir dos marcos legais existentes, reconhecendo-os enquanto frutos de um vasto processo histórico de construção das políticas de saúde brasileiras, bem como de projetos em disputa que as “moldaram” neste processo e as trouxeram ao campo da legalidade.

É conhecida a vasta legislação existente atualmente no campo da saúde, porém, no intuito de disparar a discussão sobre a tão prezada integralidade no campo da saúde pública brasileira, escolhi ater-me à constituição federal de 1988 e à lei federal 8.080 de 1990.

Na constituição federal destaco os artigos 196 e 198. O art. 196, o primeiro da Seção Saúde (Título VIII, Capítulo I, Seção II), nos remete à grande variedade de ações Estatais necessárias para o alcance do direito universal em questão. Parece ficar clara, em primeiro lugar, uma forte influência de um amplo conceito de saúde, tendo em vista a amplitude das políticas apontadas (sociais e econômicas) enquanto necessárias para o alcance da *“redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário e às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”* (CF, 1988, art.196).

Seguindo esta linha de raciocínio, podemos compreender que, portanto, o desafio e responsabilidade de formulação e implementação de políticas para a saúde transcende o sistema público de saúde, apesar de “contê-lo”, e de ser este, sem sombra de dúvida, espaço crucial para o alcance da integralidade.

O art. 198 pontua diretrizes de organização de ações e serviços públicos de saúde. O *“atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”* (CF, art. 198, Inciso II) aparece trazendo-nos a essencialidade de atividades preventivas, apontando, portanto, para o já citado conceito ampliado de saúde, não restrito, apenas, aos serviços assistenciais.

A lei 8.080/90, exercendo seu papel de regulamentação das disposições constitucionais relativas à saúde, dá maior clareza aos preceitos da Carta Magna, detalhando e apontando múltiplos elementos essenciais à implementação de ações voltadas à garantia do direito à saúde.

Em consonância com a discussão sobre uma ampla conceituação de saúde, o art. 3º desta lei, bem como seu parágrafo único, trazem elementos bastante lúcidos neste sentido. Os fatores determinantes e condicionantes da saúde elencados, mais uma vez nos remetem à ampla dimensão da compreensão de saúde, bem como ao grande número de políticas que atravessam este direito. Assim, novamente, a implementação de políticas públicas multi e intersetoriais apresenta-se como condição para o alcance da saúde da população.

O capítulo II desta mesma lei avança em relação aos princípios e diretrizes do sistema público de saúde. Em seu Inciso II, o presente artigo traz detalhamentos sobre a Integralidade prevista no Artigo 198 da constituição. Assim, a integralidade, tendo em vista a análise do disposto neste inciso, se dá a partir do “manejo” de diferentes instrumentos (ações e serviços preventivos e curativos), sob as perspectivas individuais e coletivas, nos diferentes níveis do sistema, de

acordo com as situações/necessidades de saúde apresentadas. Aponta ainda para a necessidade de articulação entre as ações e serviços desenvolvidos.

Tal compreensão parece fundamental para a discussão da integralidade sob diferentes perspectivas. Primeiramente, é necessário, novamente ressaltar a importância dada às ações preventivas individuais e coletivas, além daquelas assistenciais curativas. Tal constatação aponta, mais uma vez, para um conceito ampliado de saúde almejado.

O presente inciso nos remete, ainda, à hierarquização e, sobretudo, à articulação dos diferentes serviços do SUS, enquanto premissa para a organização do sistema em busca de garantia da integralidade. Tal diretriz constitucional seria alcançada, portanto, a partir de ações e serviços que “obedeçam” às necessidades apresentadas, disponibilizando aos usuários ofertas que estejam de acordo com as demandas existentes.

Por último, seguindo esta linha de análise, é válido destacar a discussão sobre as necessidades de saúde enquanto eixo estruturante para o desenvolvimento e implementação de ações e serviços de saúde. A legislação mencionada deixa claro este pressuposto, e, em certa medida, parece algo óbvio ao discutirmos planejamento em políticas, apesar deste ser ainda um grande desafio no atual cenário de construção do SUS.

Diversos autores têm se debruçado sobre este assunto, e têm proposto possibilidades para o planejamento em saúde, em conformidade com seus pressupostos legais apresentados, apontando o “diagnóstico” das necessidades de saúde como eixo estruturante deste processo.

1.2 Necessidades de Saúde e Integralidade

Frente ao desafio das Políticas Públicas de Saúde brasileiras visando à concretização da Integralidade, a discussão sobre as necessidades de saúde vem ganhando destaque, tendo em vista o reconhecimento de sua importância para o planejamento bem sucedido em saúde.

É importante contextualizarmos as necessidades de saúde, sob o referencial do planejamento, enquanto conjunto de situações relacionadas às condições sanitárias das populações. O real entendimento de tais necessidades é peça fundamental para o desenvolvimento de ações pertinentes que propiciem efetivo impacto, frente às condições levantadas.

Cabe apontar, que, em diferentes contextos, envolvendo diferentes sujeitos, são amplos, heterogêneos e variáveis os conjuntos de necessidades de saúde existentes. Assim, o levantamento de tais necessidades nos contextos singulares se mostra condição essencial para o desencadeamento de ações que propiciem efetiva promoção, proteção e recuperação da saúde.

Neste sentido, Cecílio (2001) apresenta uma taxonomia organizada em quatro conjuntos para a apreensão das necessidades de saúde. O seu primeiro conjunto se refere às condições de vida de determinada população. Neste quesito o autor traz a discussão sobre duas perspectivas de análise do presente fator. Uma delas se refere ao caráter funcionalista defendido por autores como Leavell e Clark, apontando a compreensão das condições de vida como fatores “externos”, do “ambiente” e determinantes do processo saúde-doença. Já a outra perspectiva se refere a argumentações feitas por pensadores de linha marxista, tais como

Berlinguer, Castellanos, Laurell e Breilh, que reforçam a inserção de homens e mulheres no processo produtivo da sociedade capitalista enquanto determinantes maiores nos processos de adoecimento das populações.

O segundo conjunto de necessidades pontua a importância do acesso e possibilidade de consumo de tecnologias de saúde que tenham o potencial de provimento de melhores condições de vida, bem como seu prolongamento. Neste quesito, é importante o aprofundamento em discussões acerca das tecnologias leves, leve-duras e duras, trabalhadas por Mehry (1997), bem como o conceito de “valor de uso” proposto por Campos (1992).

Tais referências apontam para uma compreensão contrária à hierarquização entre as tecnologias/instrumentos disponíveis para a implementação das ações e serviços de saúde. Sob a perspectiva da integralidade da atenção com a busca de resolubilidade frente às necessidades de saúde, sempre em seus contextos particulares, as tecnologias adequadas deverão ser utilizadas.

Desta forma, em uma situação em que um indivíduo chega ao Pronto Socorro apresentando quadro de Infarto Agudo do Miocárdio se fazem necessárias tecnologias leve-duras, tal qual um protocolo de atendimento, e duras, como um cateterismo para realização de angioplastia. Já quando do diagnóstico recente de Diabetes Mellitus Tipo I em um adolescente, tecnologias leves tais como o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde e orientações quanto ao manejo e evolução da doença, são essenciais para o sucesso terapêutico. A partir destes exemplos, parece ficar claro o “valor de uso” (CAMPOS, 1992) que cada tecnologia adquire em diferentes situações.

Voltando à taxonomia proposta por Cecílio (2001), o terceiro conjunto proposto para a apreensão das necessidades de saúde se refere ao vínculo entre usuários e equipes/profissionais de saúde. Aqui o autor amplia o conceito de vínculo restrito à adscrição de clientela de um dado serviço, incorporando também a longitudinalidade das relações, bem como as subjetividades que lhes são intrínsecas.

Por último, o autor pontua a necessidade de considerar graus crescentes de autonomia de cada indivíduo no seu modo de levar a vida. Neste quesito, cita a educação e informação em saúde como instrumentos possíveis, porém, não únicos, já que o processo de construção em questão é de relevante complexidade.

A busca do entendimento das necessidades de saúde, levando em consideração a argumentação realizada até aqui, parece ser fator fundamental ao desencadeamento de ações em busca da integralidade da atenção. Múltiplas têm sido as discussões acadêmicas e nos serviços de saúde a respeito das ferramentas, tecnologias e arranjos necessários para a garantia desta diretriz constitucional.

Dentre as produções teóricas sobre o assunto, as discussões sobre a integralidade do cuidado em saúde têm alcançado uma grande amplitude de temas, indo desde aqueles inerentes aos espaços dos serviços (relações intersubjetivas, papéis dos profissionais, trabalho em equipe, etc.), até as relações entre diferentes serviços frente ao desafio de garantia da resolubilidade do cuidado.

Mehry (1998), partindo do pressuposto de que usuários de serviços de saúde buscam relações de confiança em que haja compreensão de seus

problemas, bem como a resolução destes, ressalta a importância da apreensão, pelos profissionais, das necessidades de saúde apresentadas pelos usuários. Os serviços devem buscar, portanto, serem “usuários-centrados” nos seus modos de funcionamento.

O autor faz menção à inserção de tecnologias leves nos modos de operação dos serviços como estratégia para o alcance da resolução dos problemas de saúde e conquista de autonomia dos usuários. Aqui, Mehry se refere aos aspectos relacionais como condicionantes do funcionamento de serviços de saúde, e, portanto, de seus produtos realizados para e com os usuários, o que passa, inclusive, pelo acesso às tecnologias leve-duras e duras no manejo do cuidado.

Cecílio (2001), em discussão sobre integralidade da atenção aponta diferentes dimensões do tema. Denomina “integralidade focalizada” o que defende ser

(...) fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital (CECÍLIO, 2001, p.115).

O autor defende que, no espaço dos serviços, a organização da atenção, bem como a capacitação dos trabalhadores, devem estar voltados à apreensão adequada das necessidades de saúde dos usuários, a partir da realização de escuta qualificada. Também chama atenção para diferenças existentes entre as demandas explicitadas e as necessidades de saúde, de forma que, as primeiras, costumam ser moldadas pelas ofertas existentes (consultas, procedimentos,

exames, etc.), enquanto as necessidades de saúde não necessariamente serão totalmente explicitadas pelos usuários. Neste sentido o autor argumenta:

Assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual (CECÍLIO, 2001, p.116).

Seguindo esta linha de análise, fica clara a centralidade do papel dos trabalhadores frente ao desafio apresentado. Aqui, podemos analisar a questão sob duas perspectivas complementares. Primeiramente, o plano da incorporação, por parte de cada trabalhador da saúde, deste modo de realizar uma escuta qualificada, buscando a apreensão das necessidades de saúde trazidas pelos usuários. Um segundo plano é o da interprofissionalidade enquanto estratégia central para o alcance da integralidade do cuidado.

Partindo do pressuposto de que ambos os planos citados sejam essenciais ao funcionamento de serviços de saúde, deparamo-nos com alguns paradoxos no plano da realidade. Dentre estes podemos destacar a formação dos profissionais da saúde (tanto em nível universitário, quanto técnico), via de regra, de maneira segmentada, e os *modus operandis* individualistas da grande maioria dos trabalhadores das Unidades de Saúde, em seus diversos níveis de complexidade, em todo o país.

Esta é uma discussão complexa e que merece destaque quando falamos de integralidade da atenção em saúde, porém não vou me ater a ela neste texto.

Frente ao reconhecimento das necessidades de saúde como eixo estruturante da organização de ações e serviços de saúde, outra ampla discussão que vem sendo travada refere-se à disponibilização e acesso adequados de

recursos/tecnologias em saúde buscando resolubilidade frente aos problemas de saúde dos indivíduos, objetivando, portanto, em última instância, a integralidade do cuidado.

Podemos novamente citar a discussão sobre o “valor de uso” (CAMPOS, 1992) das tecnologias leves, leve-duras e duras (MEHRY, 1997), bem como a adequação de suas utilizações nas diferentes situações de necessidades apresentadas. Além disso, devemos avançar nesta discussão, reconhecendo que, em um sistema de saúde, diferentes serviços apresentam missões compartilhadas (p.ex., a busca da Integralidade da atenção), porém também apresentam peculiaridades que as diferenciarão, tal como os tipos de serviços ofertados, bem como as tecnologias que utilizam para a produção de saúde.

Aqui, é importante termos em vista a regionalização e hierarquização do sistema público de saúde, diretrizes organizacionais já previstas na constituição federal de 1988 em seu artigo 198.

Frente ao grande desafio de disponibilização de “respostas” às necessidades de saúde, bem como de viabilização do SUS, sob diversos aspectos (financeiro, recursos humanos, etc), mostra-se essencial a organização de serviços de saúde que estejam suficientemente articulados e que ofereçam tecnologias adequadas de acordo com as necessidades existentes.

Neste sentido, a diretriz de hierarquização da rede de ações e serviços de saúde parece lançar-se enquanto estratégia necessária à conformação de uma rede efetiva, que garanta o acesso adequado às diferentes tecnologias (leves, leve-duras e duras) nos diferentes momentos de necessidades dos indivíduos. Seguindo o mesmo raciocínio e levando em consideração as dimensões

continentais do país, bem como a grande diversidade dos 5.565 municípios brasileiros, a diretriz da regionalização também mostra-se crucial para a organização e viabilização do SUS. Isto porque, principalmente nos municípios de menor porte, sabemos ser inviável a disponibilidade de todo o conjunto de ações e serviços de saúde necessários, fazendo parecer mandatória a articulação entre municípios frente ao desafio de garantia do direito à saúde.

Partindo para outro enfoque da discussão sobre a organização do sistema de saúde e articulação entre serviços, nas últimas décadas, diversos autores têm proposto arranjos operacionais que buscam dar conta desta demanda.

Starfield (2002), ao discorrer sobre a conformação de sistemas de saúde e integralidade, defende a atenção primária à saúde como “porta de entrada” de sistemas nacionais e traz ampla discussão sobre a integralidade centrada neste nível de atenção. A autora afirma que

A integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. As decisões sobre se a atenção primária, e não outro nível de atenção, detém a capacidade de prestar serviços específicos variam de lugar para lugar e de época para época, dependendo da natureza dos problemas de saúde de diferentes populações (STARFIELD, 2002, p. 314).

Tal argumentação traz pontos de convergência em relação ao que discorreremos até aqui, tal como a importância do reconhecimento adequado das necessidades de saúde dos usuários, bem como o desencadeamento de “respostas” a contento, com a disponibilização de acesso aos recursos necessários, independentemente do nível de atenção em que ocorra.

Entretanto, um novo elemento é trazido ao cenário da discussão: o exercício da regulação de todo o sistema pela atenção primária.

Atualmente no Brasil, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a atenção primária tem buscado conformar-se enquanto eixo estruturante do sistema, parecendo existir influência significativa do modo de conformação de sistemas de saúde defendido pela autora sobre o atual projeto político de conformação do SUS.

Sabemos, entretanto, estarmos bastante distantes de um sistema público de saúde em que a atenção primária exerça tal papel, tendo em vista que, apesar de todo avanço do SUS até o presente momento, a cobertura nacional da ESF ainda é baixa. Além disso, são notórias as dificuldades de viabilização da estratégia em sua plenitude em grande parte dos municípios onde já está implantada (muitas vezes parcialmente).

Apesar do cenário brasileiro apresentado, reflexões e discussões têm sido feitas sobre a conformação das redes de saúde, bem como os papéis a serem exercidos pelos serviços nos diferentes níveis.

Neste sentido, Cecílio (2001) discorre sobre a integralidade da atenção a partir da articulação entre os diferentes serviços. O autor acredita ser esta a “integralidade pensada no macro”, que não perde de vista a integralidade do cuidado realizada nos espaços e situações singulares. Seriam dimensões complementares em busca da integralidade em saúde.

Defende a integralidade enquanto objetivo de rede, em que haja responsabilização dos trabalhadores frente aos usuários, com o reconhecimento de suas necessidades; e também possibilitando o “trânsito” destes indivíduos pelo

sistema quando necessário, levando em consideração o(s) tipo(s) de tecnologia(s) demandada(s) em dado momento e as possibilidades existentes.

Por último, reforçando a complementariedade das dimensões da integralidade apontadas, o autor apresenta o conceito de “integralidade ampliada”:

Chamaremos, pois, de “integralidade ampliada” esta articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas” que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas – a integralidade no “micro” refletida no “macro”; pensar a organização do “macro” que resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro. (CECÍLIO, 2001, p.119).

Desta maneira, parece ficar clara a necessidade da efetiva organização do sistema de saúde público brasileiro, sob a perspectiva do princípio da integralidade, tendo em vista as considerações apontadas até aqui. Há de se implementar tal sistema em busca da adequação dos cuidados desempenhados em cada uma de suas esferas, tendo em vista as necessidades apresentadas, bem como os demais princípios e diretrizes desta política pública. Simultaneamente a isso, também objetivando o alcance da integralidade do cuidado, há de se constituir redes de saúde que possibilitem a efetiva articulação entre serviços, tendo o cuidado ao usuário enquanto norteador central deste processo.

**II A ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE NO SUS E O
INDICADOR EPIDEMIOLÓGICO
DISPARADOR DO ESTUDO**

2.1 A Institucionalização da Atenção Primária no SUS

Dado o grande desafio de implementação da integralidade e, tendo em vista suas dimensões apresentadas, bem como dificuldades encontradas, parece ser válido o aprofundamento da discussão acerca da atenção primária à saúde. Isto porque, desde o início da construção do SUS, tem sido notória a intencionalidade de alcance da integralidade através de investimentos no desenvolvimento e ampliação deste “nível” de atenção.

Com a promulgação da constituição federal de 1988 e a posterior criação e aprovação das leis orgânicas da saúde (LOS), leis federais 8.080/90 e 8.142/90, o Brasil passou a assistir a mudanças significativas em sua política nacional de saúde, sobretudo no que se refere à expansão da atenção primária.

Cabe destacar neste cenário, a implementação da descentralização da gestão do SUS, uma de suas premissas constitucionais, o que ocasionou forte “municipalização” do sistema. Tal fenômeno favoreceu a ampliação desta esfera do sistema, lançando-se enquanto tentativa de solução frente ao princípio constitucional da universalidade do acesso.

Além disso, a atenção primária à saúde traz, em sua conformação, diversos arranjos que buscam contemplar a integralidade em conformidade com o abordado anteriormente. Campos *et al.* (2008), ao discorrerem sobre o modelo organizacional da atenção primária, apontam as seguintes diretrizes para o seu ordenamento: trabalho em equipe interdisciplinar; responsabilização sanitária por um território e construção de vínculo entre equipe e usuários; abordagem do

sujeito, da família e do seu contexto objetivando a ampliação do cuidado e; reformulação do saber e da prática tradicional em saúde.

Considerando tais diretrizes, cabe destacar que estas parecem transparecer um modo de se “fazer saúde” diverso daquele considerado habitual. Isto porque, nos deparamos com uma proposta de produção de saúde alternativa àquela centrada na demanda espontânea de usuários, na fragmentação do cuidado e na forte incorporação tecnológica.

A atenção primária, em contrapartida, busca a longitudinalidade do cuidado, a partir da intencionalidade de compreensão das necessidades de saúde das populações, através da responsabilização sanitária junto a uma determinada área de abrangência. Aponta para o processo de construção de vínculo entre equipes de saúde e população enquanto ferramenta importante para a adequação da construção de respostas às condições de saúde das pessoas.

No que se refere à longitudinalidade no contexto da atenção primária, é relevante nos remetermos ao sentido dado por Alpert & Charney (1974), em que esta seria uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. Diferenciando-se do conceito de continuidade, a longitudinalidade é mantida mesmo quando da ocorrência de interrupções na continuidade da atenção.

Desta forma, pressupõe uma relação pessoal, ao longo do tempo, entre profissionais de saúde e usuários, inclusive, de maneira independente aos problemas de saúde existentes. Segundo Starfield (2002), a longitudinalidade, implica, portanto,

a existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos associados que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. Ter atenção longitudinal significa que aqueles indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como sua; que os prestadores ou grupos de prestadores reconhecem, pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença); e que esta relação existe, por um período de tempo definido ou indefinido, até que seja explicitamente alterada (STARFIELD, 2002, p. 247-248).

Neste contexto, a incorporação desta perspectiva de “fazer saúde”, por parte dos profissionais, parece condição necessária à sua efetivação. Desta maneira, frente às mudanças do modo de operação neste cenário de produção de saúde, novos saberes são incorporados àqueles tradicionais, tais como, os saberes da clínica. A ampliação destes saberes passa pela

incorporação de conceitos e de ferramentas originários da saúde coletiva, saúde mental, ciências sociais e de outros campos do conhecimento que permitam aos trabalhadores de saúde lidar com a complexidade do processo saúde e doença, incorporando o social e o subjetivo, bem como fazer a gestão do trabalho em equipe e em sistemas de rede (CAMPOS et al. 2008, p. 141)

Parecem, portanto, bastante notórias as mudanças, sob diversas perspectivas, propostas por este novo arranjo do cuidado em saúde.

Diversos outros autores também têm se aprofundado nesta discussão. Starfield (2002) defende a tese de que sistemas de saúde orientados para a atenção primária promovem cuidados em saúde mais efetivos, apresentando impactos positivos sobre indicadores de morbi-mortalidade. Tais sistemas seriam mais efetivos, eficientes e equitativos quando comparados com sistemas de saúde centrados na atenção especializada.

A mesma autora, em estudo de comparação entre sistemas de saúde de diferentes países, demonstrou evidências do impacto positivo da atenção primária na saúde das populações:

Em que medida estas diferenças na orientação da atenção primária estão associados a uma saúde melhor, custos mais baixos e satisfação das pessoas com seu sistema de saúde? Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes indica que países com uma orientação mais forte para atenção primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos (STARFIELD, 2002, p. 32).

É perceptível, portanto, a discussão em torno da atenção primária também em contexto internacional.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), notavelmente, desde a década de 1970, tem defendido a constituição, em seus países-membro, de sistemas de saúde universais que busquem a integralidade e resolubilidade da atenção. Tem proposto, ainda, espaço privilegiado para a atenção primária quando da conformação destes sistemas, de forma que o papel a ser exercido por este “nível” de atenção seria essencial para o alcance dos objetivos propostos.

O Ministério da Saúde brasileiro, a partir da década de 1990, tendo em vista as significativas mudanças legais recém-ocorridas, bem como o desafio de implementação de um sistema público de saúde sob premissas fortemente influenciadas pelo modelo da atenção primária, passa a adotar em sua agenda enfoque importante à expansão desta instância do sistema.

A partir de 1994, a proposta da atenção primária à saúde, enquanto reorganizadora da lógica assistencial do SUS, passa a ser operacionalizada pelo Programa Saúde da Família (PSF), que incorporou, ao seu formato, a experiência anterior do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O PSF, buscando exercer seu papel no sistema, traz como premissa a atenção voltada para a família, entendida em seu ambiente (social e físico), de forma que os trabalhadores das equipes do programa poderiam exercer compreensão ampliada das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, a partir da apreensão mais apurada de seus processos de adoecimento no contexto em que vivem.

Apontada esta premissa do PSF, parece clara uma diferenciação em relação ao modelo de atenção centrado na doença e em procedimentos, que desconsidera os contextos de vida dos usuários dos serviços de saúde. Além disso, o programa em questão também avança na busca da compreensão das reais necessidades de saúde da população, fator essencial ao efetivo planejamento em saúde.

O PSF, enquanto proposta de política para a atenção primária, propôs-se, portanto, “porta de entrada” do sistema, elencando os territórios adscritos, com suas respectivas populações, como objeto para desenvolvimento de ações (prevenção, proteção e recuperação da saúde) a serem executadas por equipes multiprofissionais.

Desde o início de sua implantação as políticas de atenção primária à saúde sofreram diversas mudanças. O Programa Saúde da Família deu lugar à Estratégia de Saúde da Família e, nos últimos anos tem sido expressiva a sua ampliação. Segundo informações coletadas junto ao sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica (DAB)* do Ministério da Saúde em 26 de junho de 2011, o Brasil contava, em 2003, com 19 mil equipes de saúde implantadas em 4400 municípios, abrangendo 35,7% da população, o que correspondia a 62,3

* Sítio eletrônico <http://189.28.128.99/dab/abnumeros.php#numeros>

milhões de pessoas. Já no ano de 2009, eram 30.328 equipes implantadas em 5251 municípios, abrangendo 50,7% da população brasileira, ou seja, um total de 96,1 milhões de pessoas.

Dada a grande magnitude, demonstrada em números, da política de atenção primária à saúde vigente, e de todos os pressupostos e expectativas frente a esta esfera do sistema, parece óbvia a necessidade de monitoramento e avaliação de seus impactos sobre a saúde das populações assistidas. Neste sentido, uma gama grande de indicadores tem se mostrado instrumentos úteis para a viabilização desta demanda premente do SUS.

Documento denominado “Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde” lançado pelo Ministério da Saúde em 2011, alerta que indicadores vêm ao encontro da avaliação de dimensões sociais de interesse, e que tais dimensões são fruto de escolhas teóricas ou políticas. Desta forma, os indicadores subsidiam o planejamento e a formulação de políticas, tais quais as políticas de saúde. E, sob a perspectiva avaliativa, no caso do Sistema Único de Saúde, os resultados a serem verificados são aqueles que estejam de acordo com os princípios e diretrizes legais existentes.

2.2 O Indicador: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

Considerando o recente cenário de envelhecimento da população brasileira e as transformações epidemiológicas decorrentes deste fenômeno, tem-se observado no Brasil, nas últimas décadas, um aumento expressivo da prevalência

das doenças crônico-degenerativas e um conseqüente aumento desta demanda junto aos serviços do SUS.

Dada esta realidade, nos últimos anos temos observado, no âmbito da construção das políticas de saúde brasileiras, um forte empenho no sentido da construção de soluções para tal demanda, de forma que múltiplos arranjos têm sido propostos e implementados, inclusive junto aos serviços da atenção primária à saúde.

Neste sentido, o monitoramento e avaliação destas ações em curso surgem como necessidade no contexto da busca da efetiva implementação das políticas em questão. E para tanto, um número expressivo de indicadores têm se mostrado úteis.

Dentre eles, as *internações por condições sensíveis à atenção primária* têm despontado internacionalmente como instrumento cada vez mais difundido nos cenários de pesquisa, análise e avaliação dos sistemas de saúde.

Dias-da-Costa et al. (2010), em estudo sobre as internações por condições sensíveis à atenção primária em municípios no Estado do Rio Grande do Sul, chamam atenção para a necessidade da efetividade e equidade do cuidado em saúde das populações, bem como do acesso facilitado com custos viáveis de implementação do sistema. Neste sentido, destacam o indicador como potencial instrumento avaliador em busca da mensuração da qualidade e acesso populacional aos cuidados em saúde ofertados pelo que denominam “rede básica de saúde”, de forma a impactar sobre os cuidados em saúde nos demais níveis de atenção:

O acesso universal e a efetiva qualidade na atenção básica diminuem as diferenças em saúde e interferem nos níveis do sistema de saúde de maior complexidade. Assim, o acompanhamento das taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária pode ser indicador da qualidade da assistência e da efetividade dos cuidados. O indicador pressupõe a necessidade de internação como resultado da falta de atenção oportuna e efetiva ao problema, partindo-se do princípio que acesso facilitado e cuidados efetivos, em períodos de tempo corretos, podem reduzir os riscos de hospitalizações pela possibilidade de prevenir o início dessas doenças ou de controlar um episódio de exacerbação aguda ou ainda de manejar corretamente essas condições crônicas. (DIAS-DA-COSTA et Al., 2010, p. 362)

Ressaltam este indicador como sendo, ao mesmo tempo, de fácil manejo e de baixo custo (já que é originado a partir de base de dados secundária), e com grande potencial na produção de informações sobre os sistemas de saúde. Tais informações demonstrariam grande valor na construção de políticas de saúde de forma a melhorá-las.

Os autores defendem ainda que, sob a perspectiva financeira, a diminuição esperada das internações por condições sensíveis à atenção primária, tendo em vista a real efetividade dos cuidados em saúde no âmbito da atenção primária, geraria economia importante ao sistema de saúde.

Nedel et al. (2010), em estudo que busca demonstrar impactos do Programa Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde sobre as internações por condições sensíveis à atenção primária, ressaltam o fato de que a implantação do PSF se iniciou nas regiões de maior concentração de pobreza. Desta forma, sob a perspectiva da equidade, assinalam que as populações vivendo nestas áreas apresentam maior vulnerabilidade ao adoecimento e limitações de acesso a serviços, tais quais os serviços de saúde. Seguindo este raciocínio, ponderam que as condições socioeconômicas da população devem ser levadas em consideração

quando da interpretação dos dados referentes às hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em áreas onde a cobertura do PSF não é universal.

Entretanto, tendo em vista estas considerações, o indicador em questão parece mostrar-se útil para a comparação das condições de acesso e qualidade dos cuidados em saúde em populações com características semelhantes.

Nedel et al. (2008) em estudo de revisão de literatura sobre a relação entre as características da atenção primária e o risco das internações por condições sensíveis a ela, apontam que, a partir das mudanças ocorridas no sistema de saúde estadunidense desde a década de 1990, têm sido múltiplas as evidências, demonstradas em estudos, de que pessoas atendidas em serviços de saúde que realizam suas ações sob a perspectiva da atenção primária à saúde apresentam menores taxas de internações pelos diagnósticos selecionados, quando comparadas àquelas que têm seus seguimentos em saúde em serviços “tradicionais” de atenção ambulatorial.

Neste estudo, Nedel et al. também buscam correlacionar características da atenção primária, tais quais aspectos de estrutura, organização e processo de trabalho, à variabilidade das taxas de internações. Desta maneira, os autores apontam para a utilização do indicador internações por condições sensíveis à atenção primária como potencial no cenário de crescente necessidade de avaliação do SUS nesta sua esfera.

Nesta mesma revisão de literatura são apontados estudos que demonstraram impactos positivos de algumas formas de organização da atenção à saúde frente à probabilidade de ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária. Neste sentido, um menor número de pacientes sob a

responsabilidade do médico de referência, bem como a inserção de usuários em serviços de atenção primária melhor avaliados (de acordo com os parâmetros existentes para este nível de atenção), a longitudinalidade do cuidado e a efetivação do trabalho em equipe multiprofissional diminuíram a taxa de ocorrência destas internações.

Tal estudo destaca, ainda, a necessidade de aprofundamento da correlação entre o número de habitantes por equipe de saúde e as internações em questão no contexto da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, chamando atenção para as diferenças, neste quesito, entre o SUS no Brasil e sistemas de saúde de outros países, tais como Espanha e Itália.

Caminal et al (2001), a partir de avaliação de várias regiões da Espanha, encontraram associações entre as taxas de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária e características da organização deste nível de atenção. Além disso, também apontaram como condicionantes o tamanho dos municípios e a distância dos hospitais de referência.

Fernandes et al. (2009), em estudo que utilizou as internações por condições sensíveis à atenção primária como avaliador da Estratégia de Saúde da Família, demonstraram o baixo nível socioeconômico (denotado através da baixa escolaridade da amostragem do estudo) como fator de risco para as internações pelos diagnósticos em questão. O estudo revelou ser 50% maior a chance de internação por condições sensíveis à atenção primária dentre adultos com escolaridade igual ou inferior à quarta série do ensino fundamental. Desta forma, os autores chamam atenção para o fato de que, via de regra, um maior número de

anos de estudo possibilitam melhores condições de trabalho, renda e saúde, o que ocasionaria uma menor taxa de hospitalizações em geral.

O mesmo estudo ressalta outros fatores que se mostraram estatisticamente associados a internações por condições sensíveis à atenção primária. Um deles são os indivíduos com internações anteriores, de forma que estes são normalmente pacientes considerados mais graves e/ou mais vulneráveis, e que, passam a ser, mais freqüentemente, alvos de ações intervencionistas em nível hospitalar. A partir disso, este estudo demonstra um aparente paradoxo em que, pacientes que referiram realizar controle de saúde regularmente apresentaram maior chance de internações pelos diagnósticos considerados como sensíveis à atenção primária. Tal informação nos leva a pensar sobre a criticidade destes pacientes, bem como sobre a qualidade de seus acompanhamentos em saúde.

Nesta esfera de discussão, Fernandes et al. (2009) também demonstraram que foram maiores as chances de hospitalizações entre os indivíduos que não estavam vinculados a equipes de saúde da família. Este dado vem ao encontro de demais estudos avaliativos que apontam para um maior impacto da Estratégia de Saúde da Família em relação a outros modelos de atenção à saúde. Isto estaria relacionado a características desta estratégia tais como a maior priorização das ações de prevenção, inserção em um dado território de referência facilitando o acesso da população adscrita e a longitudinalidade do cuidado com o estabelecimento de vínculos entre a equipe de saúde e população.

Tendo em vista todo o processo de implementação das políticas de saúde brasileiras nas últimas décadas, onde a atenção primária vem ocupando crescentemente lugar de destaque, é iminente a necessidade de aprofundamento

acerca da discussão da real efetividade deste nível de atenção. Com isso, o indicador interações por condições sensíveis à atenção primária mostra-se instrumento valioso, e que, nesta investigação servirá como disparador para a análise a que se propõe.

III JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Frente ao contexto de envelhecimento da população e o conseqüente maior número de usuários com doenças crônico-degenerativas que acessam o sistema de saúde, faz-se necessária a implementação de indicadores de avaliação que contemplem tal realidade, dentre os quais destaca-se o indicador “internações por condições sensíveis à atenção primária”, conforme discutido anteriormente.

Atualmente, Campinas conta com uma rede de serviços de saúde bastante complexa, destacando-se o fato do município apresentar, além de uma expressiva rede hospitalar e de Pronto-Atendimentos, 100% de sua população “coberta” por serviços de atenção primária à saúde, que contabilizam 61 Centros de Saúde.

A população do município vem vivenciando, de modo significativo, nas últimas décadas, aumento expressivo de sua expectativa de vida. Tal fato tem ocasionado, dentre diversos outros fenômenos sociais, mudanças no perfil da demanda em saúde aos diferentes serviços, inclusive aos Centros de Saúde, principais portas de acesso ao Sistema de Saúde.

Desta forma, considerando as mudanças nos processos de adoecimento da população relacionados ao aumento de sua expectativa de vida, há de se esperar dos serviços de saúde maior número e qualidade das ações voltadas ao cuidado dos usuários portadores de doenças crônico-degenerativas.

Entretanto, é preciso ressaltar que diferentes populações vivendo em diferentes territórios, devem desencadear ações em saúde de acordo com as demandas apresentadas pelos usuários. Este elemento, essencial ao planejamento em saúde, é evidenciado sobremaneira no âmbito da atenção primária à saúde, tendo em vista a responsabilização sanitária direta de cada Unidade por determinado território.

A partir desta perspectiva de análise, considerando o município de Campinas, é válido destacar as diversas realidades populacionais e contextos dos diferentes territórios de abrangência dos Centros de Saúde. Tal fenômeno pode ser justificado por uma ampla gama de fatores, dentre eles, os diferentes processos histórico-sociais de inserção das populações nas diferentes regiões da cidade, o que parece trazer relação direta com diferentes aspectos de saúde/perfis epidemiológicos nas diversas regiões da cidade.

Assim, a aplicação do indicador internações por condições sensíveis à atenção primária dentre moradores das áreas de diferentes Centros de Saúde do Município de Campinas, respeitando recortes de período, faixa etária e diagnósticos de internação (detalhados na metodologia desta pesquisa), pretende servir de disparador para a pesquisa.

A “fotografia” gerada pelo indicador em pauta, aplicado aos territórios de abrangência das unidades estudadas, mostrou-se instrumento valioso de correlação com outras informações de grande relevância, tais como as diferentes formas de organização dos Centros de Saúde no cuidado aos usuários portadores de doenças crônico-degenerativas.

Além disso, informações, análises e impressões dos gestores dos Centros de Saúde estudados, obtidas através de entrevistas, serviram de subsídios a este estudo.

IV OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar as ações da atenção primária à saúde desenvolvidas em seis Centros de Saúde do município de Campinas voltadas a usuários com 60 e mais anos de idade portadores de doenças crônico-degenerativas.

4.2 Objetivos Específicos

Analisar, sob a perspectiva epidemiológica, o conjunto de internações por condições sensíveis à atenção primária selecionadas;

Analisar, a partir das entrevistas realizadas junto às gestoras das unidades estudadas, modos de organização dos respectivos serviços, bem como os cuidados em saúde voltados a portadores de doenças crônico-degenerativas desenvolvidos;

Correlacionar e problematizar análises das entrevistas e análises epidemiológicas realizadas;

Apontar e problematizar, sob o referencial da análise institucional, analisadores percebidos durante a pesquisa.

V METODOLOGIA

A presente pesquisa se configura em estudo exploratório e tem sua metodologia calcada em elementos das pesquisas quantitativa e qualitativa. É realizada a aplicação de um indicador sobre um banco de dados enquanto disparador do estudo e, em um segundo momento, são utilizadas entrevistas com gestores de Unidades de atenção primária à saúde enquanto subsídios para análise. E, por fim, buscou-se correlacionar as informações encontradas, sob referenciais da epidemiologia, planejamento em saúde e análise institucional, de forma a possibilitar análises mais aprofundadas.

Minayo & Sanches (1993) chamam atenção para a importância em articular as abordagens quantitativa e qualitativa em investigações no campo da Saúde Coletiva. Ressaltam que, em muitas situações, estas abordagens são insuficientes se utilizadas isoladamente. Com isso, defendem a utilização de ambas nestas ocasiões, de forma que “o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e viceversa” (MINAYO & SANCHES, 1993, p. 240).

Neste sentido, o presente estudo, tendo em vista seus objetivos e pressupostos, utilizou-se da complementariedade dos métodos, de forma a buscar alcançar resultados mais satisfatórios, frente à complexidade das questões colocadas.

Com isso, para este estudo foram selecionados seis Centros de Saúde (CS) pertencentes a um mesmo distrito de saúde do município de Campinas, porém divididos em dois eixos, segundo subdivisão interna do distrito: CS Faria Lima, Figueira e Santa Odila enquanto pertencentes a um dos eixos (eixo sul-leste) e os

CS Campo Belo, Fernanda e São Domingos pertencentes ao outro eixo (eixo sul-sul).

A seleção destes serviços ocorreu de acordo com os seguintes critérios: tempo de existência do serviço, proporção de população com 60 e mais anos de vida moradora das respectivas áreas de abrangência e proporção de população vivendo em aglomerados subnormais de acordo com o IBGE.

Os Centros de Saúde pertencentes ao eixo sul-leste, quando comparados aos do eixo sul-sul, apresentam maior tempo de existência, proporção de pessoas com 60 e mais anos de vida expressivamente maior e uma menor proporção de pessoas vivendo em aglomerados subnormais, ou seja, abrangendo uma população com menor grau de vulnerabilidade, quando comparada ao outro grupo. Tais informações foram obtidas a partir Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Convencionou-se, ainda, que seriam pesquisadas internações de indivíduos com 60 e mais anos de vida, moradores das áreas de abrangência dos seis CS acima referidos, no período de 01 de julho de 2009 a 30 de junho de 2010, em hospitais do SUS e conveniados, de forma que as hospitalizações tivessem gerado autorização de internação hospitalar (AIH).

Considerou-se que os diagnósticos presentes às AIHs corresponderiam àqueles presentes nos grupos 9 a 13 da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, sendo estes: hipertensão, angina, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e diabetes melitus.

Tendo em vista os parâmetros definidos pela pesquisa, foi solicitado à Coordenadoria de Informação e Informática da Secretaria Municipal de Saúde de

Campinas (CII/SMS/Campinas) um banco de dados contendo informações especificadas. Tais informações eram: internações em hospitais do SUS ou conveniados ao SUS de pacientes com 60 e mais anos de vida, moradores das áreas de abrangência dos Centros de Saúde Santa Odila, Figueira, Faria Lima, São Domingos, Campo Belo e Fernanda no período de 01 de julho de 2009 a 30 de junho de 2010 por um conjunto de diagnósticos selecionados a partir da Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária (Brasil, 2008), de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10): I10, I11, I20, I24, I50, J81, I63, I64, I65, I66, I67, I69, G45, G46, E10.0-E10.1, E11.0-E11.1, E12.0-E12.1, E13.0-E13.1, E14.0-E14.1, E10.9, E11.9 E12.9, E13.9 E14.9, E10.2-E10.8, E11.2-E11.8, E12.2-E12.8, E13.2-E13.8, E14.2-E14.8; o relatório constou ainda dos seguintes dados de cada usuário submetido à internação: nome, sexo, idade, tempo de internação, endereço (nome da rua e número), nome do serviço hospitalar onde esteve internado.

O referido banco de dados foi disponibilizado ao pesquisador através de de arquivo eletrônico, em fevereiro de 2011.

As informações provenientes do banco de dados foram separadas por Unidade e representadas em tabelas e gráficos de maneira comparativa entre os serviços. O teste estatístico Qui Quadrado foi aplicado de forma a verificar a existência de significância estatística nas diferenças encontradas ($p < 0,05$).

A pesquisa agregou, ainda, entrevistas semi-estruturadas junto às gestoras dos Centros de Saúde selecionados. Todos os entrevistados eram do sexo feminino, por conseguinte, serão mencionadas no feminino durante todo o texto.

Durante as entrevistas foram requeridas informações relacionadas à organização da Unidade, tais como o número de equipes e sua proporção com o quantitativo da população na faixa etária a partir de 60 anos; se equipes completas ou não ao momento da entrevista; histórico de composição das equipes nos últimos 2 anos; dinâmica de atividades de promoção à saúde e de prevenção primária a doenças; prevenção secundária com seguimento clínico periódico de agravos crônicos; desencadeamento de ações a partir das altas hospitalares de pacientes portadores de agravos crônico-degenerativos moradores de sua área de abrangência; impressões da gestão local sobre o atendimento aos pacientes com doenças crônico-degenerativas na Unidade; tempo médio de espera para acesso às diferentes especialidades clínicas e cirúrgicas nos Centros de Saúde, dentre outras informações. Desta forma, seis entrevistas foram realizadas, gravadas e transcritas possibilitando posterior análise. O roteiro das entrevistas realizadas encontra-se em anexo a este texto.

Todas as entrevistas, mediante autorização das gestoras, foram gravadas em aparelho de áudio e, em um segundo momento, transcritas pelo próprio pesquisador, possibilitando análises de seus conteúdos posteriormente.

Foram realizadas análises das informações provenientes do banco de dados citado e das entrevistas realizadas, bem como posterior correlação de ambas. Por último, foram feitas análises da organização do cuidado aos usuários portadores de doenças crônico-degenerativas nas unidades em questão, a partir dos referenciais da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria MS/GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011), do planejamento em saúde e da análise institucional.

Alguns conceitos da Análise Institucional foram utilizados para a análise das informações e das falas dos sujeitos entrevistados, ressaltando-se os conceitos de analisador (Lourau, 1975; L'Abbate, 2003; 2004) e de implicação (Lourau, 1993, 2004).

5.1 Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp em 26 de outubro de 2010 (Parecer CEP nº 967/2010). Cópia do documento segue em anexo a este texto.

Esta pesquisa também teve aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas para o seu desenvolvimento junto aos serviços públicos de saúde selecionados. Tal autorização, que segue em anexo, possibilitou a disponibilização do banco de dados eletrônico citado pela Coordenadoria de Informação e Informática desta Secretaria, bem como a realização das entrevistas junto às gestoras dos Centros de Saúde. Cópia da autorização mencionada era entregue a cada gestora no momento da realização da respectiva entrevista.

VI ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1 Análise do Banco de Dados: Contribuições da Epidemiologia

A partir do banco de dados disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, relativos às internações hospitalares conforme as especificações detalhadas na metodologia deste estudo, uma série de informações foram obtidas. Tais informações, por sua vez, subsidiaram um conjunto de análises que serviram como disparadores desta pesquisa.

Além das informações levantadas junto ao banco de dados em questão, dados populacionais foram obtidos a partir do sistema de informações da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (“Tabnet”), que encontra-se disponível para livre acesso através do sítio eletrônico <http://tabnet.saude.campinas.sp.gov.br/>.

Ao serem analisadas as proporções de moradores das áreas de abrangência dos Centros de Saúde (CS) selecionados com 60 anos e mais anos de vida, observa-se grande discrepância existente entre os 2 grupos de serviços, de forma que as áreas de abrangência dos CS Faria Lima, Figueira e Santa Odila apresentam percentual expressivamente maior de moradores nesta faixa etária do que os demais. Chama atenção ser 4,1 vezes maior a proporção de moradores nesta faixa etária na área de abrangência do Centro de Saúde Faria Lima, quando comparada com as áreas das Unidades São Domingos, Campo Belo e Fernanda (Tabela 1).

O fato das proporções de moradores nesta faixa etária serem iguais nos CS Campo Belo, Fernanda e São Domingos, possivelmente se deva ao fato desta região do eixo sul-sul, anteriormente constituir-se em área de abrangência de um

único Centro de Saúde anteriormente (CS São Domingos). Entretanto, conforme já mencionado, estas são as informações disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde do município.

De toda forma, é possível inferirmos pirâmides etárias muito diferentes dentre as populações nas áreas das unidades dos eixos em questão, bem como processos de ocupação dos territórios bastante diversos, o que poderia ser apontado como fator explicativo de tamanhas discrepâncias dentro de um único distrito de saúde em um mesmo município.

No que se refere às áreas com menor proporção de moradores na faixa etária estudada, todas elas estão inseridas em porção do distrito de saúde sul de Campinas, conhecida como eixo sul-sul de sua área de abrangência. Nesta região percebemos um processo mais recente de ocupação do território, com um acentuado processo de migração nas 2 últimas décadas. Além disso, tal região apresenta uma série de indicadores que apontam para um conjunto de condições de exclusão sócio-econômica de grande parcela de sua população. São alguns destes indicadores o baixo grau de escolaridade da maioria dos chefes de famílias, altas taxas de esgotamento inadequado nos domicílios, alto índice de moradias subnormais (conforme classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE), elevada proporção de mães adolescentes, altas taxas de natalidade quando comparadas ao município de Campinas como um todo, dentre outros.

Por outro lado, ao analisarmos brevemente o histórico de ocupação do território nas áreas de abrangência dos Centros de Saúde Faria Lima, Figueira e Santa Odila (pertencentes ao chamado eixo sul-leste do mesmo distrito)

percebemos diferenças expressivas em relação ao território anteriormente descrito. Isto porque estas são regiões com um histórico de ocupação bastante antigo, onde as migrações e novas ocupações são bem menos freqüentes. Além disso, no que diz respeito aos indicadores que nos permitem inferir sobre a qualidade de vida dos moradores, percebemos uma população com maior grau de escolaridade, melhores condições habitacionais, havendo sistema de esgotamento em praticamente 100% das moradias. Observa-se, ainda, menores taxas de natalidade e uma maior longevidade de sua população, conforme já apontado.

Também chama atenção o fato de que os CS Faria Lima, Figueira e Santa Odila existem há bem mais tempo, quando comparados às 3 últimas Unidades, principalmente os CS Campo Belo e Fernanda (Tabela 1).

A informação da proporção de aglomerados subnormais (de acordo com definição do IBGE) dentre as moradias aponta para maior grau de vulnerabilidade social dentre a população moradora das áreas de abrangência das Unidades Campo Belo, Fernanda e São Domingos (Tabela 1).

Tabela 1. Ano de Inauguração, percentual de pessoas com 60 e mais anos de vida e percentual de aglomerados subnormais dentre moradias por Centro de Saúde estudado.

	Ano de Inauguração	Percentual de pop. ≥ 60 anos	Percentual de Aglomerados Subnormais
CS Faria Lima	1979	17,21%	0%
CS Figueira	1978	12,16%	0%
CS Santa Odila	1969	14,97%	0%
CS Campo Belo	2004	4,19%	40,7%*
CS Fernanda	2002	4,19%	40,7%*
CS São Domingos	1997	4,19%	40,7%*

*Os CS Campo Belo, Fernanda e São Domingos, até o ano de 2008 compunham um único Centro de Saúde, por este motivo, os dados populacionais do IBGE eram agregados em toda a região que, hoje, compõem áreas de abrangência das 3 Unidades.

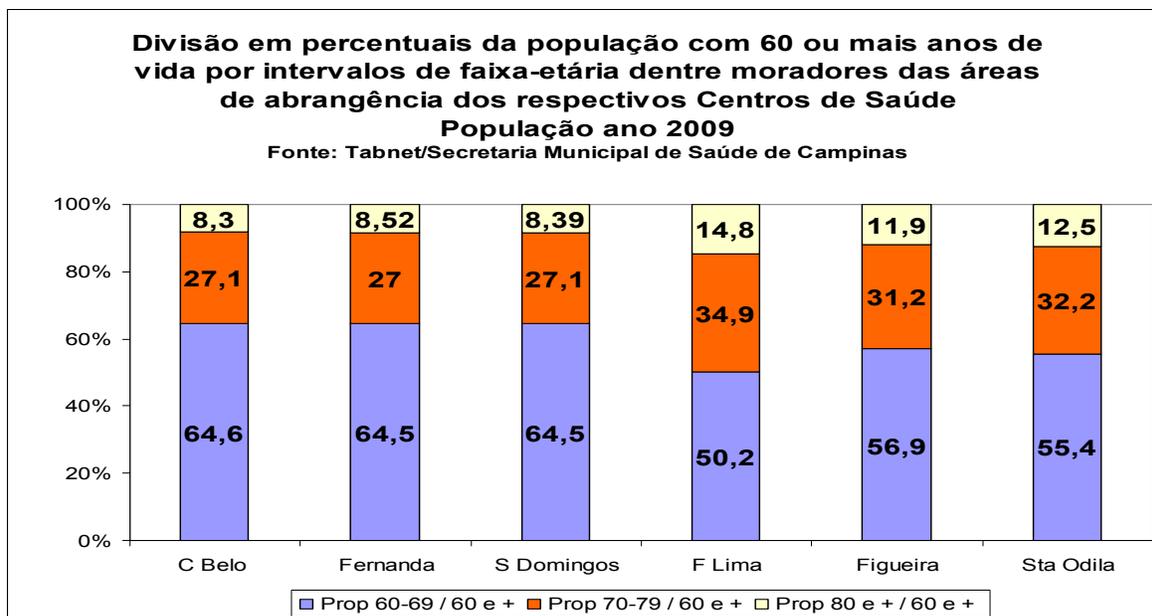
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, dados populacionais IBGE/Tabnet/SMS Campinas, 2011 (referentes ao censo de 2000)

Ainda, seguindo a linha de raciocínio da divisão etária das populações moradoras das áreas de abrangência das Unidades estudadas, é possível percebermos diferenças na composição das populações com 60 e mais anos de vida ao compararmos os diferentes serviços. O gráfico 1 demonstra a divisão em proporções por faixa etária dentre os maiores de 60 anos por Centro de Saúde.

Conforme esperado, tendo em vista a menor proporção de moradores com 60 e mais anos de vida nas áreas de abrangência das Unidades São Domingos, Campo Belo e Fernanda, observamos nestas áreas uma maior proporção de pessoas entre 60 e 69 anos de idade, dentre os maiores de 60. Já nas áreas dos Centros de Saúde que compõem o eixo sul-leste, apesar de proporcionalmente aqueles com 60 a 69 anos também serem maioria, fica clara a maior proporção dos “mais velhos”, principalmente daqueles com 80 e mais anos de vida. Chama

atenção, por exemplo, ser 78% maior a proporção deste grupo na área de abrangência do Centro de Saúde Faria Lima, ao compararmos com o Centro de Saúde Campo Belo.

Gráfico 1. Divisão em percentuais da população com 60 ou mais anos de vida por intervalos de faixa-etária dentre moradores das áreas de abrangência dos respectivos Centros de Saúde, 2009.



Desta forma, parece evidente que, além de apresentarem maior proporção de moradores com 60 e mais anos de vida em suas populações, os Centros de Saúde pertencentes ao eixo sul-leste também possuem maior proporção de mais longevos dentro desta faixa etária.

Após esta breve análise descritiva dos dados concernentes à população na faixa etária estudada nos diferentes serviços alvos desta pesquisa, é válido iniciarmos análise dos dados extraídos do banco de dados das internações pelos diagnósticos selecionados, dentre moradores com 60 e mais anos de vida, das áreas de abrangência dos Centros de Saúde em questão.

O número de hospitalizações por Unidade de Saúde, por si só, não se configura em dado passível de maiores análises, tendo em vista a necessidade de correlação deste com outras informações pertinentes, tal qual o contingente populacional nesta faixa etária assistido por cada serviço.

Desta forma, considerando as informações provenientes do banco de dados das internações pelas condições sensíveis à atenção primária selecionadas, 170 indivíduos moradores das áreas de abrangência das 6 Unidades, na faixa etária estudada, foram internados em hospitais SUS e conveniados no período de 12 meses (segundo semestre de 2009 e primeiro semestre de 2010). Também foram calculados os percentuais de internações, tendo enquanto denominador o total de moradores com 60 e mais anos de vida nas respectivas áreas de abrangência dos serviços (Tabela 2).

Tabela 2. Número e percentual de ICSAP* selecionadas, em hospitais SUS e conveniados, dentre moradores com 60 e mais anos de vida moradores das áreas de abrangência de 6 Centros de Saúde de Campinas-SP, no período de 01/07/2009 a 30/06/2010**

	Nº Internações dentre pessoas com idade ≥ 60 anos	% Internações dentre pessoas com idade ≥ 60 anos
CS Faria Lima	54	0,90%
CS Figueira	45	2,10%
CS Santa Odila	22	0,96%
CS Campo Belo	23	5,16%
CS Fernanda	13	2,64%
CS São Domingos	13	2,80%
Total	170	

* ICSAP: internação hospitalar por condição sensível à atenção primária.

** Grupos 9 a 13 da lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária: hipertensão, angina, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, diabetes melitus.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2009-2010

O número de internações ocorridas dentre moradores da área de abrangência do CS Campo Belo foi significativamente maior que todas as demais unidades ($p < 0,05$), exceto quando comparado ao CS São Domingos, tendo apresentado valor de $p = 0,06$. Já os CS Fernanda e São Domingos não apresentaram diferença estatística entre si, nem quando comparados ao CS Figueira, porém apresentaram número significativamente maior de internações quando comparados com os CS Faria Lima e Santa Odila. O CS Figueira também apresentou número estatisticamente maior de internações que os CS Faria Lima e Santa Odila ($p < 0,05$).

Chama atenção uma proporção significativamente maior de internações dentre pessoas nesta faixa etária no Centro de Saúde Campo Belo. Esta

proporção é mais do que 5 vezes maior que aquela apresentada nos Centros de Saúde Faria Lima e Santa Odila e quase o dobro das proporções apresentadas nos Centros de Saúde São Domingos, Fernanda e Figueira, conforme já apontado.

A diferença entre os serviços Campo Belo, Faria Lima e Santa Odila nos remete a uma série de questões. Em primeiro lugar, é válido lembrar que as características demográficas das respectivas áreas de abrangência são bastante distintas, conforme já mencionado anteriormente, de forma que os indicadores apontam para piores condições de vida na área de abrangência do primeiro serviço. É certo que existem impactos destas condições sobre os graus de adoecimento das diferentes populações. Isto nos leva à hipótese de que, apesar da maior proporção de idosos nos territórios das Unidades Faria Lima e Santa Odila, os seus graus de adoecimentos pelos diagnósticos sensíveis à atenção primária selecionados são menores do que entre uma minoria de pessoas, nesta mesma faixa etária, moradoras da área de abrangência do Centro de Saúde Campo Belo.

Aqui é importante ressaltar um viés existente na pesquisa. Levando em consideração que o banco de dados das hospitalizações estudado se refere apenas àquelas que geraram AIHs, ou seja, àquelas realizadas através do SUS, é sabido que não estão incluídos nesta análise as hospitalizações ocorridas através do sistema privado de saúde. Apesar de não termos o dado preciso, tendo em vista as melhores condições sócio-econômicas, de modo geral, da população moradora dos Centros de Saúde do eixo Sul-Leste, é esperado que um maior número de pessoas nestas áreas possua planos privados de saúde, ou, mesmo,

possa arcar com os custos de uma hospitalização particular. Tal dado deve ser pontuado como fator limitante de análise deste estudo.

Entretanto, este viés não parece justificar tamanha discrepância entre as proporções apresentadas. E um fator que deve ser levado em conta a favor disto é o fato de que, as proporções apresentadas dentre as populações das Unidades São Domingos e Fernanda são também estatisticamente menores que aquela do Centro de Saúde Campo Belo. Tendo em vista as semelhanças existentes entre as condições de vida, representadas por indicadores, das populações moradoras das áreas de abrangência dos três serviços em questão, seriam também esperadas proporções semelhantes.

Observada esta incoerência quando da comparação das três Unidades no eixo sul-sul, surgem hipóteses possíveis para explicação. Uma delas estaria relacionada aos cuidados em saúde realizados pelos respectivos Centros de Saúde. As entrevistas realizadas junto aos gestores de cada Unidade deverão servir de subsídio para complementação desta análise, de forma a buscarmos possíveis correlações.

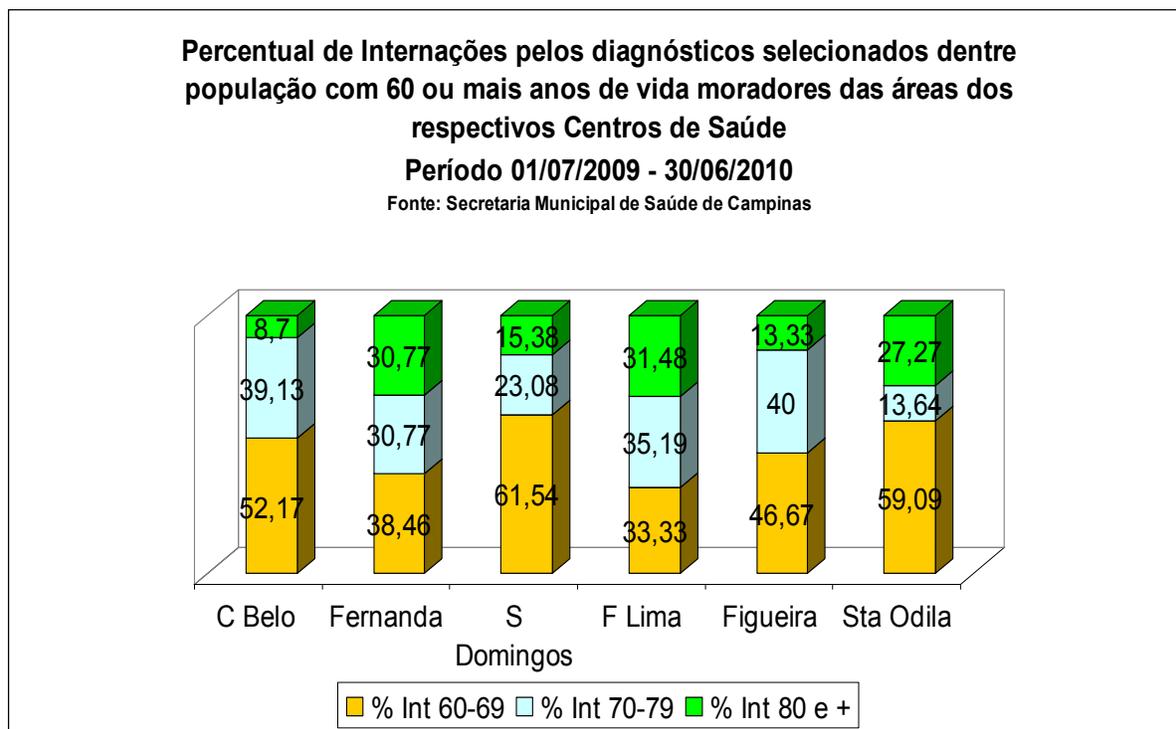
Outra análise possível surge com a constatação de uma proporção de internações em idosos, pelos diagnósticos selecionados, consideravelmente maior, entre moradores do território do Centro de Saúde Figueira, quando comparada às proporções das demais Unidades do eixo sul-leste. Esta proporção é mais do que duas vezes maior quando comparada às proporções das Unidades Faria Lima e Santa Odila, e como já dito anteriormente, tal diferença mostrou-se estatisticamente significativa.

Considerando a similaridade dos perfis populacionais, inclusive sob a perspectiva sócio-econômica, entre as áreas de abrangência das três Unidades pertencentes ao eixo sul-leste, este dado chama atenção. Mais uma vez, uma possível explicação poderia estar relacionada aos impactos dos cuidados em saúde realizados pelos serviços às respectivas populações adscritas, e, por isso, as entrevistas com os gestores destas Unidades, como será visto adiante, serviram de subsídio para o aprofundamento da discussão e formulação de possíveis hipóteses explicativas.

Uma outra perspectiva de análise do banco de dados em questão é a verificação da divisão das faixas etárias dos internados em proporções por Centro de Saúde. O gráfico 2 traz esta informação de maneira comparativa entre os serviços, considerando os intervalos de 60 a 69, 70 e 79 e aqueles com 80 e mais anos de vida.

Chamam atenção as proporções apresentadas dentre os moradores das áreas de abrangência das Unidades São Domingos e Faria Lima. Na primeira, é expressivo o percentual de 61,5% de hospitalizações entre indivíduos com 60 a 69 anos; já no que se refere ao Centro de Saúde Faria Lima, observa-se o inverso, onde 66,6% das internações ocorreram em maiores de 70 anos.

Gráfico 2. Percentual de Internações pelos diagnósticos selecionados dentre população com 60 ou mais anos de vida moradores das áreas dos respectivos Centros de Saúde Período 01/07/2009 – 30/06/2010



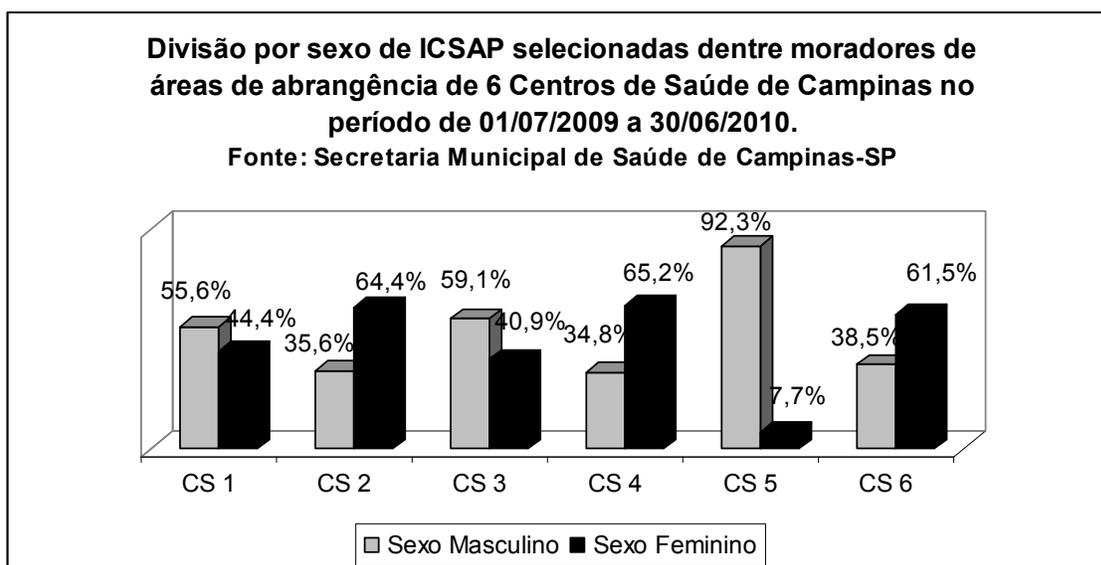
Com isso, considerando a amostragem utilizada neste estudo, podemos inferir que na região do Centro de Saúde São Domingos, além de termos comparativamente maior taxa de internações entre indivíduos com 60 e mais anos de idade, estes eventos ocorrem mais precocemente do que na região da Unidade Faria Lima.

A partir desta informação, novamente, percebemos ser possível um conjunto de explicações plausíveis. Como já mencionado anteriormente, são expressivas as diferenças entre os indicadores de condições de vida quando comparamos os dois eixos territoriais do distrito de saúde sul de Campinas. Certamente, estes fatores impactam de maneira determinante nas condições de saúde das populações.

Entretanto, dados estes contextos, também se mostram importantes, métodos de mensuração dos impactos dos serviços de atenção primária à saúde frente às necessidades apresentadas pelas populações. Estes métodos, desde que bem construídos e oportunamente aplicados, podem ser de grande valia no processo de qualificação da implementação das políticas de saúde brasileiras.

Voltando à análise do banco de dados disponibilizado à pesquisa, quanto à divisão por sexo, as internações selecionadas não demonstraram predominância de nenhum dos dois. Porém chama atenção o percentual elevado de ICSAP entre homens moradores da área de abrangência do CS Fernanda. Tal número, quando comparado a todos os demais serviços, foi estatisticamente significativo ($p < 0,05$). Além disso, houve diferença estatística significativa entre os CS Faria Lima e Figueira, de forma que, o primeiro possui uma proporção de internações masculinas maior que o segundo. Todas as demais diferenças não foram significativas (Gráfico 3).

Gráfico 3. Divisão por sexo de ICSAP selecionadas dentre moradores de áreas de abrangência de 6 Centros de Saúde de Campinas no período de 01/07/2009 a 30/06/2010.



Quanto às causas das hospitalizações estudadas, estas foram divididas em 3 subgrupos dentre as ICSAP selecionadas: hipertensão/angina/insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e diabetes melitus. A tabela 3 demonstra, em números e percentuais, tais subdivisões por CS estudado. Percebe-se uma predominância do primeiro subgrupo em todas as unidades, exceto no CS Fernanda, onde o número de internações pelo primeiro e segundo subgrupos foi igual. Porém esta diferença não se mostrou significativa estatisticamente quando comparada com os demais serviços.

Tabela 3. Número de ICSAP, e percentual, em hospitais SUS e conveniados, por grupo diagnóstico, dentre moradores com idade ≥ 60 anos das áreas de abrangência de 6 Centros de Saúde de Campinas/SP. Período: 01/07/2009 a 30/06/2010.

Centro de Saúde		Nº ICSAP	% ICSAP
CS Faria Lima	Hipertensão/Angina/Insuficiência Cardíaca	35	64,8%
	Doenças Cerebrovasculares	12	22,2%
	Diabetes Melitus	07	13%
		54	100%
CS Figueira	Hipertensão/Angina/Insuficiência Cardíaca	30	66,7%
	Doenças Cerebrovasculares	11	24,4%
	Diabetes Melitus	04	8,9%
		45	100%
CS Sta Odila	Hipertensão/Angina/Insuficiência Cardíaca	11	50%
	Doenças Cerebrovasculares	08	36,4%
	Diabetes Melitus	03	13,6%
		22	100%
CS Campo Belo	Hipertensão/Angina/Insuficiência Cardíaca	15	65,2%
	Doenças Cerebrovasculares	06	26,1%
	Diabetes Melitus	02	8,7%
		23	100%
CS Fernanda	Hipertensão/Angina/Insuficiência Cardíaca	06	46,1%
	Doenças Cerebrovasculares	06	46,1%
	Diabetes Melitus	01	7,8%
		13	100%
CS S Domingos	Hipertensão/Angina/Insuficiência Cardíaca	09	69,2%
	Doenças Cerebrovasculares	03	23,1%
	Diabetes Melitus	01	7,7%
		13	100%
Total		170	

ICSAP: internação hospitalar por condição sensível à atenção primária.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2009-2010

Ainda considerando os diagnósticos das hospitalizações, uma correlação direta que se espera poder fazer quando da análise dos serviços de atenção

primária à saúde, é aquela relativa aos cuidados a pessoas portadoras de doenças crônicas.

Como já mencionado anteriormente, dado o recente e intenso processo de envelhecimento da população brasileira, temos observado mudanças significativas em seu perfil epidemiológico, de modo que a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis vem aumentando vertiginosamente nas últimas décadas.

Dentre estas destacam-se, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, tendo em vista suas altas prevalências e impactos sobre a mortalidade populacional. Segundo dados do Ministério da Saúde (2006), a prevalência de hipertensão entre a população adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%. Já o diabetes tem sua prevalência estimada em 11% entre a população com idade igual ou maior que 40 anos.

Em 2008, a pesquisa nacional de amostra de domicílio-PNAD demonstrou que 14% e 3,6% da população geral referiram hipertensão e diabetes, respectivamente.

Percebe-se, portanto, grande magnitude destes agravos que os caracterizam como de grande interesse para a saúde pública, de forma que tem-se observado no SUS, nas duas últimas décadas, esforços crescentes no processo de construção de respostas para esta demanda de saúde da população, inclusive no âmbito da atenção primária à saúde.

Considerando este cenário, e o espaço da atenção primária à saúde, têm sido múltiplas as ações de cuidado preconizadas voltadas a este público, envolvendo atividades multidisciplinares de promoção e prevenção à saúde,

acompanhamento individual ambulatorial e recuperação, sob a perspectiva da integralidade e equidade.

No município de Campinas, o conjunto de Unidades de atenção primária à saúde tem realizado grandes esforços para a realização de ações de cuidado à saúde voltadas aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Neste contexto, ações voltadas ao cuidado de indivíduos portadores de hipertensão e diabetes têm sido expressivas.

Dada esta constatação, e tendo em vista as análises já realizadas a partir do banco de dados de hospitalizações, o conjunto de entrevistas realizadas junto aos gestores das 6 Unidades pesquisadas servirão para aprofundamento da análise das ações de cuidado em saúde realizadas por estes Centros de Saúde voltadas aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

6.2 Análises das Entrevistas: Contribuições do Planejamento em Saúde

Neste capítulo, as informações obtidas a partir das entrevistas realizadas junto às gestoras dos 6 Centros de Saúde estudados, foram analisadas à luz de referenciais teóricos do planejamento em saúde já pontuados anteriormente e da política nacional de atenção básica vigente (Portaria MS/GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011).

Além disso, durante esta fase do estudo foram ressaltadas informações das entrevistas que revelaram a ocorrência de analisadores (Lourau, 1975; L'Abbate, 2003;2004), que serão melhor fundamentados e contextualizados mais à frente.

Tendo em vista tais norteadores, as informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em tabelas, de forma a também possibilitar análises temáticas e comparativas entre os serviços.

Primeiramente, entretanto, é importante enfatizar que o estudo em questão se desenvolveu em um município brasileiro de grande porte, que possui suas peculiaridades no que tange o histórico de configuração de sua rede de saúde pública.

L'Abbate (2010), ao resgatar o histórico da configuração da rede de saúde de Campinas, ressalta o expressivo predomínio do setor privado da saúde, no município, até meados da década de 1970, de forma que os interesses privatistas da corporação médica mostravam-se prevalentes sobre a organização do sistema, inclusive em serviços governamentais estratégicos à época, tais como os ambulatórios do Inamps.

A autora relata a escassez dos serviços públicos, que, naquele momento, consistiam em poucos centros e postos de saúde das secretarias estadual e municipal de saúde, um pronto-socorro e hospital municipal, além dos ambulatórios do Inamps.

Chama atenção, também, para momento de expansão da rede de serviços públicos ocorrido no final da década de 1970, durante a gestão municipal do prefeito Francisco Amaral e do secretário de saúde Sebastião de Moraes. Segundo a autora, no período de 2 anos (1977 e 1978) foram instalados dezesseis postos de saúde em regiões periféricas da cidade. Além disso, este também teria sido o momento em que ocorrera o início da efetiva aproximação e implementação

do modelo da Medicina Comunitária e da participação popular, no contexto de ampliação do número destas Unidades no município.

É importante, ainda, pontuar momento histórico, também relatado por L'Abbate (2010), de implementação de mudanças das políticas públicas de saúde municipais durante a década de 1980. Segundo Santos (1988), Campinas foi pioneira neste sentido, ao firmar os convênios Pró-assistência em 1982, Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1984 e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) em 1987, em um processo crescente de municipalização dos serviços de saúde e de implementação de melhorias no âmbito da assistência realizada pela rede pública de serviços de saúde.

Este é pontuado como momento de ocorrência de investimentos em melhorias de instalações e equipamentos, bem como de aumento do número de trabalhadores dos Centros de Saúde da cidade. No final da década de 1980 a rede básica do município era composta por “(...) 38 Centros da SMS, cinco Centros de Saúde e um Ambulatório de Saúde Mental da SES e quatro Centros de Saúde da Puccamp” (L'abbate, 2010, p. 117).

Dado o breve histórico apresentado, é importante situarmos o município de Campinas à luz de acontecimentos posteriores, já detalhados neste estudo, tais como a promulgação da nova constituição federal em 1988, a criação e aprovação das leis federais 8.080/90 e 8.142/90 e o processo de constituição da política nacional de atenção básica através do Programa Saúde da Família (PSF) inicialmente e, da Estratégia Saúde da Família (ESF), em um segundo momento.

Neste período, a rede municipal de saúde expandiu-se consideravelmente, inclusive em seu âmbito da atenção primária, de forma que no ano de 2011,

segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde*, a cidade contava com 61 Centros de Saúde, em sua totalidade sob gestão municipal. Também é sabido, que neste período diversas foram as mudanças e melhorias ocorridas nas estruturas físicas destas Unidades, e muitos também foram os esforços em busca da ampliação do número de profissionais para atuação nestes serviços.

Outra consideração que deve ser feita, é que, dados os “novos tempos” da saúde pública brasileira, desde a promulgação da atual constituição federal, é possível observar no município, uma série de mudanças e adaptações ocorridas frente aos novos cenários desta política que se configuravam externamente, e que refletiam localmente.

É importante falar em mudanças e adaptações, tendo em vista o histórico da rede de saúde deste município, como já brevemente apresentado, prévio às grandes mudanças ocorridas na macro-estrutura desta política pública. Por conseguinte, tendo em vista a busca de compreensão da atual formatação da rede de atenção primária à saúde municipal, é necessário entendimento claro de seu processo histórico de conformação, bem como dos atores, tensionamentos e interesses envolvidos em sua implementação, para além do reconhecimento de fatores externos, tais como os novos direcionamentos políticos nacionais, enquanto condicionantes.

Dadas estas considerações, parece possível inferir que a saúde pública municipal deve ser entendida enquanto fruto de um extenso processo de disputas de projetos concorrentes para esta política setorial, nos diferentes momentos históricos.

* Informações disponíveis no sítio eletrônico www.saude.campinas.sp.gov.br

Esta linha de raciocínio, sem sombra de dúvida, merece maiores aprofundamentos, e parece configurar-se em possibilidade de linha de pesquisa que traria grandes contribuições à compreensão dos processos de implementação do SUS em um município de grande porte.

Neste estudo, entretanto, a partir das entrevistas realizadas junto às gestoras dos seis Centros de Saúde pesquisados, buscou-se analisar o atual contexto de gestão destas Unidades, com foco nas ações voltadas a usuários portadores de doenças crônico-degenerativas, analisando simultaneamente o cenário de conformação de sua rede de atenção primária, bem como seus reflexos sobre os serviços prestados.

Uma primeira informação sistematizada, a partir das entrevistas realizadas, foi a relação entre os quantitativos populacionais nas respectivas áreas adscritas de cada Centro de Saúde e de cada equipe de referência nestes serviços. A Tabela a seguir demonstra estes dados.

Tabela 4. Quantitativo populacional na área de abrangência de cada Unidade, por equipe de referência e proporção equipe/população em cada serviço.

Centro de Saúde	População Total	População por equipe de referência
Faria lima	Estimativa de 34 mil habitantes	Média de 8.500 habitantes/equipe
Figueira	Estimativa de 18 mil habitantes	Média de 9.000 habitantes/equipe
Santa Odila	Estimativa de 15 mil habitantes	Média de 7.500 habitantes/equipe
Campo Belo	Estimativa de 12 mil habitantes	Média de 6.000 habitantes/equipe
Fernanda	Estimativa de 12 mil habitantes	Equipe Única
São Domingos	Estimativa de 12 mil habitantes	Média de 6.000 habitantes/equipe

Fonte: entrevistas realizadas com gestoras dos respectivos Centros de Saúde, 2011

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica vigente (portaria MS/GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011), em grandes centros urbanos, no caso de unidades com Saúde da Família (situação de Campinas, porém com suas peculiaridades), é recomendado um número máximo de 12 mil habitantes dentro do território de adscrição do serviço. Enfatiza-se, ainda, que este limite populacional deve ocorrer em busca da garantia dos princípios e diretrizes contidos nesta mesma política. Além disso, a mesma portaria recomenda que cada equipe de saúde da família seja responsável por, no máximo 4 mil pessoas, sendo recomendada a média de 3 mil pessoas.

Considerando estes dados e as informações relacionadas coletadas junto às gestoras dos Centros de Saúde estudados, é perceptível grandes discrepâncias. Chama atenção que 3 das 6 Unidades possuem um total de população adscrita maior que os 12 mil máximos preconizados pela citada política, sendo que em um dos serviços (CS Faria Lima), este número é quase 3 vezes maior. No quesito número de habitantes por equipe, em todos os casos, o número foi superior ao máximo de 4 mil recomendados, chamando atenção equipes do CS Figueira com número próximo de 9 mil habitantes cada e o CS Fernanda com uma única equipe para uma população de cerca de 12 mil pessoas.

Apesar das grandes discrepâncias observadas, algumas considerações precisam ser feitas, de forma a buscar-se maior compreensão destas informações. Primeiramente, cabe ressaltar os momentos históricos de cada serviço. As três primeiras unidades, Faria Lima, Figueira e Santa Odila, tiveram suas inaugurações nos anos de 1979, 1978 e 1969, respectivamente, conforme já mencionado anteriormente. Ou seja, iniciaram suas atividades anteriormente à conformação do

SUS, portanto, em um momento que a inserção de serviços de saúde nas comunidades, sob a perspectiva da medicina comunitária, ainda se configurava em ação pioneira no país.

Com isso, é compreensível o processo de conformação destas unidades ao longo de suas histórias, tanto no que se refere às suas organizações internas, quanto às relações construídas junto a suas respectivas populações adscritas. Além disso, há de se considerar as mudanças ocorridas, sob vários aspectos, nos territórios sanitários de cada unidade.

Já, no que refere às outras 3 unidades, Campo Belo, Fernanda e São Domingos, estas tiveram seus respectivos anos de inauguração em 2004, 2002 e 1997. São, portanto, unidades bem mais recentes quando comparadas às primeiras. Além disso, os CS Campo Belo e Fernanda foram criados, à mesma época, enquanto módulos de saúde da família, ou seja, equipes de um Centro de Saúde, no caso o CS São Domingos, que atuavam em outros prédios (de menores dimensões) visando ao atendimento das populações de dadas áreas do território. Somente no final de 2007 estes serviços passaram a ter coordenações próprias, e, somente recentemente (CS Campo Belo em 2010 e CS Fernanda em 2011), passaram a funcionar em novos prédios adequados ao funcionamento enquanto Centros de Saúde.

Outra característica que deve ser levada em consideração, é que as taxas de crescimento populacionais dos territórios destas 3 unidades é considerada muito elevada, devido, principalmente, às altas taxas de migração para esta região, além das altas taxas de natalidade existentes. Segundo dados do IBGE, no ano 2000, a região que compreende todo o atual território dos três Centros de

Saúde possuía uma população de aproximadamente 21 mil habitantes. De acordo com informações obtidas junto às gestoras das Unidades, em 2011, o total da população deste mesmo território é estimado em 36 mil pessoas, o que se configura em crescimento populacional de 71,4% no período.

Um outro quesito, que deve ser considerado quando da análise das seis unidades, é a formatação das equipes de saúde da família, bem como seus aparentes impactos para o modelo de atenção primária à saúde municipal. Tais fatores serão melhor abordados mais à frente neste texto.

Ainda, no que se refere aos dados populacionais por Centro de Saúde e por equipe de referência, nos dois grupos de serviços analisados, seus contextos históricos, no que se refere às estruturas existentes, parecem atuar de forma a dificultar a efetiva implementação das diretrizes apontadas pela política nacional de atenção básica.

Entretanto, deve ser reforçado que, histórica e politicamente, tem sido apontado como direção para a formatação da atenção primária à saúde no município, um conjunto de princípios e diretrizes, dentre os quais está a responsabilização sanitária de Centros de Saúde por populações de territórios definidos, permitindo o planejamento descentralizado de ações que busquem dar resposta às necessidades de saúde apresentadas.

Dentre as unidades pesquisadas, tal diretriz parece ter viabilização prejudicada, tendo em vista o grande volume, e a conseqüente e provável grande diversidade de demandas populacionais existentes nos territórios adscritos. Mais à frente, esta questão poderá ser melhor explorada, pelo menos no que diz respeito

a uma das demandas existentes: os usuários portadores de doenças crônico-degenerativas.

Ainda no que diz respeito a informações populacionais, as gestoras foram questionados sobre a divisão proporcional por faixa etária das populações de cada equipe de referência. A tabela abaixo demonstra compilado das respostas obtidas.

Tabela 5. Divisão por faixa etária da população por equipe de referência dos Centros de Saúde estudados.

Centro de Saúde	Divisão por faixa etária por equipe de referência
Faria Lima	Gestora sem informação. População predominantemente adulta e com grande concentração de idosos.
Figueira	Gestora sem informação. População predominantemente adulta e com grande concentração de idosos.
Santa Odila	Gestora sem informação. População predominantemente adulta e com grande concentração de idosos.
Campo Belo	Gestora sem informação. População predominantemente adulta/jovem, com baixa concentração de idosos.
Fernanda	Gestora sem informação. População predominantemente adulta/jovem, com baixa concentração de idosos.
São Domingos	Gestora sem informação. População predominantemente adulta/jovem, com baixa concentração de idosos.

Fonte: entrevistas realizadas com gestoras dos respectivos Centros de Saúde, 2011

Chama atenção que nenhuma das gestoras entrevistadas tinha esta informação. Todas, entretanto, souberam referir características demográficas etárias, de forma que se configuram dois grupos maiores de perfis populacionais. Nas unidades do eixo sul-leste, um grupo com populações predominantemente adultas e com grande concentração de idosos; já nas unidades do eixo sul-sul, outro grupo com populações predominantemente adultas/jovens, com baixa concentração de idosos. Estas informações vêm ao encontro daquelas já apontadas anteriormente neste estudo.

Tal desconhecimento parece, por um lado, configurar-se na não concretização de uma das atribuições da atenção primária à saúde, também de acordo com a política nacional, qual seja, a realização e permanente atualização

de cadastros das populações moradoras das respectivas áreas de abrangência das equipes de referência, pelos agentes comunitários de saúde.

Por outro lado, isto deve, muito provavelmente, ocasionar prejuízos ao processo de planejamento das ações desencadeadas pelo serviço, já que, em grande medida, a estrutura etária de dada população influencia na configuração de seu perfil epidemiológico.

O desconhecimento desta informação, aparentemente encontra-se relacionado ao limitado número de agentes comunitários de saúde trabalhando nas unidades, conforme relatado pelas gestoras durante as entrevistas (Tabela 6).

Tabela 6. Número atual de agentes comunitários de saúde (ACS) por Centro de Saúde, número mínimo previsto pela atual política nacional de atenção básica (Portaria MS/GM nº2.488 de 21 de outubro de 2011) e déficit destes profissionais em número e percentual.

Centro de Saúde	Número atual de ACS	Número mínimo previsto pela política nacional de atenção básica	Déficit / Percentual
Faria Lima	7	46	39 / 84,7%
Figueira	2	24	22 / 91,6%
Santa Odila	6	20	14 / 70%
Campo Belo	6	16	10 / 62,5%
Fernanda	4	16	12 / 75%
São Domingos	5	16	11 / 68,7%

Fonte: entrevistas realizadas com gestoras dos respectivos Centros de Saúde e Política Nacional de Atenção Básica, 2011

É notório o grande déficit existente de agentes comunitários de saúde nos serviços estudados. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, o número destes profissionais deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um número máximo de 750 pessoas por agente.

As gestoras, durante as entrevistas, quando questionadas sobre a falta de agentes comunitários de saúde, referiram um déficit diferente daquele

apresentado neste estudo. Isto porque, elas se reportavam a um quantitativo previsto de 4 agentes por equipe de referência. Provavelmente tal referencial se deve ao fato de ser este o número mínimo necessário destes profissionais a serem cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), para o cadastramento de uma equipe de saúde da família.

Neste sentido, fica claro um déficit enorme destes profissionais nestes serviços, de forma que a unidade que se encontra melhor equalizada neste quesito (CS Campo Belo), tem uma média de 1 agente para cada 2 mil habitantes. E chega a situações ainda mais alarmantes tal qual a encontrada no CS Figueira, em que cada agente de saúde é responsável por uma média de 9 mil pessoas.

Por outro lado, também é preocupante o notório distanciamento das gestoras em relação ao preconizado do limite de 750 pessoas por agente. Tal constatação parece distanciar estes atores de um processo de disputa por um quantitativo adequado destes profissionais, tendo em consideração as premissas da atenção primária à saúde, principalmente no que diz respeito às ações desencadeadas junto às áreas de abrangência das equipes de referência.

Não há dúvida que esta discussão se remete ao modelo de atenção primária à saúde a ser posto em prática. Tal como já pontuado anteriormente, é sabido que o cenário atual de funcionamento de dado sistema de saúde é fruto de processos históricos e de disputa de projetos. Desta forma, o tensionamento de governantes, gestores, trabalhadores e a comunidade como um todo, mostra-se essencial para o alcance da efetiva adoção do modelo da atenção primária à saúde, conforme seus princípios e diretrizes, no contexto da saúde pública brasileira.

Ainda em relação aos trabalhadores das unidades, suas respectivas gestoras foram questionadas sobre a composição das equipes de referência existentes em cada serviço. A tabela 7 busca sistematizar estas informações.

Em todas as unidades, as respectivas gestoras citaram médicos pediatra e ginecologista/obstetra como integrantes de equipes. Outras também apontaram a participação de médicos clínicos, além de médicos generalistas.

Aqui cabe uma observação, que novamente remonta ao histórico de construção da rede de saúde de Campinas. É sabido que, com o processo de expansão dos serviços de saúde municipais, principalmente no final da década de 1970 e durante a década de 1980, os Centros de Saúde foram serviços que tiveram grande aumento em número. E, durante a conformação destes, médicos pediatras, ginecologistas/obstetras e clínicos tiveram uma crescente inserção na composição das equipes.

É fato que, antes que o município de Campinas aderisse ao Programa Saúde da Família, tais unidades já funcionavam inseridos em bairros, trabalhando sob perspectivas que, em grande medida, já se aproximavam do modelo da atenção primária à saúde, que posteriormente viria a ser preconizado enquanto política nacional pelo governo federal.

Tabela 7. Número e composição das equipes dos Centros de Saúde estudados.

Centro de Saúde	Número de equipes	Composição das equipes (com cargas horárias semanais)
Faria Lima	4	<p>Equipe 1: pediatra 16hs, ginecologista 20hs, médico clínico 36hs, enfermeiro 36hs, 2 auxiliares de enfermagem 36hs cada, 2 agentes comunitários de saúde 36hs cada;</p> <p>Equipe 2: pediatra 16hs, ginecologista 20hs, médico clínico 36hs, enfermeiro 36hs, 2 auxiliares de enfermagem 36hs cada, 2 agentes comunitários de saúde 36hs cada;</p> <p>Equipe 3: pediatra 16hs, ginecologista 20hs, médico clínico 24hs, enfermeiro 36hs, 2 auxiliares de enfermagem 36hs cada, 2 agentes comunitários de saúde 36hs cada;</p> <p>Equipe 4: pediatra 16hs, ginecologista 20hs, médico clínico 24hs, enfermeiro 36hs, 2 auxiliares de enfermagem 36hs cada, 1 agente comunitário de saúde 36hs.</p>
Figueira	2	<p>Equipe 1: pediatra 20hs, ginecologista 20hs, médico clínico 20hs, médico generalista 36hs, enfermeiro 36hs, 2 auxiliares de enfermagem 36hs cada, 1 agente comunitário de saúde 36hs;</p> <p>Equipe 2: pediatra 20hs, ginecologista 20hs, médico clínico 24hs, enfermeiro 36hs, 2 auxiliares de enfermagem 36hs cada, 1 agente comunitário de saúde 36hs.</p>
Santa Odila	2	<p>Equipe 1: pediatra 20hs, ginecologista 20hs, médico generalista 36hs, enfermeiro 30hs, 2 auxiliares de enfermagem 36hs cada, 3 agentes comunitários de saúde 36hs cada;</p> <p>Equipe 2: pediatra 20hs, ginecologista 20hs, enfermeiro 30hs, 2 auxiliares de enfermagem 36hs cada, 3 agentes comunitários de saúde 36hs cada.</p> <p>* Unidade conta ainda com um médico clínico 20hs, atendendo pacientes de todo o território.</p>
Campo Belo	2	<p>Equipe 1: pediatra 24hs, ginecologista 36hs, médico generalista 36hs, enfermeiro 36hs, 5 auxiliares de enfermagem 36hs cada, 3 agentes comunitários de saúde 36hs cada;</p> <p>Equipe 2: pediatra 36hs, ginecologista 36hs, enfermeiro 36hs, 4 auxiliares de enfermagem 36hs cada, 3 agentes comunitários de saúde 36hs cada;</p> <p>* Unidade conta ainda com um médico clínico 17hs, atendendo pacientes de todo o território.</p>
Fernanda	1	<p>Equipe 1: uma ginecologista 36hs e outra 18hs, 2 enfermeiras 36hs, 8 auxiliares de enfermagem 36hs cada, 4 agentes comunitários de saúde 36hs cada;</p> <p>* No momento da entrevista a Unidade contava com 15hs semanais de um médico clínico, e aguardava a chegada de um pediatra 24hs.</p>
São Domingos	2	<p>Equipe 1: pediatra 24hs, ginecologista 18hs, médico generalista 36hs, enfermeiro 36hs, 3 auxiliares de enfermagem 36hs cada, 2 agentes comunitários de saúde</p>

36hs cada;

Equipe 2: pediatra 32hs, ginecologista 24hs, médico clínico 20hs, enfermeiro 36hs, 1 auxiliar de enfermagem 36hs, 3 agentes comunitários de saúde 36hs cada;

Fonte: entrevistas realizadas com gestoras dos respectivos Centros de Saúde, 2011

Dado este contexto, a partir da adesão do município ao Programa Saúde da Família em 2001, a atenção primária da cidade passou a assumir o compromisso, junto ao Ministério da Saúde, de responsabilização sanitária por territórios com adscrição de clientela, construção de vínculos, responsabilização, realização de trabalho multiprofissional, dentre outros, de acordo com as diretrizes nacionais existentes. Já em relação à composição profissional das equipes de referência, incorporou-se a figura do médico generalista, porém não foram extintas as participações de pediatras, ginecologistas/obstetras e clínicos.

É sabido que a presença de demais médicos que não apenas o generalista na composição das equipes de referência de saúde da família é uma constante na cidade de Campinas. Mais uma vez, as singularidades dos processos de construção da rede de saúde local, demonstram reflexos sobre a sua atual conformação.

Entretanto, tendo em vista as informações obtidas junto às gestoras nas entrevistas realizadas, é possível perceber algumas discrepâncias. No que se refere à composição das equipes em si, não parece existir clareza de parâmetros utilizados para definição de composição de equipes mínimas, em relação à inclusão de médicos. Isto porque, quando comparados os serviços, são percebidas diferenças do número de “horas-médicas” de cada “categoria”, bem como a ausência de clínicos e generalistas em algumas equipes. É sabido, porém,

que a falta do profissional médico, principalmente generalista e clínico, é uma constante na maior parte destas unidades, como se poderá perceber mais à frente neste texto.

Além disso, conforme já visto anteriormente, a proporção equipe/população, em todos os casos estudados, supera o número máximo de 4 mil pessoas por equipe. É claro que a “capacidade assistencial” de equipes com maior número de profissionais médicos, em diferentes “categorias”, é maior, e, possivelmente consegue ampliar seu quantitativo populacional adscrito. Entretanto, se por um lado, não parece haver uma padronização de conformação de equipes mínimas, agravado pelo desconhecimento das pirâmides etárias das equipes de referência (pelo menos nos casos das unidades estudadas), por outro lado, o quantitativo populacional médio e máximo a ser adscrito a cada uma destas equipes parece não estar claro na atual conjuntura de implementação desta política no município.

Ademais, duas outras considerações precisam ser feitas. Primeiramente há de se considerar que, havendo equipes com maior número de médicos que aquela preconizada pelo Ministério da Saúde responsabilizando-se por maior número de população, existe a necessidade de redimensionamento dos demais profissionais que componham estas equipes. Aqui, há de se pensar, portanto, em redimensionamento da equipe de enfermagem e de agentes comunitários de saúde, além das equipes de saúde bucal, de forma à viabilização, de fato, do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, tendo em vista as prerrogativas e responsabilidades assumidas pela atenção primária.

A outra consideração diz respeito à atenção necessária, por parte de gestores e trabalhadores, de forma a evitar a fragmentação do cuidado no

cotidiano do trabalho das equipes que agregam mais de um profissional médico. É sabido que na rotina destas equipes em Campinas, pediatras realizam atendimentos ambulatoriais apenas de crianças, ginecologistas atendem apenas consultas de pré-natal e queixas ginecológicas e clínicos e generalistas atendem apenas adultos e idosos com queixas clínicas. Tal situação deve ser compreendida como possível limitador do alcance da integralidade e longitudinalidade do cuidado, da responsabilização dos profissionais e da construção de vínculos.

Voltando às entrevistas realizadas, as gestoras dos Centros de Saúde também foram indagadas sobre o histórico de composição das equipes de referência existentes nos serviços, durante os últimos 2 anos, e, no caso de falta de trabalhadores no período, também foram questionadas sobre a(s) categoria(s) profissional(is) mais ausente(s) (Tabela 8).

Tabela 8. Histórico de composição das equipes nos últimos 2 anos. Categorias profissionais mais ausentes, no caso de falta no período.

Centro de Saúde	Categoria(s) profissional(is) mais ausente(s) no período
Faria Lima Figueira	Médico clínico, agentes comunitários de saúde e enfermeiros.
Santa Odila	Médico generalista e clínico, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Alta rotatividade médica em uma das equipes nos últimos 2 anos.
Campo Belo	Médico generalista (baixo valor de acréscimo salarial como dificultador de fixação deste profissional), equipe de enfermagem (aposentadorias sem reposição), agentes comunitários de saúde (saída de profissionais sem reposição posterior).
Fernanda	Médico generalista, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Equipes sempre incompletas nos últimos 2 anos.
São Domingos	Médico clínico e generalista, pediatra, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
	Médico generalista em uma das equipes, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Fonte: entrevistas realizadas com gestoras dos respectivos Centros de Saúde, 2011

Agentes de saúde foram apontados como profissionais em falta por todas as gestoras. Já médicos generalistas e auxiliares de enfermagem foram citados como trabalhadores de maior escassez em cinco das seis unidades.

Durante as entrevistas, a maioria das gestoras apontou fortemente a alta rotatividade de profissionais médicos, principalmente generalistas e clínicos, como um constante fator limitante dos trabalhos desenvolvidos pelas equipes. Referiram diversas situações de equipes que chegam a permanecer por longos períodos sem a figura destes profissionais.

Também, relataram, em sua maioria, ser uma realidade a não reposição de saída de profissionais, tais como em situações de exoneração, aposentadorias, licenças. Este fator foi fortemente apontado como justificativa para o escasso número de auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de médicos.

Estas informações, bem como todas que foram expostas até aqui, devem ser compreendidas como condicionantes dos modos de funcionamento das unidades estudadas, bem como dos tipos, quantidades e qualidades dos cuidados produzidos em suas rotinas, o que, em última instância, se configuram na implementação do modelo da atenção primária à saúde. Desta maneira, tais cuidados produzidos podem se aproximar mais ou menos do modelo preconizado pelos princípios e diretrizes legais existentes, de acordo com estes fatores.

Tendo isto em vista, e visando ao foco dos cuidados voltados a usuários portadores de doenças crônico-degenerativas nos Centros de Saúde pesquisados, as gestoras foram questionadas sobre atividades de educação em saúde voltadas a este conjunto de indivíduos. O grupo voltado a hipertensos e diabéticos

apareceu com grande intensidade em todas as entrevistas, e, por esse motivo, suas informações relacionadas foram agrupadas na tabela que segue.

Tabela 9. Modos de funcionamento dos grupos voltados a indivíduos hipertensos e diabéticos nas Unidades estudadas.

Centro de Saúde	Modo de funcionamento
Faria Lima	Desenvolvimento de atividades de educação em Saúde associado a caráter assistencial (renovação de receitas, avaliação médica individual). Grupo criado recentemente. Profissionais participantes: Médico, equipe de enfermagem, alunos de enfermagem da UNIP, outros profissional pontualmente.
Figueira	Grupos com número pré-definido de 4 encontros. Maior foco em educação em saúde. Não atrela necessariamente a renovação de receitas, que, porém pode ocorrer eventualmente. Profissionais participantes: Médico e equipe de enfermagem.
Santa Odila	Forma de acesso de pacientes crônicos à Unidade. Forma de vazão para a demanda deste público. Também realiza atividades de educação em saúde no grupo. Profissionais participantes: médico clínico e equipe de enfermagem.
Campo Belo	Desenvolvimento de atividades de educação em saúde e avaliações da médica generalista, com renovação de receitas. Grupo aberto, com realização de cadastro dos usuários (pela generalista). Avaliação medica individual de pacientes em alguns casos. Grupo criado recentemente Profissionais participantes: médica generalista, equipe de enfermagem e alunos de medicina do segundo ano da UNICAMP.
Fernanda	No momento da entrevista sem grupo funcionando na Unidade. Relato de experiência recente anterior com desenvolvimento de atividades de educação em saúde, renovação de receitas, agendamentos de consultas individuais. Experiência considerada exitosa pela gestora, porém que não se manteve após a saída da médica e enfermeira que realizavam a atividade.
São Domingos	Grupos com número pré-definido de 3 encontros. Funcionando em apenas uma das duas equipes. Atividades de educação em saúde, realização de cadastros, avaliação médica individual nos casos considerados de maior vulnerabilidade pela equipe, agendamento de consultas. Profissionais participantes: médico clínico, equipe de enfermagem e agente de saúde.

Fonte: entrevistas realizadas com gestoras dos respectivos Centros de Saúde, 2011

Grupos voltados a indivíduos hipertensos e diabéticos ocorriam, no momento das entrevistas, em cinco dos seis Centros de Saúde. Não havia atividade de grupo no CS Fernanda, apesar do relato de uma experiência anterior recente de grupo que fora desativado devido à saída da médica e enfermeira participantes. Além disso, em uma das duas equipes do CS São Domingos,

também não era realizado grupo. A gestora local relatou que, naquele momento, tal equipe considerava a possibilidade de início desta atividade.

Em todos os grupos realizados, nos Centros de Saúde onde eles ocorriam, havia a participação médica e de equipe de enfermagem. Duas entrevistadas referiram a participação de alunos de instituições de ensino superior, e apenas uma referiu a participação de agente de saúde.

Chama atenção o fato de que, de acordo com os relatos das entrevistadas, todos os grupos mencionados associavam, em maior ou menor medida, atividades de educação em saúde a cuidados individuais, principalmente os médico-centrados, tais como renovação de receitas, solicitação de exames, agendamentos de consultas e avaliações individuais.

Dado o contexto já mencionado de escassez de médicos clínicos e generalistas, parece ocorrer a utilização do espaço do grupo voltado a hipertensos e diabéticos enquanto subterfúgio à falta de oferta de consultas ambulatoriais a estes usuários; sendo válido ressaltar que é grande o contingente representado por estes indivíduos, tendo em vista as altas taxas de prevalência destes agravos nas populações. Tal impressão foi explicitada enquanto fato pela gestora de uma das unidades.

Esta informação conforma-se em dado preocupante, primeiramente por levar à reflexão sobre a qualidade da assistência a estes usuários nestes serviços, a despeito dos esforços dos trabalhadores que se encontram nas unidades. Este quesito será pormenorizado mais adiante, quando for discutido o acompanhamento ambulatorial destes indivíduos.

Além disso, há de se pensar a respeito da possível sobrecarga ocasionada aos profissionais que desenvolvem estas atividades, que associam, nas formatações dos grupos, atividades assistenciais e de promoção/prevenção à saúde. E, dado este cenário, mostra-se essencial aprofundamento da discussão acerca da qualidade destas atividades, bem como dos demais cuidados realizados pelas equipes voltados a este público. Parece ser necessária, ainda, busca de definição do papel dos grupos, pelo menos nestas unidades, no contexto de implementação das linhas de cuidados de hipertensos e diabéticos.

Quando questionadas sobre a realização de demais atividades de promoção e prevenção à saúde voltadas a usuários portadores de doenças crônico-degenerativas, as entrevistadas citaram atividades, que, em sua grande maioria eram realizadas por agentes de saúde apenas, sem maiores restrições de acesso, com foco principal na promoção à saúde, sem o atrelamento a cuidados individuais. Todas as gestoras referiram ter grupo de caminhada; em cinco das seis unidades ocorriam grupos de Lian Gong. Acupuntura era realizada no CS Faria Lima por profissional médico. Terapia comunitária era realizada no CS São Domingos por psicólogo e auxiliar de enfermagem e grupo de artesanato era realizado no CS Fernanda por agente de saúde (Tabela 10).

Tabela 10. Atividades de educação em saúde desenvolvidas nas Unidades voltadas a portadores de doenças crônico-degenerativas (exceto grupo de hipertensos e diabéticos).

Centro de Saúde	Atividades de educação em saúde desenvolvidas
Faria Lima	Caminhada, Lian Gong*, Acupuntura
Figueira	Caminhada, Lian Gong*, Grupo de Cuidadores
Santa Odila	Caminhada, Lian Gong*
Campo Belo	Caminhada, Lian Gong*
Fernanda	Caminhada, Lian Gong*, Artesanato
São Domingos	Caminhada, Terapia Comunitária

*Lian Gong: prática corporal oriental desenvolvida pelo médico ortopedista chinês Zhuang Yuen Ming, baseada no Tui Na, milenar arte fisioterápica chinesa.

Fonte: entrevistas realizadas com gestoras dos respectivos Centros de Saúde, 2011

Durante as entrevistas as gestoras dos Centros de Saúde também foram indagadas sobre a organização dos serviços em relação aos cuidados ambulatoriais individuais de usuários portadores de doenças crônico-degenerativas. Compilado das informações obtidas encontra-se na tabela abaixo.

Tabela 11. Organização do acompanhamento ambulatorial de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas nas Unidades estudadas.

Centro de Saúde	Organização do acompanhamento ambulatorial
Faria Lima	Consultas médicas e recente processo de realização de consultas de enfermagem. Flexibilidade de acompanhamento de acordo com cada caso, entretanto sem um monitoramento de qualidade do acompanhamento destes pacientes.
Figueira	Consultas médicas com reserva de vagas específicas para indivíduos hipertensos e/ou diabéticos. Recente processo de realização de consultas de enfermagem, também reserva de vagas específicas para hipertensos e/ou diabéticos. Dificuldade de viabilização dos protocolos municipais, devido à limitação do número de profissionais.
Santa Odila	Consultas médicas e de enfermagem. Somente casos de alto risco são priorizados para consultas médicas ambulatoriais. Dificuldade de viabilização dos protocolos municipais, devido à limitação do número de profissionais, principalmente médico generalista e clínico.
Campo Belo	Consultas médicas. Ausência de consultas de enfermagem eletivas. Dificuldade de viabilização dos protocolos municipais, devido à limitação do número de profissionais, principalmente médico generalista e clínico, e devido à instabilidade de enfermeiros no serviço.
Fernanda	Consultas médicas e de enfermagem. Dificuldade de viabilização dos protocolos municipais, devido à limitação do número de profissionais, principalmente médico generalista e clínico.
São Domingos	Consultas médicas. Consultas de enfermagem para pacientes diabéticos e/ou pacientes de maior risco/vulnerabilidade. Grande autonomia da equipe na gestão das agendas.

Fonte: entrevistas realizadas com gestoras dos respectivos Centros de Saúde, 2011

As consultas médicas individuais foram uma constante em todas as unidades. Consultas de enfermagem eram realizadas em cinco dos seis serviços, de forma que em duas delas estas consultas passaram a ocorrer recentemente. Quatro das seis gestoras referiram dificuldades no processo de viabilização de implementação dos protocolos municipais, no que se refere aos cuidados ambulatoriais deste perfil de usuários, devido à limitação do número de médicos clínicos e generalistas, principalmente. Além disso, também mostrou-se freqüente a dificuldade de adequação das agendas dos enfermeiros ao contingente demandado, de forma que também existe limitação e, conseqüentemente, restrição de acesso, a este recurso.

Chama atenção a freqüente queixa das entrevistadas relacionada à dificuldade existente para a viabilização da implementação dos protocolos preconizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Tal informação deve ser remetida à conseqüente ocorrência de restrição de acesso a cuidados ambulatoriais destes usuários. Como já discutido anteriormente, parte desta demanda, frente à escassez de ofertas de agendas individuais, parece ser remanejada para as atividades em grupo voltadas a hipertensos e diabéticos.

Tal fato é compreensível frente ao cenário apresentado, porém, sem sombra de dúvida, novamente mostra-se necessária a problematização da qualidade dos cuidados ofertados a estes indivíduos.

Algumas entrevistadas citaram a rotina de priorização de acesso ambulatorial a usuários considerados de maior risco e vulnerabilidade pela respectiva equipe de referência, o que se configura em forma interessante de gestão da clínica deste público em dado contexto de escassez de recursos.

Entretanto, é necessário que haja a clareza de que, a ocorrência de prejuízos no processo de realização de cuidados ao conjunto total destes indivíduos, nesta situação, desenha-se como inevitável.

É importante ressaltar que a classificação de risco, desencadeando a priorização de acesso, visando à equidade e integralidade do cuidado, deve ser realizada rotineiramente nos serviços de atenção à saúde (não apenas no âmbito da atenção primária), inclusive nas situações adequadas de funcionamento dos serviços. Entretanto, é preocupante quando este tipo de iniciativa é percebida enquanto medida que, necessariamente, impactará negativamente no acesso de demais indivíduos de menor risco.

Em se tratando de portadores de doenças crônico-degenerativas, a possibilidade de acesso ambulatorial, minimamente conforme o preconizado por protocolos adotados, deve ser garantida a estes indivíduos. Em caso contrário, há de se esperar comprometimento da qualidade da assistência prestada, dificultando a ocorrência de impactos positivos das ações desempenhadas sobre a saúde destas populações.

No que se refere à avaliação de risco deste perfil de usuários acompanhados pelo Centro de Saúde e aqueles encaminhados a alguma consulta médica especializada, as gestoras foram perguntadas sobre a organização deste processo na unidade. As tabelas 12 e 13 contêm sistematizações das informações obtidas.

A classificação de risco de portadores de doenças crônico-degenerativas, em acompanhamento nos Centros de Saúde, ocorria em cinco das seis unidades no momento das entrevistas. A gestora do CS Fernanda, único serviço que não

realizava esta avaliação naquele momento, referiu tal limitação devido à saída da unidade de médica clínica responsável por esta atividade.

Tabela 12. Classificação de risco de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas em acompanhamento na Unidade.

Centro de Saúde	Organização para a classificação de risco
Faria Lima	Avaliação médica, sem definição de parâmetros mínimos. Processo recente na Unidade.
Figueira	Avaliação do enfermeiro, tendo como referencial a ficha do Hiperdia. Processo recente na Unidade.
Santa Odila	Avaliação médica, tendo os protocolos municipais como referenciais. Processo recente na Unidade.
Campo Belo	Avaliação médica, sem definição de parâmetros mínimos. Processo recente na Unidade.
Fernanda	Ausência de avaliação de risco na Unidade no momento da entrevista. Relato de experiência anterior recente de avaliação médica, sem definição de parâmetros mínimos.
São Domingos	Avaliação médica, sem definição de parâmetros mínimos. Processo consolidado em uma das equipes, e recente na outra.

Fonte: entrevistas realizadas com gestoras dos respectivos Centros de Saúde, 2011

Tabela 13. Classificação de risco de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas encaminhados a especialidades externas ao serviço.

Centro de Saúde	Organização para a classificação de risco
Faria Lima	Avaliação médica, sem definição de parâmetros mínimos. Monitoramento do volume e tempo de espera pela gestão local.
Figueira	Utilização de protocolo municipal para encaminhamentos à oftalmologia. Para as demais especialidades, avaliação médica, sem definição de parâmetros mínimos. Gestora local aponta matriciamento como estratégia interessante para a qualificação dos encaminhamentos.
Santa Odila	Avaliação médica, sem definição de parâmetros mínimos. Busca de responsabilização dos usuários pelos encaminhamentos, de forma que o impresso de referência/contra-referência fica com o próprio usuário. Recepção mantém lista de espera com classificação de prioridade de acesso.
Campo Belo	Utilização de protocolo municipal para encaminhamentos à oftalmologia. Para as demais especialidades, avaliação médica, sem definição de parâmetros mínimos.
Fernanda	Avaliação médica, sem definição de parâmetros mínimos.
São Domingos	Utilização de protocolo municipal para encaminhamentos à oftalmologia. Para as demais especialidades, avaliação médica, sem definição de parâmetros mínimos.

Fonte: entrevistas realizadas com gestoras dos respectivos Centros de Saúde, 2011

Em quatro dos cinco serviços que realizavam a classificação, médicos eram responsáveis pela realização desta, sendo que, apenas no CS Santa Odila, a gestora referiu a utilização de protocolos como referenciais para tanto. Nos outros serviços, não havia clareza das gestoras em relação aos critérios utilizados pelos médicos. No CS Figueira, a gestora referiu ser atribuição de enfermeiros a classificação de risco inicial destes usuários, e, para tanto, utilizavam a ficha do Hiperdia do Ministério da Saúde.

Estes dados apontam para a centralidade do profissional médico no processo de avaliação de risco destes indivíduos. Chama atenção o aparente descolamento destes profissionais da gestão local e do restante das equipes, de forma que, na maioria das situações os referenciais utilizados não eram coletivamente pactuados no serviço. Além disso, é intrigante o fato da paralisação deste processo em uma das unidades, quando da saída da médica que realizava tal classificação.

Tendo em vista estas informações, parece haver dificuldades, no âmbito das gestões locais, em relação ao conhecimento das demandas apresentadas pelos indivíduos portadores destes agravos, uma vez que, classificações de risco mostram-se necessárias à definição de projetos terapêuticos efetivos. E devem, portanto, impactar o dimensionamento das ofertas dos serviços a estes perfis de usuários.

Além disso, deve ser considerado um alerta, o aparente descolamento dos médicos neste processo, uma vez que, este parece ser sintoma de dificuldade de implementação de trabalho multiprofissional. É fato que, tendo em vista as responsabilidades da atenção primária à saúde, a avaliação de risco deve

considerar diversos aspectos e olhares, devendo, portanto ser realizada de maneira interdisciplinar.

Em relação aos encaminhamentos para consultas médicas especializadas, gestoras de três unidades referiram existir o uso rotineiro de protocolo municipal padronizado para a classificação de risco dos encaminhamentos à oftalmologia. Nas demais especialidades, o grau de priorização de acesso dos usuários era definido apenas pelos médicos assistentes, através de critérios não pactuados coletivamente. Nas outras três unidades, todas as classificações de riscos de encaminhamentos eram centralizadas apenas nos médicos, também sem a pactuação coletiva de critérios.

Novamente chamam atenção tais informações, devido ao aparente distanciamento do profissional médico da gestão local e dos demais trabalhadores.

Há de se ressaltar que o trabalho em saúde, em seu contexto micropolítico, não é passível de pré-definições exatas, não “cabendo”, portanto, em protocolos imutáveis. Entretanto, mínimas pactuações entre os profissionais que se encontram nos cenários cotidianos de implementação de ações de saúde devem ser realizadas, buscando a concretização de cuidados efetivos, de acordo com as necessidades detectadas. Tais pactuações, tendo em vista as características técnicas intrínsecas às profissões da saúde, devem estar calcadas em evidências científicas que possam, comprovadamente, beneficiar os usuários assistidos, bem como em diversos outros quesitos que os profissionais julguem relevantes no contexto de inserção dos indivíduos em seus meios.

Buscando a efetividade das ações desenvolvidas no âmbito da atenção primária à saúde, demonstra-se essencial o trabalho multiprofissional, tanto no processo de detecção das necessidades existentes, quanto no desempenho dos cuidados requeridos.

As gestoras, durante as entrevistas, também foram indagadas quanto à realização de cadastros de usuários de pacientes hipertensos e diabéticos nos serviços. A tabela 14 demonstra as informações obtidas.

Apenas a gestora do CS Fernanda referiu a não realização de cadastro deste perfil de pacientes na unidade no momento da entrevista, justificando novamente este fato devido à saída de médica clínica. Anteriormente o serviço realizava este cadastro, que estava, entretanto, centralizado na figura desta profissional.

Tabela 14. Organização da realização de cadastro de pacientes hipertensos e diabéticos nas Unidades estudadas.

Centro de Saúde	Organização da realização de cadastro
Faria Lima	Cadastro defasado. Atualmente em processo de reinício de realização no grupo de hipertensos e diabéticos. Utilização do Hiperdia.
Figueira	Reinício de realização de cadastros há aproximadamente um ano e meio. Realização em mutirões. Utilização do Hiperdia.
Santa Odila	Cadastro sendo constantemente alimentado através do Hiperdia.
Campo Belo	Início recente de realização de cadastros pela médica generalista, utilizando o espaço do grupo de hipertensos e diabéticos. Utilização de cadastro próprio idealizado pela médica generalista.
Fernanda	Sem realização de cadastros no momento da entrevista. Relata experiência anterior recente de realização de cadastro pela médica generalista, em instrumento idealizado por ela. Com a saída da mesma, o cadastro não continuou sendo alimentado.
São Domingos	Cadastro sendo constantemente alimentado através do Hiperdia em uma das equipes, e através de instrumento idealizado por médico generalista na outra equipe.

Fonte: entrevistas realizadas com gestoras dos respectivos Centros de Saúde, 2011

Três gestoras referiram processos mais recentes de início, ou reinício de realização destes cadastros, e duas gestoras referiram realização e atualização

destes através de processos mais consolidados na organização dos serviços. Apenas o CS Campo Belo e uma das equipes do CS São Domingos utilizavam mecanismos próprios para a realização deste cadastro. As outras unidades utilizavam o impresso do Hiperdia do Ministério da Saúde.

As informações obtidas parecem demonstrar priorização pelos serviços dos cuidados a este perfil de pacientes, apesar das dificuldades já mencionadas, tal qual a falta de médicos assistentes e de agentes comunitários de saúde. O cadastro destes usuários, bem como suas atualizações periódicas, consiste em instrumento de grande valia no processo de dimensionamento das demandas existentes, possibilitando a adequação do planejamento de ofertas.

Outra questão feita às entrevistadas se referia ao desenvolvimento de ações no cotidiano dos serviços a partir de informações relativas a altas hospitalares de adultos e idosos moradores das áreas de abrangência dos Centros de Saúde. Os dados obtidos estão sistematizados na tabela abaixo.

Tabela 15. Ações desenvolvidas a partir de informações de altas hospitalares de pacientes da área de abrangência de cada Unidade estudada.

Centro de Saúde	Ações desenvolvidas
Faria Lima	Núcleo de Saúde Coletiva como espaço para o desencadeamento de ações a partir das internações. Aponta acupuntura como oferta de cuidado para os pacientes pós-AVC. Ausência de sistematização de busca ativa de pacientes adultos/idosos pós-alta.
Figueira	Núcleo de Saúde Coletiva como espaço para o desencadeamento de ações a partir das internações. Alguns casos são trazidos para discussão em equipe. Dificuldades atuais no andamento do Núcleo. Não há na Unidade sistematização da vigilância de todos os casos, devido às dificuldades estruturais existentes, tal como a falta de agentes de saúde. Ausência de sistematização de busca ativa de pacientes adultos/idosos pós-alta.
Santa Odila	Ausência de sistematização de busca ativa de pacientes adultos/idosos pós-alta.
Campo Belo	Informações repassadas a médica generalista. Ausência de sistematização de busca ativa de pacientes adultos/idosos pós-alta.
Fernanda	Ausência de sistematização de busca ativa de pacientes adultos/idosos pós-alta. Experiência recente anterior de tentativa de realização de visitas domiciliares por médica clínica. Processo interrompido com a saída da mesma da Unidade.
São Domingos	Visitas domiciliares de enfermeira de todos os casos de internação do Hospital Municipal Mário Gatti, decorrentes de causas cardiovasculares, há aproximadamente 1 ano e meio.

Fonte: entrevistas realizadas com gestoras dos respectivos Centros de Saúde, 2011

Gestoras dos CS Faria Lima e Figueira referiram o Núcleo de Saúde Coletiva enquanto espaço utilizado para análise destas internações, bem como desencadeamento de ações. No CS Faria Lima, a acupuntura foi apontada como oferta freqüente aos usuários que tenham sofrido acidentes vasculares encefálicos, de forma, que, segundo a entrevistada, a unidade contabilizava resultados interessantes junto a este público. No CS Figueira, foi mencionada dificuldade de funcionamento do Núcleo de Saúde Coletiva, e também foi apontada a escassez de agentes comunitários de saúde como limitador de desencadeamento de ações, tal como a realização de visitas domiciliares aos indivíduos em seus pós-altas.

A gestora do CS São Domingos relatou a ocorrência de visitas domiciliares sistemáticas de enfermeiro a todos os casos de pós-alta, provenientes do Hospital

Municipal Mário Gatti, de usuários que tivessem sido internados por doenças cardiovasculares. Esta foi a única unidade que relatou tal rotina, ainda que limitada por grupos diagnósticos e serviço de internação, de busca ativa, através de visitas domiciliares, deste perfil de pacientes. Todos os demais serviços referiram ausência de rotina de busca ativa destes indivíduos.

No CS Fernanda, novamente a entrevistada remonta a cenário anterior de tentativas de ações neste sentido, que, porém, foram paralisadas posteriormente, a partir da saída de médica clínica que trabalhava no Centro de Saúde. No CS Campo Belo, a gestora refere repassar tais informações à médica generalista, entretanto, sem que isso necessariamente desencadeie ações do serviço junto a este público.

É preciso contextualizar que, conforme informações repassadas pelas gestoras dos serviços, mensalmente cada unidade recebe uma planilha eletrônica, repassada pela Coordenadoria de Informação e Informática da Secretaria Municipal de Saúde, contendo informações sobre indivíduos que tivessem sido internados no período do último mês. Cada serviço recebe mensalmente, por correio eletrônico, planilhas com informações das internações apenas de moradores de suas respectivas áreas de abrangência. Dentre as informações contidas de cada indivíduo internado estão: nome, endereço, idade, data de internação e de alta, diagnóstico primário e secundário da hospitalização (dado através da CID-10) e hospital da internação.

Estas eram, portanto, as informações a que se referiam as gestoras ao responderem a esta pergunta das entrevistas realizadas.

Todas demonstraram percepção da importância de desenvolvimento de ações pelo serviço a partir destes dados. Entretanto, em sua maioria, mesmo dentre aquelas que referiram o desenvolvimento alguma atividade, tal qual problematizações no Núcleo de Saúde Coletiva, manifestaram o desejo de desencadeamento de maiores ações neste sentido. Tais ações apontavam para a aproximação dos serviços a estes pacientes, buscando a compreensão dos motivos das internações, bem como o desencadeamento de cuidados adequados a suas reabilitações e melhorias de suas qualidades de vida, buscando-se, inclusive, evitar episódios futuros de hospitalizações.

Apesar disso, as entrevistadas, em sua maioria, citaram dificuldades no processo de priorização destas ações, na rotina dos serviços, apontando a escassez de trabalhadores como fator limitante principal.

Ao final das entrevistas, as gestoras foram questionadas sobre suas percepções relativas aos cuidados em saúde desenvolvidos em seus respectivos serviços, voltados a usuários portadores de doenças crônico-degenerativas. Foi pedido que elas apontassem aspectos relacionados que julgassem positivos e negativos. A tabela 16 demonstra condensado das respostas obtidas.

Enquanto aspectos positivos, em linhas gerais, as gestoras citaram os esforços, bem como as organizações de arranjos, realizados pelas equipes no processo de busca de adequação e otimização de ofertas a este perfil de usuários.

Tabela 16. Avaliação da gestão local dos cuidados em saúde desenvolvidos na Unidade voltados a usuários portadores de doenças crônico-degenerativas - Aspectos positivos e negativos.

Centro de Saúde	Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
Faria Lima	Processos de melhorias nos últimos 2 anos, desde quando assumiu a gestão da Unidade. Acredita que com a aposentadoria de parte dos funcionários, ocorrem processos de mudança interessantes que acarretam melhor assistência à população.	Sensação de estar aquém da demanda. Profissionais antigos pouco permeáveis a mudanças. Dificuldades que se encontram fora da governabilidade local (falta de medicamentos/insumos).
Figueira	Priorização de vagas nas agendas voltadas a pacientes hipertensos e diabéticos. Classificação de risco e a realização dos grupos.	Retornos não padronizados. Pouco envolvimento da equipe de auxiliares de enfermagem. Falta de profissionais de algumas categorias. Dificuldade de monitoramento destes casos (busca ativa dos faltosos), que é feita, porém de maneira insatisfatória. Restrição de agenda médica clínica na unidade, frente à demanda existente.
Santa Odila	Compromisso da equipe em relação aos usuários portadores de doenças crônicas. A equipe acolhe os pacientes e tenta ofertar o que é possível, buscando priorização.	Falta de ofertas, o que gera angústia à gestão e às equipes. Percepção de que as ofertas deveriam ser melhores. Baixa oferta de consultas médicas clínicas ambulatoriais para este público.
Campo Belo	A equipe acolhe os pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas e busca ofertar cuidados, apesar das dificuldades estruturais existentes (principalmente a falta de profissionais).	Falta de profissionais, sobrecarga dos trabalhadores, percepção de adoecimento dos funcionários. Agressividade e combatividade da população frente às ofertas insuficientes do serviço.
Fernanda	Empenho da equipe a despeito das dificuldades existentes.	Inviabilidade da busca ativa no território. Unidade disponível prioritariamente à demanda espontânea da população. Percebe relação direta entre a assistência inadequada aos usuários e a falta de profissionais na Unidade.
São Domingos	Otimização das ofertas do serviço frente às possibilidades e demandas existentes. Organização da trajetória do usuário dentro da Unidade. Responsabilização dos profissionais por este perfil de usuários em diferentes setores do serviço.	Ofertas insuficientes tanto dentro do serviço quanto na região como um todo, apontando uma carência de equipamentos públicos de lazer, esporte, cultura. Consultas médicas prioritizadas (principalmente nos casos de maior risco) e o mesmo nas consultas de enfermagem, ocasionando restrição de acesso às consultas individuais. Impossibilidade de adequar os protocolos municipais de cuidado aos pacientes crônicos.

Fonte: entrevistas realizadas com gestoras dos respectivos Centros de Saúde, 2011

Chama atenção a fala da gestora do CS Faria Lima, ao apontar o processo de aposentadoria de funcionários e a chegada de novos profissionais, enquanto aspecto positivo. Ressalta este processo de renovação enquanto possível saída para a viabilização de ações planejadas. Segundo a entrevistada, os novos funcionários chegam à unidade com maior permeabilidade e ânimo para a realização de ações que desencadeiem mudanças positivas em relação ao cuidado da população assistida; enquanto os profissionais mais antigos demonstram maior resistência à implementação de ações que ocasionem mudanças à rotina do serviço.

A busca de compreensão desta situação passa por uma contextualização da unidade que existe já há muitos anos, e que, muito provavelmente apresenta diversos processos de trabalho internos consolidados, e que, inclusive, possivelmente, remontam à implementação de um modelo anterior ao atualmente preconizado pela Secretaria Municipal de Saúde. É certo que tal questão merece maior aprofundamento.

A mesma gestora, ao apontar os aspectos que considera negativos, cita novamente dificuldades existentes junto aos profissionais antigos que trabalham no serviço, devido à pouca permeabilidade destes a mudanças propostas. Além disso, apontou dificuldades que fogem da governabilidade local, tal qual a freqüente falta de medicamentos e demais insumos. Também relata a sua sensação constante de perceber o desenvolvimento de ações locais voltadas a estes pacientes como aquém das demandas existentes.

Este último quesito, se mostrou uma constante nas demais entrevistas, tendo sido manifestado pelas gestoras enquanto insuficiência de recursos,

principalmente de trabalhadores, frente às necessidades encontradas nos respectivos territórios adscritos. Novamente, aparece com grande intensidade a falta de médicos generalistas e clínicos como limitador considerado central, ocasionando a restrição de acesso a consultas ambulatoriais e a inviabilidade de garantia de retornos conforme protocolos preconizados.

Dois serviços citam cenários locais de impossibilidade de monitoramento e busca ativa, ações que julgam necessárias, a este grupo de usuários, atribuindo este fato, outra vez, à falta de profissionais.

A gestora do CS Santa Odila fala da angústia gerada à gestão local e aos trabalhadores neste cenário de escassez de recursos a serem disponibilizados, frente às demandas existentes. Neste mesmo sentido, a gestora do CS Campo Belo fala do adoecimento dos funcionários que se encontram no cotidiano do serviço, atribuindo tal processo à sobrecarga de trabalho, além da agressividade da população assistida, frente às ofertas insuficientes.

Por último, a gestora do CS São Domingos, chama atenção para a insuficiência, e, em algumas situações ausência, de demais equipamentos públicos promotores da saúde, tais como aqueles voltados ao lazer, esporte e cultura.

6.3 Epidemiologia e Planejamento em Saúde: Correlações

Dadas as informações obtidas junto às gestoras através das entrevistas, bem como as análises e reflexões feitas até aqui neste capítulo, buscar-se-á, na seqüência, correlações com as análises realizadas no capítulo anterior.

Primeiramente, é preciso ressaltar que o período de ocorrência das internações contidas no banco de dados estudado (01 de julho de 2009 a 30 de junho de 2010), é diferente do momento em que as entrevistas ocorreram (2011). Portanto, tendo em vista tal diferença de tempos, bem como a busca de possíveis correlações entre os modos de funcionamentos dos serviços e as taxas de internações pelas condições sensíveis à atenção primária selecionadas, há de se buscar resgatar informações acerca das organizações dos serviços em momentos prévios aos das entrevistas.

Neste sentido, dentre os Centros de Saúde do eixo sul-sul, o CS Campo Belo, unidade que apresentou número de internações, de acordo com os parâmetros estabelecidos, estatisticamente maior que quatro dos demais serviços, vem de uma história recente de dificuldades no processo de desenvolvimento de suas ações. Segundo a gestora entrevistada, nos últimos dois anos, o serviço tem enfrentado expressiva falta de médicos clínicos e generalistas, além de funcionários da equipe de enfermagem. Estas foram as categorias profissionais em falta no período que a gestora mais enfatizou durante a entrevista.

Relata ainda que tal situação apresentou alguma melhora com a chegada de uma médica generalista em abril de 2011, e que continuava trabalhando na unidade até aquele momento. Entretanto, a gestora frisa a saída próxima da

profissional por motivo de licença gestante, por período de 6 meses, sendo que, até aquele momento, não existia perspectiva de chegada de substituto para o período.

Além disso, no que se refere ao tempo de desenvolvimento das atividades voltadas a portadores de doenças crônico-degenerativas, chama atenção o início recente de ações tais como cadastro e classificação de risco destes usuários, bem como a realização de grupo voltado a hipertensos e diabéticos. Desta forma, as ofertas do serviço durante o período de estudo das internações parecia se resumir a consultas médicas, de acordo com as possibilidades à época, ou seja, com prováveis restrições importantes de acesso.

Chama atenção, ainda, o fato da inexistência, até o momento da entrevista, de consultas ambulatoriais de enfermeiros voltadas a este perfil de pacientes.

Os apontamentos relativos ao CS Campo Belo referentes às dificuldades de desenvolvimento de cuidados destinados a portadores de doenças crônico-degenerativas, possivelmente se configuram como hipótese explicativa para o alto número encontrado de internações, estatisticamente maior, inclusive que aquele demonstrado em unidade vizinha (CS Fernanda), que apresenta perfil populacional, sob diversos aspectos, bastante semelhante.

Em relação ao CS Fernanda, em diversos momentos da entrevista, a gestora local se remete a experiências anteriores que julgava exitosas, referindo centralidade de médica clínica na implementação destes processos. Desta forma referiu boas experiências em relação a grupo de hipertensos e diabéticos, classificações de risco de pacientes em acompanhamento no serviço e daqueles que eram encaminhados para consultas especializadas, definição de projetos

terapêuticos de acordo com as necessidades dos usuários e trabalho multiprofissional.

A gestora relata a saída desta profissional em julho de 2010, e, desde então, aponta um cenário desfavorável que teria inviabilizado a continuidade dos projetos desenvolvidos por esta clínica, uma vez que, até o momento da entrevista (8 meses depois) ainda não havia ocorrido a reposição da vacância ocorrida. Vale lembrar que, conforme já descrito anteriormente, tal serviço conta com apenas uma única equipe de referência.

Segundo a gestora local, desde a saída da clínica em 2010, alguns médicos clínicos, com poucas horas semanais, haviam passado pela unidade. Com isso, o que se conseguia manter, apesar da dificuldade, eram as consultas médicas ambulatoriais aos pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas.

Tendo em vista o número de internações encontrado dentre moradores da área de abrangência desta unidade, número este semelhante ao encontrado no CS São Domingos, é possível ser levantada a hipótese de que este dado consistia em impacto positivo das ações desencadeadas no serviço, à época, sobre a saúde da população estudada.

Tal hipótese poderia ser reforçada, ou não, através de estudos que demonstrassem as tendências destas internações por um período maior, incluindo períodos posteriores ao deste estudo.

Ainda dentre as unidades do eixo sul-sul, a partir dos relatos da gestora do CS São Domingos, é possível inferir a existência de processos de trabalho, pelo menos no que tange aos cuidados ao público foco deste estudo, mais consolidados do que nas outras duas unidades do mesmo eixo. Isto

provavelmente se deve ao fato do serviço existir desde 1997 e possuir menor escassez e rotatividade de profissionais, inclusive médicos, sendo chamativo o fato de que, em uma das equipes, um generalista trabalha neste Centro de Saúde há cerca de 6 anos. Como já mencionado, no entanto, também existe neste serviço, segundo informações da gestora, dificuldades no quesito escassez de profissionais. Porém, este fator apareceu na entrevista com menor intensidade do que aqueles presentes às entrevistas com as gestoras dos CS Campo Belo e Fernanda.

Já dentre os Centros de Saúde do eixo sul-leste, conforme análises já realizadas, destacou-se o elevado número de internações ocorrido dentre moradores da área de abrangência do CS Figueira, tendo sido este estatisticamente maior do que aqueles encontrados nos CS Faria Lima e Santa Odila.

Buscando correlações com informações das entrevistas, diferenças entre este serviço e as outras duas unidades podem ser apontadas. A primeira delas se refere ao número de pessoas adscritas por equipe de referência, que foi de 9 mil neste serviço, sendo, portanto maior que o encontrado nas outras duas unidades. Além disso, o CS Figueira foi o que apresentou o maior déficit de agentes comunitários de saúde, de forma que existia um agente, também, para um valor aproximado de 9 mil habitantes.

Entretanto, em relação aos demais quesitos abordados, não parece haver grandes discrepâncias entre as organizações dos cuidados em saúde voltados ao perfil de usuários foco desta pesquisa.

Novamente, é necessário pontuar, que configura-se como viés desta pesquisa, a utilização de banco de dados de internações que ocorreram exclusivamente através do SUS, o que, por conseguinte, não inclui as hospitalizações ocorridas através do setor privado (convênios e desembolso direto). A agregação do número das internações ocorridas em serviços particulares, respeitando os recortes metodológicos utilizados neste estudo, seria de grande valia para complementação desta pesquisa. Tal complementação provavelmente teria maior valor no processo de compreensão dos objetos deste estudo nas áreas das unidades do eixo sul-leste, tendo em vista as melhores condições sócio-econômicas das populações moradoras destas regiões, e o número provavelmente maior de moradores possuidores de planos privados de saúde.

Considerando o caráter exploratório desta pesquisa, as buscas de correlações realizadas até aqui objetivam primariamente o desencadeamento de reflexões acerca de processos de gestão em saúde, tendo enquanto referenciais dados e análises epidemiológicas.

Porém, para além disso, é necessária a clareza de que, em se tratando de uma política pública, a implementação da atenção primária à saúde no contexto do SUS também deve ser compreendida enquanto produto de projetos, inclusive políticos, em constante disputa. Tal reflexão mostra-se necessária neste estudo.

Neste sentido, merecem ser ressaltadas algumas informações recorrentes obtidas junto às gestoras das unidades pesquisadas, quais sejam, a escassez de profissionais no cotidiano dos serviços, dimensionamentos de Centros de Saúde e equipes de referência com grandes disparidades em relação ao preconizado pela

política nacional de atenção básica, bem como os conseqüentes e perceptíveis distanciamentos dos princípios e diretrizes preconizados para a atenção primária.

Com isso, parece ficar claro o atual cenário de ausência de priorização, no âmbito do governo municipal, da busca da efetiva implementação deste “nível” de atenção do SUS. E que parece, de acordo com as falas das entrevistadas, vir de um processo de pelo menos um par de anos.

Tendo em vista tal constatação, e novamente pontuando que tal política é fruto de projetos em disputa, há de se buscar fortalecer movimentos, junto a setores da sociedade, em prol da defesa da atenção primária à saúde e do SUS como um todo. Para tanto, o aprofundamento do conhecimento desta política em suas bases legais e conceituais, bem como do cotidiano de seu funcionamento, deve servir de instrumento para o desencadeamento de ações visando à sua efetiva implementação enquanto política pública que viabilize o direito à saúde.

6.4 Os Analisadores: Contribuições da Análise Institucional

Na seqüência deste texto, considerando o exposto até aqui, será utilizado o conceito de analisador, proveniente da Análise Institucional, enquanto disparador de processo de busca de aprofundamento de algumas análises e reflexões realizadas que se mostraram relevantes no decorrer desta pesquisa.

De acordo com René Lourau, a partir do conceito desenvolvido por Félix Guattari, “dar-se-á o nome de analisador àquilo que permite revelar a estrutura da instituição, provocá-la, forçá-la a falar” (LOURAU, 1975, p. 284).

L'Abbate (2004), por sua vez, ao discorrer sobre o conceito em questão defende que “de forma geral, o efeito do analisador é sempre o de revelar algo que permanecia escondido, de desorganizar o que estava, de certa forma, organizado, de dar um sentido diferente a fatos já conhecidos” (L'ABBATE, 2004, p. 82).

Seguindo esta linha de raciocínio, e considerando os analisadores surgidos durante o estudo, há de se esperar uma gama de problematizações a partir de informações levantadas e análises realizadas, de forma a possibilitar processos de desconstrução que apontem para outros de construção.

Neste sentido, uma série de fatores se revelaram importantes analisadores das dificuldades apresentadas no processo de implementação de cuidados voltados a portadores de doenças crônico-degenerativas nos serviços estudados.

Tais analisadores surgiram de maneira recorrente durante as entrevistas realizadas, consistindo na freqüente falta de profissionais nas equipes de referência em suas diferentes categorias, nas inadequações dos quantitativos populacionais adscritos às unidades e às equipes, bem como demais fatores que se configuraram em elementos dificultadores à implementação de cuidados preconizados a este público, de acordo com os direcionamentos da política nacional de atenção básica.

Também revelou-se analisador o modo de inserção do profissional médico nas equipes de referência, em particular de generalistas e clínicos, dados os recortes deste estudo, tendo em vista os apontamentos freqüentes de seu distanciamento dos demais trabalhadores e da gestão local.

Este fator, para além da escassez destes profissionais, demonstrou-se analisador das dificuldades apontadas no contexto de implementação da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade do trabalho em saúde nos cotidianos dos serviços. Vale ressaltar que tal limitação também configura-se em dificuldade no processo de construção das ações preconizadas nos Centros de Saúde pesquisados.

É importante mencionar, entretanto, que tal analisador, para além das informações obtidas neste estudo, deve ser compreendido à luz de diversos outros fatores, tais como o amplo processo de constituição do poder biomédico nas sociedades modernas, o processo histórico de inserção do profissional médico nos sistemas de assistência à saúde, o perfil da formação médica na atualidade no Brasil, dentre outros. Tal busca de compreensão configura-se em importante linha de pesquisa, dado seu potencial de construção de importantes contribuições neste sentido.

Voltando à centralidade, percebida neste estudo, das dificuldades nos processos de concretização das ações voltadas ao cuidado de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, há de buscar-se fazer referência a um contexto mais ampliado de análise.

Conforme já mencionado anteriormente, as políticas públicas de saúde devem ser compreendidas frente a um cenário de projetos em disputa na sociedade. Desta forma, a percepção dos entraves mencionados pelas gestoras entrevistadas, devem ser compreendidos à luz de fatos e percepções que influenciam o processo de implementação desta política.

Sendo assim, é plausível o entendimento dos impactos dos rumos políticos adotados, em suas diferentes esferas, enquanto analisador, também, das dificuldades mencionadas existentes nos cotidianos dos serviços pesquisados.

Primeiramente parece evidente a ausência de real comprometimento governamental local no sentido da efetiva implementação da atenção primária à saúde, pelo menos dentre as unidades estudadas. Esta parece ser a mais óbvia explicação para o cenário de ausência de adequações mínimas, porém múltiplas existentes, para a efetivação deste âmbito do SUS.

Tal constatação deve ser remetida a um conjunto maior de reflexões. Uma delas, e talvez a mais importante de todas, é a necessidade de compreensão das políticas públicas brasileiras, conforme suas premissas legais, enquanto políticas que prevêm o exercício do papel do Estado brasileiro sob perspectivas fortemente contra-hegemônicas, dado o cenário social existente.

São claros, neste sentido, os múltiplos conflitos de interesses de diferentes seguimentos da sociedade. É notório que, o SUS, conforme seus princípios e diretrizes, tende a polarizar-se aos interesses privatistas intrínsecos à economia de mercado, ao individualismo preconizado pela sociedade capitalista, à fragmentação do cuidado em saúde pregado por organizações de categorias profissionais, indústrias farmacêuticas e de equipamentos, dentre outros.

E é neste cenário de hegemonias e contra-hegemonias que se encontram os indivíduos inseridos no processo de implementação do SUS: governantes, gestores, trabalhadores, prestadores e conveniados do SUS, cidadãos, enfim, diversos setores da sociedade, que, em maior ou menor grau encontram-se envolvidos na construção desta política.

Tendo em vista os múltiplos interesses, inclusive os hegemônicos, que permeiam a efetivação de políticas, é esperado que o processo de construção daquelas do setor saúde ocorram de maneira tensa, dadas as contradições e disputas que lhe parecem inerentes. Dado isto, há de se esperar o alcance de produtos que podem se aproximar mais ou menos de princípios, diretrizes e modelos organizacionais legalmente embasados, a depender do complexo conjunto de relações neste cenário.

Assim, cabe ressaltar novamente a grande relevância de investigações desta natureza, bem como de seus aprofundamentos, de forma a buscar a viabilização do fortalecimento de movimentos que tensionem à favor da efetivação da construção do sistema público de saúde brasileiro, inclusive no seu âmbito da atenção primária à saúde, conforme suas premissas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados apontados, bem como toda a exposição feita até aqui, pareceu desenhar-se, durante a pesquisa, cenário de possibilidades de claras percepções de inter-relações entre as perspectivas de análises realizadas.

Tais possibilidades pareceram ter sido construídas através da busca ocorrida de “grande mistura” de conhecimentos provenientes do Campo da Saúde Coletiva.

Assim, a utilização de indicador epidemiológico relativo a hospitalizações, os apontamentos de características sócio-demográficas de áreas de abrangência dos serviços de atenção primária selecionados, a realização de entrevistas semi-estruturadas junto às gestoras das mesmas unidades, bem como as contextualizações teóricas das informações obtidas, a partir dos referenciais do planejamento em saúde e da análise institucional, mostraram-se ferramentas metodológicas férteis no processo de constituição desenvolvido.

Estudos que busquem o real “entrelaçamento” de conhecimentos originados do, já citado, “tripé” da Saúde Coletiva, composto pela epidemiologia, planejamento e gestão em saúde, e ciências sociais, configura-se em estratégia que parece apontar para uma ampla riqueza de potentes análises no contexto de produção científica nesta área.

No que diz respeito, especificamente, à metodologia empregada nesta pesquisa, a utilização do indicador “internações por condições sensíveis à atenção primária” desempenhou papel interessante enquanto disparador inicial do estudo. Entretanto, conforme já explicitado anteriormente, configuraram-se em limitações existentes o curto período analisado (um ano), bem como a restrição das

informações utilizadas àquelas originadas de hospitalizações ocorridas em serviços do SUS e conveniados.

Desta forma, pesquisas que agreguem maior tempo de observação do “comportamento” deste indicador, bem como a inclusão de informações de internações do setor privado da saúde, são potenciais possibilidades de aprofundamento de questões abordadas nesta dissertação. Para tanto, séries históricas mais longas, bem como a realização de coortes prospectivas poderiam servir de arranjos metodológicos, permitindo melhor qualificação das correlações junto aos processos de gestão ocorridos nos mesmos períodos em unidades de atenção primária à saúde.

Tendo em vista tal proposta metodológica, igualmente, haveria de se considerar processos de gestão ocorridos em períodos também mais prolongados de tempo.

Neste sentido, a utilização do indicador em questão parece mostrar-se ferramenta útil no processo de acompanhamento e avaliação da atenção primária em dado sistema de saúde. Isto se deve, primariamente, à sua característica intrínseca de desencadeamento de inferências avaliativas deste “nível” de atenção, sob as perspectivas do acesso dos usuários e da qualidade dos cuidados desempenhados.

Uma última consideração a ser feita se refere aos freqüentes apontamentos realizados pelas gestoras entrevistadas da existência de entraves cotidianos nos Centros de Saúde pesquisados, ocasionando impactos diretos aos processos de trabalho postos em prática, bem como às ações em saúde desempenhadas.

Tendo isto em vista, e buscando sua análise à luz de um último referencial teórico a ser utilizado neste estudo, os conceitos de instituição, instituído, instituinte e de institucionalização, provenientes da Análise Institucional, serão brevemente contextualizados e discutidos na seqüência deste texto.

Lourau (2004) defende a tese de que o instituído se caracteriza como a ordem estabelecida, o universal. Por outro lado, o instituinte tem o caráter de contestação e inovação. Já a institucionalização seria o processo de superação das contradições existentes entre o instituído e o instituinte.

Com isso, o conceito de instituição, segundo este autor, passa a ganhar uma dimensão de maior complexidade que a habitual. Lourau (1993) defende que instituição

(...) não é um conceito descritivo; não designa coisas passíveis de serem vistas, sólidas, concretas. Como tenho dito trata-se de um conceito produzido por (e para) análises coletivas. (...) A noção de instituição é um artifício, um modelo teórico que permite compreender o que se passa numa casa, escola, hospital, fábrica, bairro, cidade (desde que não muito grande), etc... etc... (LOURAU, 1993, p.61).

Dados estes conceitos, e buscando correlação com as análises feitas até aqui, a saúde pública brasileira deve ser compreendida enquanto uma instituição e, no que tange a seus preceitos legais, também deve ser entendida como algo instituído na atual sociedade brasileira.

Apesar disso, o presente estudo aponta para uma realidade de serviços “concretizadores” do SUS que parece distanciar-se, em grande medida, do que existe de instituído neste sentido. Ou seja, parece ainda estar afastado, pelo menos dentre as unidades pesquisadas, dos preceitos legais existentes no que se refere à efetiva implementação das políticas públicas de saúde.

Há de se fazer um parêntese para ressaltar que a atual legislação brasileira, no que se relaciona às políticas públicas de saúde, desenhou-se, à época de sua instauração, enquanto fruto de uma ampla gama de movimentos instituintes que ocasionaram memorável institucionalização na área, qual seja a constituição federal de 1988.

Além disso, apesar do reconhecimento do mencionado caráter instituído do SUS, deve também ser percebido seu caráter instituinte, tendo em vista sua permanente implementação. Permanente porque, primeiramente este ainda constitui-se em um jovem sistema, com pouco mais de 20 anos desde seu início; e, também, devido ao reconhecimento do trabalho em saúde enquanto “trabalho vivo em ato” (Mehry, 1998), potencial produtor de movimentos instituintes nos cotidianos dos serviços em que se inserem os profissionais da saúde.

Desta maneira, ao ser reconhecida tal dimensão instituinte existente no contexto de construção do SUS, todos os atores envolvidos neste processo devem ser compreendidos enquanto protagonistas de um complexo cenário onde são múltiplos, e por vezes contraditórios, os projetos em disputa. E, os resultados alcançados, em meio a tudo isto, como já dito anteriormente, podem se aproximar mais ou menos das diretrizes existentes.

O reconhecimento do caráter instituinte do SUS na atualidade dá movimento a este processo e aponta para diferentes possibilidades de construção. Por isso, há de se buscar o fortalecimento de movimentos junto aos mais diversos setores da sociedade, de modo que os caminhos a serem traçados tendam à aproximação do já instituído, e possibilitem a efetiva institucionalização do SUS.

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, M.E.; BONOLO, P.F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M.F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S.; OLIVEIRA, V.B.; SAMPAIO, L.F.R.; SIMONI, C.D. Internações por condições sensíveis à atenção primária: construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, 25(6): 1337-1349, junho, 2009.

ALPERT, J.; CHARNEY, E. The Education of Physicians for Primary Care. Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Health Resources Administration, 1974. (Pub. No. (HRA) 74 . 3113).

BARBIER, R.- O conceito de “implicação” na pesquisa-ação em ciências humanas, p. 105-128. In Pesquisa-ação na instituição educativa, Rio de Janeiro, Zahar, 1985.

BILHARINHO JR CR. O Lian Gong como prática instituinte de promoção da saúde no município de Amparo/SP [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União, Brasília, p. 70-71, 18 abr. Seção 1.

BRASIL. Constituição, 1988 – In: Legislação. Disponível em < <http://www4.planalto.gov.br/legislacao>> Acessado em: 14. dez. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990 – In: Legislação, Leis Ordinárias, 1990. Disponível em < <http://www4.planalto.gov.br/legislacao>> Acessado em: 14. dez. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.142, 28 de dezembro de 1990 – In: Legislação, Leis Ordinárias, 1990. Disponível em < <http://www4.planalto.gov.br/legislacao>> Acessado em: 14. dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, CNS. Resolução CNS nº 322/03, de 08 de maio de 2003 – In: Resoluções, 2003. Disponível em <www.conselho.saude.gov.br> Acessado em: 14. dez. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Morbidade Auto referida segundo o Vigtel, 2009 Cadastro de Portadores do SIS-Hiperdia, 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

CAMINAL, J.; MUNDET, X.; PONSÀ, J.A.; SÁNCHEZ, E.; CASANOVA, C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. Gac Sanit 2001; 15(2): 128-141.

CAMPOS, G.W.S. A reforma da reforma. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CAMPOS, G.W.S.; GUTIÉRREZ, A. C.; GUERRERO, A.V.P.; CUNHA, G.T. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família, p. 132-153. In: CAMPOS, G.W.S. e GUERRERO, A.V.P. (orgs.), São Paulo. Manual de Práticas de Atenção Básica Saúde Ampliada e Compartilhada. Ed. Hucitec, 2008.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2): 435-444, 2001.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 26(4): 693-705, abr, 2010.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde, p. 113-126 In: Pinheiro, R. e Mattos, R.A. Os sentido da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001.

DIAS-DA-COSTA, J.S.; BÜTTENBENDER, D.C.; HOEFEL, A.L.; DE SOUZA, L.L. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(2): 358-364, fevereiro, 2010.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2008; 11(4): 633-647.

FERNANDES, V.B.L.; CALDEIRA, A.P.; DE FARIA, A.A.; NETO, J.F.R. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 2009; 43(6): 928-936

HESS, R. Uma técnica de formação e intervenção: o jornal institucional. (J.I.) In: HESS, Remi & SAVOYE, Antoine, (org) *Perspectives de l'Analyse Institutionnelle*. Paris, Méridiens Klincksieck, 1988, p. 119-138. [Tradução de Lucia Cardoso Mourão, Ana Lucia Abrahão da Silva e Solange L'Abbate]

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1):265-274, 2003.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Educação em Saúde: um diálogo produtivo. *BIS*, dezembro, 2004: 6-9. [Boletim do Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo]

L'ABBATE, S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num Hospital Universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: RODRIGUES, H.B.C.& ALTOÉ, S. (Orgs) *Saúde e Loucura* nº 8, Análise Institucional, São Paulo, Hucitec, 2004: 79-99.

L'ABBATE, S. *Direito à Saúde. Discursos e práticas na construção do SUS*. São Paulo, Hucitec, 2010. 283 p.

LOURAU, R. *A análise institucional*. Petrópolis, Vozes, 1975.

LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (org) *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo, Hucitec, 2004, p. 186-198, (2004)

LOURAU, R. Implicação-transdução. In: ALTOÉ, S. (org) *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo, Hucitec, 2004, p. 212-223, (2004a)

LOURAU, R. *René Lourau na UERJ: Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro, UERJ, 1993. *Mnemosine*, vol 3, nº 2, 2007. Disponível em: www.cliopsyche.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/issue/view/20

MARQUES, R.M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores e ao princípio da integralidade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 163-171, 2002.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da Saúde, p.103-120. In CR Campos, et al. (orgs.), *São Paulo. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público*. Ed. Xamã, 1998

MERHY, E.E. e ONOCKO, R.T. (orgs.). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set/1993.

NEDEL, F.B.; FACCHINI, L.A.; MARTÍN-MATEO, M.; VIEIRA, L.A.S.; THUMÉ, E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). Revista de Saúde Pública, 2008; 42(6): 1041-1052.

NEDEL, F.B.; FACCHINI, L.A.; MARTIN, M.; NAVARRO, A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 19(1): 61-75, jan-mar 2010.

SANTOS, NR. Prestação de contas na gestão da saúde em Campinas. Saúde em Debate, nº 21, junho, 1988, pp. 7-9

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Cap 1 (pp. 19-42). Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002

STARFIELD, B. Integralidade da atenção: quem deveria oferecer o que. Cap 10 (pp. 313-364). Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

ANEXOS

Anexo I

Roteiro de Entrevistas aos Gestores de Centros de Saúde

São realizadas atividades de promoção e prevenção à saúde na Unidade voltadas a doenças crônico-degenerativas em adultos/idosos? Se sim, qual (is) e como é a rotina de funcionamento desta(s) atividade(s)?

Como está estruturado o manejo ambulatorial dos pacientes com doenças crônicas na Unidade (com especial atenção aos hipertensos e diabéticos)?

Estes pacientes estão cadastrados no Centro de Saúde?

É realizada alguma forma de classificação de risco?

Em caso positivo, a partir de qual(is) referencial(is)?

O seguimento ambulatorial é realizado por qual(is) profissional(is)? Com qual periodicidade?

Qual o tempo médio de espera para agendamento ambulatorial em consultas especializadas em cardiologia, oftalmologia, nefrologia, endocrinologia, neurologia, fisioterapia? Existem formas de classificação de risco para os encaminhamentos realizados na Unidade? Em caso positivo, quais profissionais são responsáveis por esta classificação e quais são os parâmetros/referenciais utilizados?

As informações relativas às altas hospitalares de pacientes moradores da área de abrangência do Centro de Saúde desencadeiam ações/processos de trabalho na rotina da Unidade? Se sim, quais?

Qual o quantitativo de população por área de abrangência de cada equipe? Como está dividida por faixa etária (incluindo população com 60 ou mais anos de idade)?

Qual o número de equipes na unidade? Qual a composição de cada uma delas?

Existe equipe matricial no Centro de Saúde? Se sim, qual sua composição?

As equipes encontram-se atualmente completas?

Como tem sido o histórico de composição das equipes nos últimos 2 anos? Em caso de falta de profissionais, qual categoria profissional tem sido mais ausente?

Como você avalia os serviços prestados pelo Centro de Saúde aos pacientes com doenças crônico-degenerativas? Aponte aspectos que julgue positivos e negativos, explicando as razões.

Anexo II



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa de Mestrado intitulada **“Internações por Condições Sensíveis à atenção Primária: Uma análise da atenção à saúde de usuários com 60 ou mais anos de vida portadores de doenças crônicas em Centros de Saúde de Campinas”**, que tem por objetivo identificar e analisar as ações da atenção básica em 06 Centros de Saúde do município de Campinas voltadas a usuários com 60 ou mais anos de idade portadores de doenças crônico-degenerativas.

Declaro estar ciente que a Pesquisa será desenvolvida por pesquisador, estudante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, no DMPS/FCM/UNICAMP, nível mestrado, nos Centros de Saúde Santa Odila, Figueira, Faria Lima, São Domingos, Campo Belo e Fernanda (Distrito Sul), junto a pacientes que tenham estado internados no Hospital Municipal Dr. Mario Gatti, a partir da aplicação do indicador “internações por condições sensíveis à atenção primária” e realização de grupos focais; coleta de informações das unidades selecionadas junto a seus respectivos gestores e grupos focais com trabalhadores, sob a orientação da Professora Doutora Solange L'Abbate.

Campinas, 13 de setembro de 2010


JOSE FRANCISCO KERR SARAIVA
Secretário Municipal de Saúde

Anexo III



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 26/10/10
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 967/2010 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAEE: 5245.0.000.146-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS COM 60 OU MAIS ANOS DE VIDA PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS EM CENTROS DE SAÚDE DE CAMPINAS".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Luiz Carlos Cantanhêde Fernandes Junior

INSTITUIÇÃO: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

APRESENTAÇÃO AO CEP: 06/10/2010

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 26/10/11 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II - OBJETIVOS

Identificar e analisar as ações da atenção básica em 6 centros de saúde de Campinas, voltadas a usuários com 60 anos ou mais, portadores de doenças crônico degenerativas, a partir da aplicação do indicador "internações por condições sensíveis à atenção primária", coleta de informações das unidades selecionadas junto a seus respectivos gestores e realização de grupos focais com usuários e trabalhadores da saúde.

III - SUMÁRIO

Analisar as relações existentes entre o perfil de internações de indivíduos com 60 ou mais anos, moradores de áreas de abrangência de diferentes CS do município de Campinas. Um banco de dados será solicitado à Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, contendo o conjunto de pacientes com 60 ou mais anos de vida que tenham sido internados no período de 01 de julho de 2009 a 30 de junho de 2010 por pelo menos um dos diagnósticos anteriormente citados e que sejam moradores dos respectivos CS. As informações levantadas serão referenciadas ao território de descrição de cada Unidade e cruzadas com demais informações relativas aos respectivos perfis epidemiológicos das diferentes áreas. Serão realizados, ainda, grupos focais com a participação de pacientes que tenham sido internados de acordo com as condições das pesquisas, moradores das áreas de abrangência de 2 CS escolhidos: Os CS Santa Odila e o São Domingos. Também serão realizados grupos focais com trabalhadores dos mesmos CS, diretamente envolvidos no desenvolvimento de ações voltadas ao cuidado de pacientes com doenças crônico-degenerativas, e com trabalhadores de um hospital escolhido, o H. Municipal Mário Gatti. Posteriormente, as informações encontradas e suas correlações, serão analisadas sob a perspectiva da análise temática.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Projeto com objetivos claros e fundamentados, que visa uma análise mais aprofundada no que se refere ao desenvolvimento de ações específicas voltadas a um conjunto de pacientes usuários

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



do SUS de Campinas (portadores de doenças crônico-degenerativas, com 60 ou mais anos de idade). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, está adequadamente redigido, bem como a Folha de Rosto/CONEP está corretamente assinada pelo secretário municipal de Saúde e pelo chefe do DMPS da FCM/UNICAMP.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

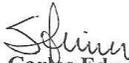
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando à parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO

Homologado na X Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de outubro de 2010.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP

Anexo IV

PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008.

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o estabelecido no Parágrafo único, do art. 1º, da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política;

Considerando a Estratégia Saúde da Família como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

Considerando o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em vários países;

Considerando as listas de internações por condições sensíveis à atenção primária existentes em outros países e a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional;

Considerando a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família; e,

Considerando o resultado da Consulta Pública nº 04, de 20 de setembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, Página 50, Seção 1, com a finalidade de avaliar as proposições apresentadas para elaboração da versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, resolve:

Art. 1º - Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Parágrafo único - As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Art. 2º - Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA
SECRETÁRIO

ANEXO

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,1	Tuberculose miliar	A19
1,1	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,1	Outras Tuberculoses	A18
1,1	Febre reumática	I00 a I02
1,1	Sífilis	A51 a A53
1,1	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13

6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30

15,5	Uretrite	N34
15,6	Infeção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infeção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infeção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0