

FGV / EBAPE - FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE
EMPRESAS

Luciano Vasconcellos Quinellato

A DIRETRIZ DE HIERARQUIZAÇÃO DO SUS:
mudando a antiga perspectiva do modelo médico-
assistencial privatista.

Rio de Janeiro

2009

FGV / EBAPE - FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE
EMPRESAS

Luciano Vasconcellos Quinellato

A DIRETRIZ DE HIERARQUIZAÇÃO DO SUS:
mudando a antiga perspectiva do modelo médico-
assistencial privatista.

Dissertação apresentada ao curso Master
in International Management da Fundação
Getúlio Vargas como requisito necessário
para a obtenção do grau de **Mestre** em
International Management.

Rio de Janeiro

2009

Luciano Vasconcellos Quinellato

A DIRETRIZ DE HIERARQUIZAÇÃO DO SUS:
mudando a antiga perspectiva do modelo
médico-assistencial privatista.

Dissertação apresentada ao curso Master in International Management da Fundação Getúlio Vargas como requisito necessário para a obtenção do grau de **Mestre** em International Management. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Professor Paulo Roberto de Mendonça Motta

Orientador - EBAPE

Professora Maria Celina Soares D'Araujo

Externa - FGV

Professor José Cezar Castanhar

Interno - EBAPE

Rio de Janeiro, 25 de agosto de 2009.

Dedico esse trabalho a todos aqueles que lutam em prol de um sistema de saúde mais humanitário e mais resolutivo que possa efetivamente promover a saúde e atuar na prevenção e no bem estar da população.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais João Quinellato e Marília Vasconcellos Quinellato e à minha noiva Roberta Harumi Ueda, que sempre estiveram ao meu lado me dando apoio e força para seguir em frente.

À Dra. Márcia Dorcelina Cardoso, médica pediatra e professora de Saúde Coletiva da Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda, pela enorme ajuda e disponibilidade oferecida.

Ao Professor Paulo Roberto de Mendonça Motta, meu orientador, pelas orientações e disponibilidade oferecida.

À Maria Alcina Costa Gomes, secretária do Professor Paulo Motta, pelo carinho e dedicação.

Aos meus amigos e colegas que me ajudaram e me apoiaram nesse longo caminho de estudos que foi trilhado.

*“O que importa não é a força com que
você bate, mas sim o quanto você
agüenta apanhar e continuar lutando.”*

Autor desconhecido

RESUMO

O Sistema Único de Saúde foi criado em 1988, época em que vigorava no Brasil, um modelo de saúde hospitalocêntrico. Tal modelo era curativo, centrado na doença, e distribuído geograficamente em locais-chave. O acesso dava-se de forma desordenada, causando grande insatisfação da população e enormes gastos por se tratar de complexos hospitalares de alta tecnologia. Buscando uma contrapartida a esse modelo, o SUS criou, entre outros princípios e diretrizes, a diretriz da hierarquização a qual segmentou o sistema de saúde em níveis de complexidade. Os principais objetivos foram aumentar a abrangência do atendimento médico, otimizar sua prática e proporcionar qualidade aos usuários, além de reduzir os custos para o Estado. O modelo foi bem estruturado e beneficiou enormemente a saúde pública, mas ainda enfrenta desafios como os altos custos, a ineficácia da atenção básica, a heterogeneidade do serviço e as dificuldades de fluxo pelos níveis de atenção. Estes estão em constante aprimoramento para que o SUS funcione efetivamente e garanta saúde e qualidade de vida a todos os brasileiros.

PALAVRAS-CHAVE

Modelo Hospitalocêntrico; Diretriz de Hierarquização; Sistema Único de Saúde; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The Sistema Único de Saúde was created in 1988, while Brazilians were facing a hospital-centric health model. This model was curative, focused on illness and geographically distributed in key-places. The access to the system was unordered, the users were highly dissatisfied and the costs to the government were enormous because of the hospitals high technology. Looking for a solution to this model, SUS created, among other principals and guidelines, the hierarchyzation, which divided the health system in levels of complexity. The main targets were to increase the amount of ready to use medical services, to optimize the practice, to improve the quality of the services and to reduce the costs for the government. The model was well structured and benefited public health. But it still faces challenges such as the high costs, the primary level inefficiency, the services heterogeneity and flow difficulties through the levels of complexity. These aspects are being improved in order to promote not only a positive effect on national health standards but also to ensure a better life quality to all Brazilians.

KEY-WORDS

Hospital-centric Model; Hierarchyzation Guideline; Sistema Único de Saúde; Family Health Program.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

Introdução	11
Metodologia	13
1 Os antecedentes e a nova proposta	14
1.1 O modelo hospitalocêntrico	15
1.2 A teoria do lugar central	17
1.3 O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	18
1.4 A proposta da hierarquização	19
2 A atenção primária à saúde	21
2.1 Dificuldades de interpretação	23
2.2 A efetividade da atenção primária à saúde	25
2.3 O programa de saúde da família	26
2.3.1 Conceituações	26
2.3.2 A expansão territorial da ESF	28
2.3.3 Algumas vantagens da Estratégia Saúde da Família	33
3 Os níveis de atenção de média e alta complexidade	37
3.1 O nível de atenção de média complexidade	37
3.2 O nível de atenção de alta complexidade	38
3.2.1 O setor hospitalar brasileiro	40
4 A “porta de entrada” e o fluxo pelos níveis de atenção	42
4.1 O acesso ao sistema	43
4.2 O fluxo pelo sistema	45
4.3 A alocação dos serviços de média e alta complexidade	47
5 Desafios com a hierarquização	50
5.1 A consolidação da qualidade	50
5.2 O financiamento do sistema	50
5.3 A desigual distribuição de equipamentos	52
5.4 A falta de logística de atendimento	53
5.5 A ineficácia da atenção básica	55
5.6 A idéia de pirâmide	55
5.7 O dilema das políticas de saúde	56
6 Resultados da pesquisa em campo	58
6.1 Os percalços na implantação da ESF	58
6.2 O incentivo governamental para o sucesso da atenção primária	59
6.3 Dificuldades de fluxo pelos níveis de atenção	60
6.4 O vínculo entre a família e a equipe de saúde	60
6.5 A heterogeneidade do serviço nos diferentes PSF's	61
Conclusões	62
Referências Bibliográficas	64

Anexo 1 – Competências do Departamento de Atenção Básica	68
Anexo 2 – Competências do Departamento de Atenção Especializada	69
Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	70
Anexo 4 – Questionários das Entrevistas em Campo	71
Anexo 5 – Formulário de Referência e Contra-Referência	72

Introdução

No ano de 1988 nasce o Sistema Único de Saúde quando entra em vigor a Constituição Federal que diz em seu artigo 196 que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. A partir daí, começa a vigorar uma nova forma de gestão da saúde pública, que se assenta sobre uma série de princípios e diretrizes.

Dentre essas diretrizes aparece a Hierarquização do Sistema, que busca ordená-lo por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, de modo a regular o acesso aos mais especializados. Essa diretriz de hierarquização será o foco do presente estudo.

Mas será que tal diretriz está cumprindo o seu papel de aumentar a abrangência do atendimento médico e facilitar sua prática? Será que sua implantação realmente trouxe melhoras para o sistema de saúde brasileiro no que tange a qualidade do atendimento e o baixo custo? Será que sua proposta está sendo funcional na prática?

O objetivo desse trabalho será responder a essas perguntas e verificar a eficácia ou ineficácia dessa diretriz dentro do SUS através da coleta e processamento de informações e da realização de pesquisas.

Para tanto, serão feitas abordagens a respeito dos motivos pelos quais surgiu essa diretriz, seus antecedentes históricos, seus pontos positivos e negativos e como o SUS está lidando com essa diretriz em conformidade com seus demais princípios e diretrizes.

Entretanto, de maneira a termos uma melhor compreensão sobre o assunto que será abordado nesse trabalho, devemos compreender alguns fundamentos básicos do SUS para que, mais adiante, possamos conectar e interligar de forma clara tais fundamentos e construir um pensamento lógico a respeito do objeto de estudo.

De acordo com Vasconcelos e Pasche (2006) o SUS tem como base diretrizes organizativas e princípios doutrinários incorporados ao texto da Constituição Federal e às leis ordinárias que o regulamentam. Tais princípios e diretrizes devem se articular e se complementar de forma a fazer funcionar a lógica de organização do sistema.

Os princípios doutrinários são aqueles que conferem ampla legitimidade ao sistema. São eles a universalidade, a integralidade e a equidade.

A universalidade assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema.

A integralidade pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos.

A equidade diz que serviços desiguais devem ser ofertados em situações desiguais. Esse princípio justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos indivíduos que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer.

Agora, com relação às diretrizes organizativas, temos a descentralização, a regionalização e a hierarquização, entre outras que não são foco deste estudo como a participação comunitária, por exemplo. Tais diretrizes visam imprimir uma racionalidade ao funcionamento do sistema.

A descentralização tem ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde. Em outras palavras, ela busca dar ao município a autonomia e a responsabilidade necessárias para a prestação direta da maioria dos serviços.

A regionalização propõe uma organização racionalizada dos serviços de saúde, cujo objetivo é distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população.

É importante destacar o fato de que tais princípios e diretrizes não aparecem de maneira clara na Constituição Federal de 1988. Só em 1990, com a aprovação da lei 8.080/90, esses princípios e diretrizes são explicitados com maior grau de especificidade.

Enfim, o trabalho será apresentado de forma que permita ao leitor não apenas compreender a teoria da diretriz da hierarquização de maneira clara, mas também entender como essa hierarquização é vista na prática pelos que dela participam e como ela contribui e/ou dificulta o dia-a-dia dos usuários e servidores do sistema.

Metodologia

Para o desenvolvimento desse trabalho, ocorreu primariamente uma revisão bibliográfica no que tange à diretriz de hierarquização do SUS. Essa primeira fase foi complexa devido à escassez e fragmentação teórica de material confiável existente para estudo dessa específica diretriz. A partir dos achados do estudo inicial, entrevistas foram realizadas para verificar a aplicabilidade prática da referida diretriz.

A pesquisa em campo desenvolveu-se em Volta Redonda, um município do Estado do Rio de Janeiro, tendo sido realizada durante os meses de abril e maio de 2009. A escolha do município foi motivada pelo fato de ele possuir uma localização geográfica que facilitava o desenvolvimento do estudo, além de possuir grande oferta de serviços de saúde.

A fim de obter autorização para a realização do trabalho em campo nas Unidades de Saúde, foi apresentado, para a autoridade responsável, um documento da Fundação Getúlio Vargas e imediata explicação dos objetivos do estudo.

Foram utilizados como instrumentos metodológicos a observação de campo e um questionário com perguntas abertas. O questionário apresentava um Termo de Livre Consentimento Esclarecido, a fim de garantir a participação espontânea e consciente na pesquisa. O Termo supracitado encontra-se no Anexo 3 desse trabalho.

As entrevistas foram subdivididas em dois tipos. Na primeira, foram entrevistados usuários do SUS em quatro Unidades de Saúde da Família do município. No total, 34 usuários com faixa etária entre 43 e 75 anos participaram da pesquisa. O segundo grupo de entrevistados envolveu servidores do Sistema Único de Saúde, dentre eles: um médico generalista, uma médica pediatra, dois enfermeiros, três agentes comunitários e uma gerente administrativa de uma das Unidades de Saúde da Família visitadas.

Os dois diferentes questionários estão no Anexo 4 desse trabalho.

1 Os antecedentes e a nova proposta

Segundo Vilaça (1999), até a metade do século XX, a economia brasileira era dominada por um modelo agro-exportador fortemente assentado no café. Por tal motivo, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação. Tal tipo de modelo era o sanitarista campanhista.

Entretanto, com o início do processo de industrialização, começa um esvaziamento progressivo das ações campanhistas. Tal fato se inicia na década de 20 com as CAP's, Caixas de Aposentadorias e Pensões, cujas principais características eram serem organizadas por empresas e serem administradas e financiadas por empresários e trabalhadores.

Posteriormente, na década de 30, surgem as IAP's, Institutos de Aposentadorias e Pensões, cujo caráter era essencialmente contencionista, com vistas à acumulação, ficando a assistência médica como função provisória e secundária.

A partir da década de 50, o processo de industrialização desloca o polo econômico brasileiro para os centros urbanos e gera uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde.

O importante, então, já não era sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva. A este ponto, as ações de saúde começaram a se centralizar nas doenças e já não existia mais a preocupação com a prevenção e promoção de saúde.

A condição saudável ideal parecia estar fora do alcance das pessoas e encapsulada dentro dos frascos de comprimidos e cápsulas, dentro dos consultórios médicos, bem como longe do alcance da população. (WOSNY, 2008, p. 3)

Na década de 60, dá-se continuidade ao movimento de concentração com a substituição dos IAP's pelo INPS, Instituto Nacional da Previdência Social. A criação do

INPS foi um fato paradigmático na conformação do modelo médico-assistencial privatista.

1.1 O modelo hospitalocêntrico

De acordo com Wosny (2008), a estrutura hospitalocêntrica surge, em grande parte, favorecida pelo crescimento da força dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's) ao serem substituídos pelo INPS, contribuindo, assim, para o aumento do número de hospitais no país.

Tal modelo era extremamente oneroso por ser um serviço de alta complexidade e densidade tecnológica do ato médico. Wosny (2008) ainda diz que o alto custo do modelo se deve – em grande parte – à utilização de materiais e equipamentos tecnológicos e exames laboratoriais com alto custo de aplicação.

O modelo médico-assistencial privatista fez crescer enormemente o número de leitos hospitalares no país. Em 1969, havia 74.543 leitos privados e, em 1984 eles chegam a 348.255, ou seja, em 24 anos dá-se um crescimento da rede privada em 465%. Por ampliar de maneira expressiva o número de hospitais privados no Brasil, tal modelo também foi caracterizado como um modelo hospitalocêntrico.

Castro (2002) corrobora a informação acima dizendo que a proporção de leitos privados no sistema de saúde brasileiro é consequência de políticas anteriores, principalmente nas décadas de 1970 e 1980, quando houve uma expansão desse tipo de serviço com subsídio do poder público. Desta forma, muitos hospitais foram criados obedecendo a interesses de empresários do setor, sem que houvesse um planejamento levando em conta as necessidades epidemiológicas e de demanda da população a ser atendida.

Castelar (1995, p.42, *apud* Castro, 2002) diz o seguinte a respeito da evolução da rede hospitalar brasileira.

A evolução da rede hospitalar brasileira foi muito mais influenciada por necessidades sentidas, definições políticas

localizadas ou por interesses de grupo, do que em função de uma política de saúde de caráter nacional. Isto levou ao quadro atual de sensíveis diferenças entre as necessidades reais e a oferta de serviços. (CASTELAR, 1995, p.42, *apud* CASTRO, 2002)

A partir da década de 70, começa a aparecer o caráter discriminatório da política de saúde, na medida em que ficavam claras as desigualdades no acesso quantitativo e qualitativo entre as diferentes clientela urbanas e entre estas e as rurais. No decorrer da mesma década, o modelo médico já apresentava graves problemas, principalmente por excluir parcelas expressivas da população.

Cohn (2008), aborda a questão do modelo hospitalocêntrico como uma herança negativa para o Sistema Único de Saúde.

[...]uma herança de um modelo de atenção à saúde comandado pela lógica da assistência médica, vale dizer, um modelo que vem sendo denominado hospitalocêntrico, com um complexo industrial médico hospitalar altamente sofisticado e lucrativo. (COHN, 2008, p.240)

Em síntese, o modelo médico-assistencial privatista foi um modelo hegemônico do setor privado contratado e conveniado, o qual entrou em declínio por diversos fatores. Entre eles podemos citar os seguintes:

- a) a prática médica baseada nos aspectos curativo e reabilitador, não sendo capaz de alterar os perfis de morbidade e mortalidade;
- b) os custos crescentes desse modelo, que inviabilizavam sua expansão;
- c) a crescente insatisfação dos usuários devido à gradativa perda da qualidade dos serviços prestados;
- d) a exclusão de uma expressiva parcela da população.

Começa a surgir, então, a necessidade de desenvolver e expandir uma modalidade assistencial diferente. Desta forma, inicia-se no Brasil, o desenvolvimento de propostas de atenção mais integrais, dirigidas a toda a população, executada com poucos recursos através da oferta de tecnologias simples e baratas. Dessas idealizações, surge, em 1988 o Sistema Único de Saúde.

1.2 A teoria do lugar central

A Teoria do Lugar Central foi fundamentalmente elaborada por Walter Christaller de maneira a explicar de que forma os diferentes lugares se distribuem no espaço.

Segundo esta teoria, o “lugar central” seria geralmente um centro urbano e forneceria um conjunto de bens e serviços a uma determinada área envolvente. Tal área é denominada área de influência ou região complementar.

Cada um desses lugares centrais pode ser classificado de forma hierárquica, em função da diversidade e da quantidade de bens e serviços que fornecem à sua área de influência. (KNOOW, 2007)

Oliveira, Simões & Andrade (2008, p.2) ainda ressaltam o seguinte a respeito desta teoria:

A diversidade dessas áreas de influência, segundo limite e alcance característicos dos bens ou serviços implica, portanto, numa hierarquização destes, conforme sua complexidade ou ordem. Um bem/serviço de maior ordem tem uma maior área de influência que bens de menor ordem. (OLIVEIRA; SIMÕES & ANDRADE, 2008, p.2)

A área de influência do “lugar central” também varia de acordo com a necessidade de consumo do bem/serviço ofertado. Quanto maior a demanda, maior é a área dependendo da capacidade de fornecimento desses bens e serviços pelo “lugar central”. Por outro lado, essa área precisa de uma escala mínima de produção, ou seja, de um montante mínimo de consumo necessário para justificar a oferta de determinados bens ou serviços. (OLIVEIRA, SIMÕES & ANDRADE, 2008)

A Teoria do lugar central aplica-se bem ao modelo médico-assistencial privatista instalado no Brasil, já que se observa alguns pontos comuns tanto na teoria quanto no modelo supra citado. Entre eles podemos citar a presença de complexas estruturas (hospitais) em locais-chave do país (grandes centros urbanos) e sempre com a oferta acompanhando a demanda (ou seja, o paciente é quem procura o serviço).

Sendo assim, reestruturar uma rede de assistência com tantas implicações políticas e históricas significa enfrentar relevantes desafios e desenhar estratégias que permitam reformular o modelo de assistência existente no país, envolvendo, entre outras mudanças, modificações em seu aspecto organizacional. Dentro desse foco de instituir mudanças organizacionais, surgiu, entre outras, a diretriz da hierarquização.

1.3 O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – HUCFF, conhecido também como Hospital do Fundão, localizado na cidade do Rio de Janeiro é um dos vários exemplos de hospital que foi criado na época de desenvolvimento do modelo médico-assistencial privatista.

De acordo com informações do site oficial¹ do HUCFF seu projeto foi definido e chefiado pela equipe do arquiteto Jorge Moreira, em 1950 e prolongou-se até 1955, quando foi interrompida por falta de recursos. A construção arrastou-se por duas décadas.

Em 1967, o projeto foi reexaminado, mas as obras continuaram paradas. Somente em 25 de junho de 1974 é que foi organizada uma comissão para a implantação do Hospital Universitário. Em novembro de 1974 foi aprovada uma verba inicial para a retomada do projeto, no valor de 80 milhões e quinhentos mil cruzeiros. A liberação dos recursos ocorreu logo em 1975.

O projeto se arrastou por duas décadas até conseguir a verba necessária somente no ano de 1975, justamente a época em que o modelo hospitalocêntrico estava em seu apogeu, possibilitando a sua implantação.

¹ Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/>> Acesso em: 19 abr. 2009.

Fotos tiradas na inauguração do Hospital Universitário revelam a presença de várias autoridades, dentre elas, o presidente do INAMPS², o que demonstra o envolvimento do hospital com o modelo médico-assistencial privatista.

1.4 A proposta da hierarquização

A hierarquização surgiu com o intuito de tentar reverter a situação criada pelo antigo modelo hospitalocêntrico, implantado no Brasil.

Quando falamos em hierarquização, estamos assumindo pressupostos estruturais de uma empresa ou sistema. Esses pressupostos nos levam a uma crença de racionalidade por acreditar que arranjos estruturais corretos minimizam problemas e maximizam a performance. (BOLMAN, 2003)

Bolman (2003) ainda diz que “organizações hierarquizadas não são apenas um fato natural, mas também uma ferramenta efetiva para se ter as coisas feitas. ”

O dicionário Koogan / Houaiss define a palavra “hierarquizar” como “organizar de acordo com uma ordem...”

Em outras palavras, ter um sistema hierarquizado é ter um sistema menos problemático e mais organizado; é ter um sistema no qual ocorre uma prevalência da ordem e conseqüentemente um aumento da eficácia.

De acordo com Mendes (1998 apud Silva, 2007), “os serviços de saúde estruturam-se de forma hierarquizada, por níveis de atenção, que variam segundo suas respectivas densidades tecnológicas.”

Tais níveis de atenção constituem diferentes composições tecnológicas referidas por sua densidade, seu custo e sua viabilidade, para a solução de conjuntos específicos de problemas de saúde de diversas naturezas. (SILVA, 2007)

² O INAMPS, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, é uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, cuja finalidade é a de integrar as seguintes funções: concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, custeio de atividades e programas, gestão administrativa, financeira e patrimonial.

A autora ainda afirma que a hierarquização diz respeito aos serviços serem organizados segundo tipos de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada, para atender uma determinada população. Tais serviços devem oferecer todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, facultando um elevado grau de solução de problemas.

São três os níveis de atenção: o primário ou básico, que é a “porta de entrada” no sistema; o secundário ou serviços de média complexidade e o terciário ou serviços de alta complexidade. De acordo com informações do CONASS³, esses três níveis são divididos em dois blocos, sendo um relativo à atenção básica e outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

³ Disponível em: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS. 2007.

2 A atenção primária à saúde

Andrade, Barreto e Bezerra (2006) dizem que durante a segunda e terceira décadas do século XX, numa tentativa de aproximar o trabalho em saúde da população, autoridades sanitárias da época, em diferentes países, desenvolveram conceitos que se aproximam aos atuais de Atenção Primária à Saúde (APS).

Em 1920, Dawson, Ministro da Saúde da Inglaterra definiu a APS da seguinte forma:

O Centro de Saúde Primário é a instituição equipada com serviços de medicina preventiva e curativa, conduzida por um médico generalista do distrito. O Centro de Saúde Primário deveria modificar-se de acordo com o tamanho e complexidade das necessidades locais, assim como da situação da cidade. Os pacientes se atenderão majoritariamente com médicos generalistas de seu distrito e manterão os serviços de seus próprios médicos. (LAGO & CRUZ, 2007, p.7 *apud* ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2006, p. 783)

Já na década de 1970, mais precisamente em setembro de 1978, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Atá, na antiga URSS, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Nela ficou estabelecido que os cuidados primários de saúde refletem as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades. Eles têm em vista os problemas de saúde da comunidade e proporcionam serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

A Conferência em Alma-Atá também diz que os cuidados primários de saúde devem ser apoiados por sistemas de referências integrados, funcionais e mutuamente amparados, o que gera uma melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade. E baseiam-se aos níveis local e de encaminhamento.

Em Cuba, em 1984, Cosme Ordóñez, professor e pesquisador cubano dedicado à APS, definiu-a como:

O conjunto de atividades planejadas de atenção médica integral que têm como objetivo alcançar melhor nível de saúde para o indivíduo e a comunidade, aplicando a metodologia científica com a ótima utilização dos recursos disponíveis e a participação ativa das massas organizadas. (LAGO, 2001 *apud* ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2006, p. 785)

Essas foram as idéias de atenção primária propostas por autoridades de outros países. Já no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) diz que a Atenção Básica à Saúde⁴ constitui o primeiro nível de atenção à saúde, isso tomando como referência o modelo de hierarquização proposto pelo SUS. Tal nível engloba um conjunto de ações que podem ser de caráter individual, no caso de intervenção curativa, por exemplo, ou de caráter coletivo, no caso de campanhas de prevenção.

Esse conjunto de ações envolve a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. As competências do Departamento de Atenção Básica estão descritas no artigo 14 do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Tais competências estão no Anexo 1 deste trabalho.

O MS diz que o atendimento deve seguir uma cadeia progressiva, o que reforça os princípios do fluxo da hierarquização, de maneira a garantir o acesso aos cuidados e às tecnologias adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças.

A portaria do Ministério da Saúde n. 648/2006, que aprovou a política nacional de atenção básica, define assim a atenção básica em saúde, em seu anexo.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem

⁴ Informações disponíveis em:

<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=289&letra=A> Acesso: 27 fev 2009.

delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de baixa densidade⁵, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL; 2007; p.16)

Conclui-se, então, que a Atenção Primária à Saúde é uma estratégia criada para organizar os sistemas de atenção à saúde. Desta forma, ela está em consonância com os objetivos da hierarquização do sistema que busca justamente a organização e a melhora de performance.

Ela prega sempre uma medicina preventiva, curativa e de reabilitação e promove a saúde, indo no caminho inverso do antigo modelo hospitalocêntrico que tinha o foco apenas na doença.

2.1 Dificuldades de interpretação

Ao discutir a Atenção Primária à Saúde, ocorrem abordagens sobre modelos assistenciais ou modelos de atenção à saúde (ROUQUAYROL & FILHO, 2003).

Tais modelos podem ser compreendidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde que compõem o perfil epidemiológico de uma população. Ou seja, a APS deverá se adequar à epidemiologia populacional da região na qual se localiza e utilizar seus recursos de baixa complexidade de maneira otimizada.

Entretanto, a palavra “primária” traz distintas concepções a respeito das práticas de saúde no Brasil. Entre elas, podemos citar o APS enquanto nível de atenção

⁵ Entende-se tecnologia de baixa densidade como um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade.

(primeiro nível ou primeira linha) ou mesmo enquanto programa de medicina simplificada (ou atenção primitiva de saúde).

Com relação a essas concepções, Rouquayrol e Filho (2003), diz que os cuidados primários de saúde, na primeira metade da década de 80, assumiram um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres das áreas urbanas e rurais, ao invés de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde no Brasil.

É certo que nessa época, o SUS e suas prerrogativas ainda não haviam sido criadas, mas mesmo após seu surgimento, as idéias de hierarquização, distribuição equânime de recursos e acesso a todos os níveis de assistência ainda não estavam bem sedimentadas.

Só mais recentemente, com a Norma Operacional da Assistência À Saúde (NOAS/2001) ressurgiu a discussão do acesso aos níveis do sistema, passando a ser esse um importante objeto de discussão para mudança do sistema. Também é nessa norma que passa a ser priorizada a importância da instância estadual na articulação de estratégias de planejamento e ações regionalizadas.

Em outras palavras, somente há pouco tempo essa questão de concepção do modelo assistencial de Atenção Primária à Saúde está sendo vista com olhos mais focados, voltados para a questão estratégica e de organização do sistema, ao invés de pensar apenas como um modelo simplista que cuida apenas dos menos favorecidos.

A discussão sobre modelos de atenção vem assumindo, progressivamente, certa relevância a ponto de construir o tema central da X Conferência Nacional de Saúde, em setembro de 1996. (ROUQUAYROL & FILHO, 2003)

Andrade, Barreto e Bezerra (2006) também tentam elucidar o que não se deve ter como idéia de APS. Entre elas estão as seguintes: 1) APS não é um nível de atenção sem importância dentro de um sistema de serviços de saúde; 2) não pode ser considerado como um nível menos efetivo; 3) não é uma forma rudimentar de atenção por apresentar baixa complexidade tecnológica.

Ao contrário, sob o ponto de vista dos autores, a APS é “uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e a sociedade para promover a saúde”.

2.2 A efetividade da atenção primária à saúde

De acordo com Andrade, Barreto e Bezerra (2006), os sistemas efetivos de assistência à saúde primária têm impacto positivo nos indicadores de saúde da população, bem como têm influência positiva no acesso a serviços essenciais preventivos e promocionais de saúde.

Estudos internacionais tentaram fazer uma associação entre os sistemas de assistência primária e os indicadores de mortalidade infantil, por exemplo. Tais estudos confirmaram a existência dessa associação devido às práticas da assistência primária.

Descobriu-se que alguns dos fatores precursores da taxa de mortalidade infantil foram reduzidos com a cobertura vacinal, o uso de terapia de reidratação oral e acesso à água limpa, todas, medidas provenientes dos sistemas de assistência primária. (MOORE, 2003, *apud*, ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2006, p.790)

Um outro estudo avaliou o impacto da reforma da assistência primária de saúde em Barcelona na saúde da população. Para tanto, foram comparadas as taxas de mortalidade entre 1984-1996 em diferentes áreas da cidade.

O resultado foi uma clara associação entre a consolidação de serviços de assistência primária e a redução de mortalidade perinatal nas diferentes áreas da cidade, principalmente aquelas de baixo nível socioeconômico. (VILLALBI *et al.*, 2003, *apud*, ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2006, p.790)

Muitos outros estudos foram realizados em todo o mundo confirmando a efetividade do modelo assistencial primário de saúde. É importante ressaltar que nos estudos analisados ficou sempre clara a necessidade de um bom planejamento para a instalação da assistência primária, para que a mesma possa trazer todos os benefícios em saúde para a população.

A tabela abaixo se refere ao número de óbitos infantis por mil nascidos vivos no Brasil, nos anos de 1997 a 2005. Observa-se uma queda significativa do número de óbitos que cai de 23,06 no ano de 1997 para 14,20 por mil nascidos vivos no ano de 2005.

Região e UF	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	Taxa (1)	Estimativa (2)	Taxa (1)	Estimativa (2)	Taxa (1)	Estimativa (2)	Taxa (1)	Estimativa (2)	Taxa (1)	Estimativa (2)	Taxa (1)	Estimativa (2)	Taxa (1)	Estimativa (2)	Taxa (1)	Estimativa (2)	Taxa (1)	Estimativa (2)
Região Sudeste (3)	x	23,06	x	21,61	x	19,96	x	18,00	x	16,81	x	15,73	x	15,61	x	14,92	x	14,20
Minas Gerais	x	26,01	x	24,75	x	23,61	x	22,60	x	21,69	x	20,89	x	20,18	x	19,54	x	18,64
Espírito Santo	x	19,26	20,11	x	17,68	x	18,84	x	17,87	x	16,09	x	16,36	x	15,03	x	15,61	x
Rio de Janeiro	24,04	x	22,56	x	21,28	x	19,74	x	18,25	x	17,94	x	17,66	x	17,24	x	16,01	x
São Paulo	21,60	x	19,84	x	17,91	x	17,33	x	16,50	x	15,30	x	15,19	x	14,49	x	13,50	x

Tabela 2.1: Nº de óbitos infantis (menores de 1 ano) por 1.000 nascidos vivos no Brasil, 1997-2005

Fontes:

MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

2.3 O Programa de Saúde da Família

Santana & Carmagnani (2001) relatam que a história do Programa de Saúde da Família tem início quando o Ministério da Saúde formula o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, PACS em 1991.

Por volta de 1993, O Ministério da Saúde iniciou a implementação do PSF no Brasil, através da portaria nº 692. A referida portaria veio como resposta ao documento elaborado pelo MS que dizia que o Programa de Saúde da Família tem como propósito colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde.

Em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde.

2.3.1 Conceituações

De acordo com o artigo publicado pelo CONASS, a atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2007)

Entretanto, a ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS, mas essencialmente para estruturar o sistema público de saúde, uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde. (SANTANA; CARMAGNANI, 2001)

Logo, a ESF surgiu para consolidar os princípios organizativos do SUS, ou seja, para fazer valer a universalidade e a equidade e desta forma ir contra o antigo modelo hospitalocêntrico; e para fazer valer a integralidade, funcionando no primeiro nível de atenção e sendo responsável por garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias, além de assegurar a referência e a contra-referência (que serão explicados mais adiante).

Publicado em 1994 pelo Ministério da Saúde, o documento “Programa de Saúde da Família” revela que a implantação do PSF tem como objetivo geral o seguinte:

Melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade. (BRASIL, 1994, *apud* SANTANA; CARMAGNANI, 2001, p.2)

A questão do vínculo da ESF com os princípios organizativos do SUS também é corroborada pelas informações do site SaúdePrev⁶.

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Na tentativa de buscar uma conceitualização mais ampla dessa estratégia, definiu-se a Estratégia Saúde da Família da seguinte forma:

Um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias e ações preventivas, promocionais, de recuperação,

⁶ Disponível em: <<http://www.saudeprev.com.br/psf/osasco/index.php?module=historico>>
Acesso em: 15 fev. 2009.

reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família⁷, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com um contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p.803)

A presença de equipes de saúde da família também é importante para demonstrar a ideologia de oposição à “mão-de-obra” altamente especializada do antigo modelo hospitalocêntrico.

É interessante deixar claro que o PSF e a ESF são a mesma coisa. São apenas formas diferentes de se chamar tal estratégia. Mais recentemente, a nomenclatura Estratégia Saúde da Família tem sido mais adotada, já que seria mais apropriado nos referirmos ao PSF como uma estratégia de saúde e não apenas como um programa setorial de saúde. (ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2006)

2.3.2 A expansão territorial da ESF

Andrade, Barreto e Bezerra (2006) afirmam que a expansão territorial da ESF foi grande, tanto que no final de 2005 já existiam mais de 24 mil equipes presentes em 90% dos municípios brasileiros e atendendo 78 milhões de cidadãos brasileiros, o que representa 44% da população do país.

Abaixo, serão mostrados números que confirmam o crescimento da ESF, retirados do site do Departamento de Atenção Básica – DAB.

⁷ A equipe de saúde da família é composta de um grupo interdisciplinar de profissionais envolvidos na cadeia de assistência integral e primária à saúde. Normalmente, esse grupo é formado por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde que são primariamente responsáveis pela cobertura de aproximadamente oitocentas famílias residentes em território urbano ou rural, com limites geográficos definidos.

Resultados alcançados em 2003 (físico e financeiro)**Equipes de Saúde da Família**

Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 19 mil

Total de Municípios: 4,4 mil

Cobertura populacional: 35,7% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 62,3 milhões de pessoas

Resultados alcançados em 2004 (físico e financeiro)**Equipes de Saúde da Família**

Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 21,3 mil

Total de Municípios: 4,6 mil

Cobertura populacional: cobrindo 39% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 69,1 milhões de pessoas

Resultados alcançados em 2005 (físico e financeiro)**Equipes de Saúde da Família**

Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 24.600

Total de Municípios: 4.986

Cobertura populacional: cobrindo 44,4% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 78,6 milhões de pessoas

Resultados alcançados em 2006 (físico e financeiro)**Equipes de Saúde da Família**

Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 26.729

Total de Municípios: 5.106

Cobertura populacional: cobrindo 46,2% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 85,7 milhões de pessoas

Resultados alcançados em 2007 (físico e financeiro)**Equipes de Saúde da Família**

Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 27.324

Total de Municípios: 5.125

Cobertura populacional: cobrindo 46,6% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 87,7 milhões de pessoas

Fonte: site do Departamento de Atenção Básica – DAB⁸.

No ano de 2003 a 2007, o número de equipes de saúde cresceu de 19 mil para mais de 27 mil. Sua abrangência territorial foi significativa, estando presente em 4,4 mil municípios em 2003 e aumentando a estatística para mais de 5,1 mil em 2007. Finalmente, a cobertura populacional também teve um crescimento relevante: em 2003 atendia a 35,7% da população brasileira e já no ano de 2007 tinha uma cobertura populacional de 46,6%. Os gráficos abaixo mostram esses dados com maior clareza.

⁸ Disponível em: < <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico> > Acesso em: 15 mar. 2009

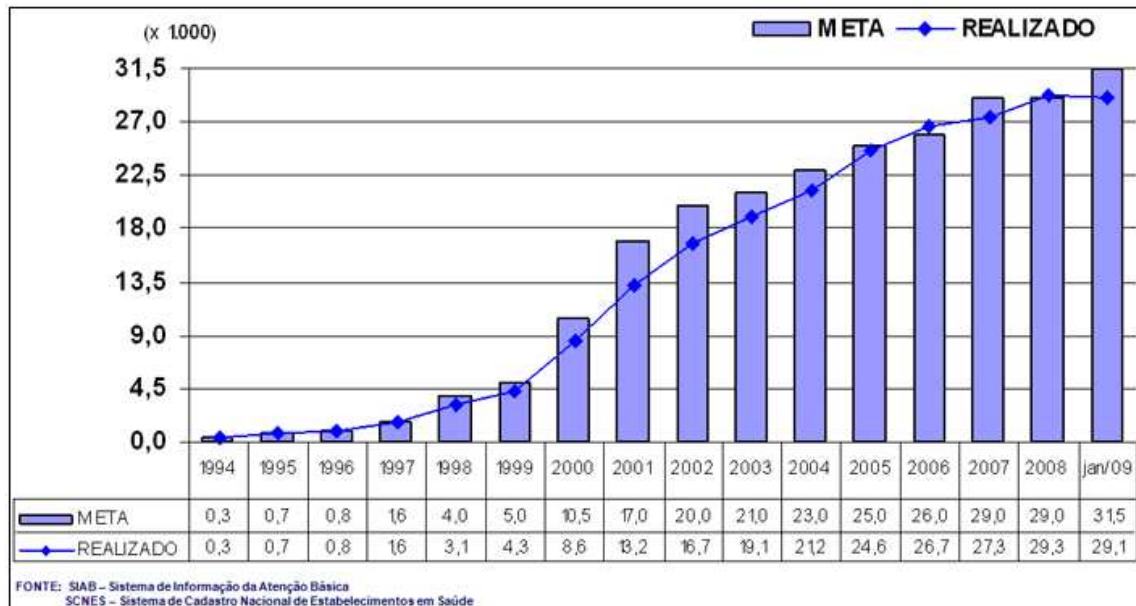


Gráfico 2.1: meta e evolução do número de equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil de 1994 a dezembro de 2008

Fonte: Site do Departamento de Atenção Básica – DAB⁹.

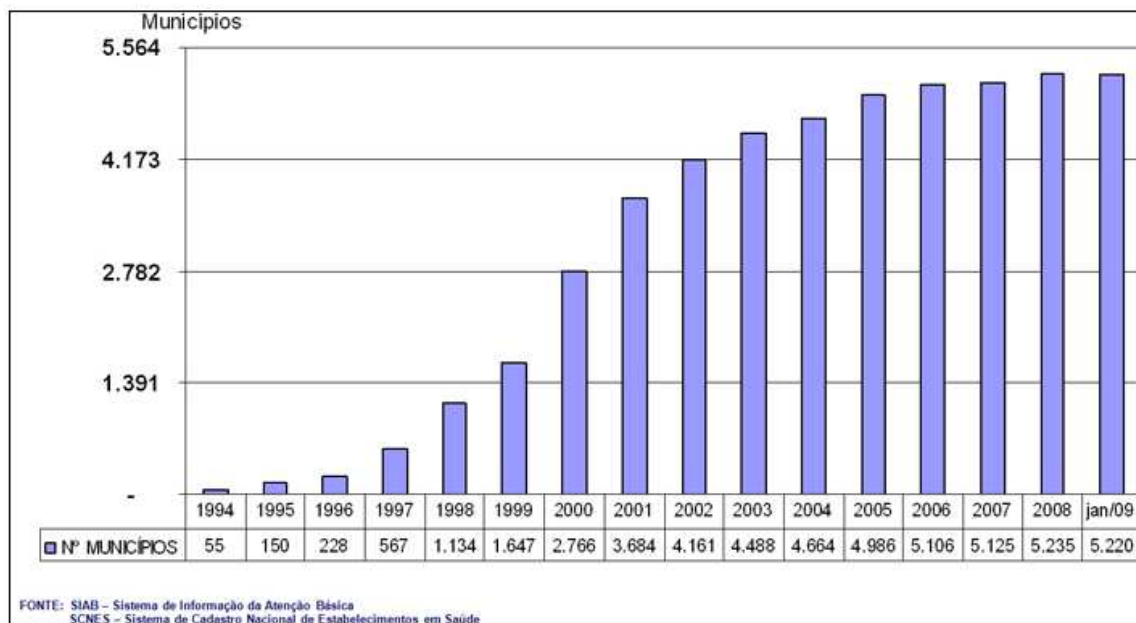


Gráfico 2.2: evolução do número de municípios com equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil de 1994 a dezembro de 2008

Fonte: Site do Departamento de Atenção Básica – DAB¹⁰.

⁹ Disponível em: < <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico> > Acesso em: 15 mar. 2009

¹⁰ Disponível em: < <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico> > Acesso em: 15 mar. 2009

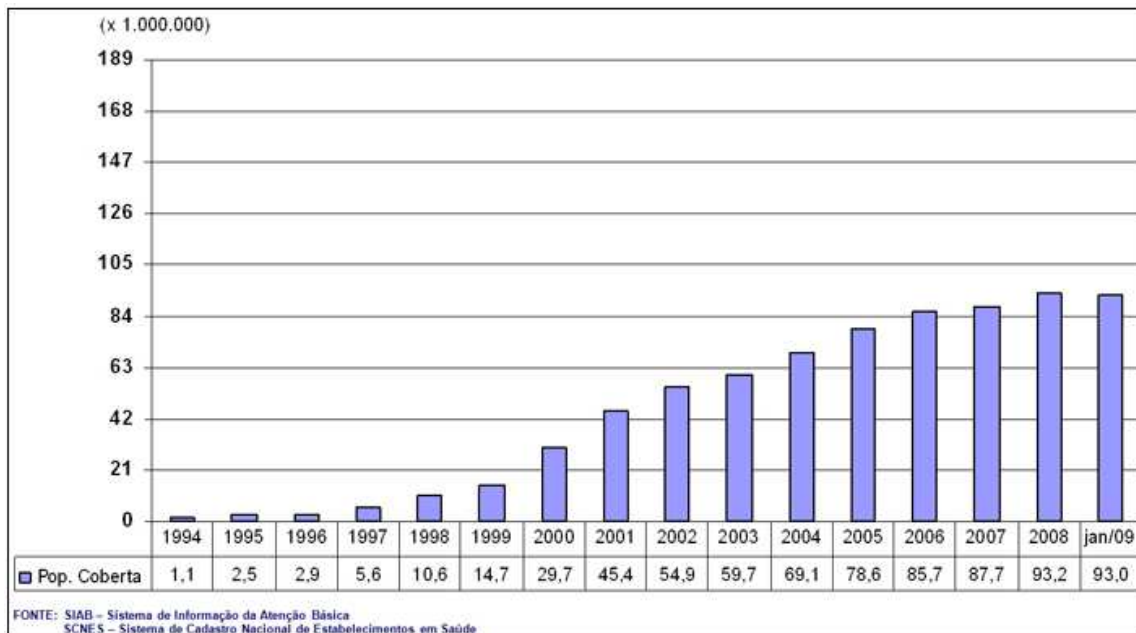
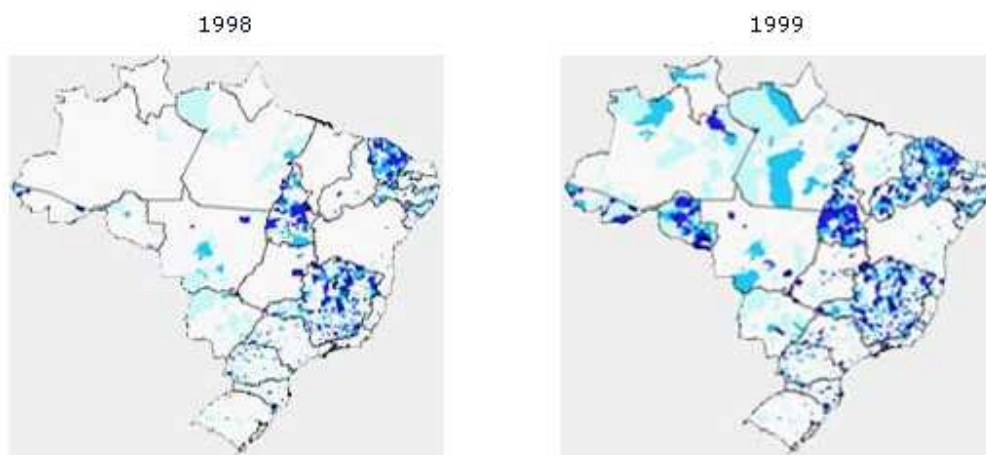


Gráfico 2.3: evolução da população coberta por equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil de 1994 a dezembro de 2008

Fonte: Site do Departamento de Atenção Básica – DAB¹¹.

O site do Departamento de Atenção Básica também fornece dados a respeito da evolução da implantação territorial das equipes de saúde da família no período de 1998 a 2007.

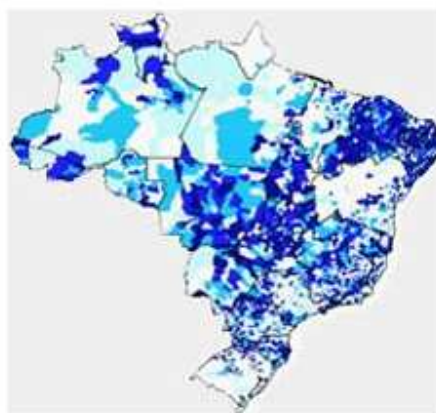


¹¹ Disponível em: < <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico> > Acesso em: 15 mar. 2009

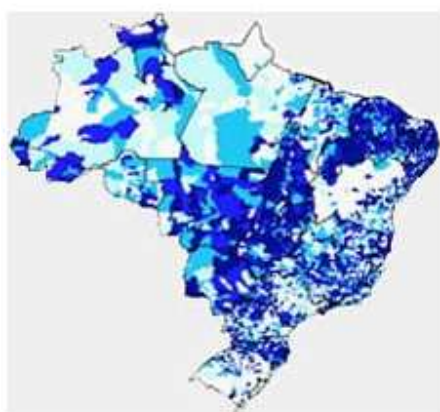
2000



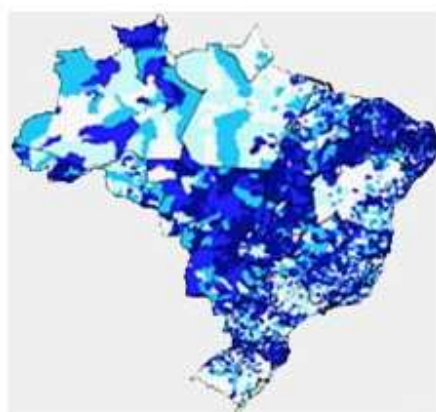
2001



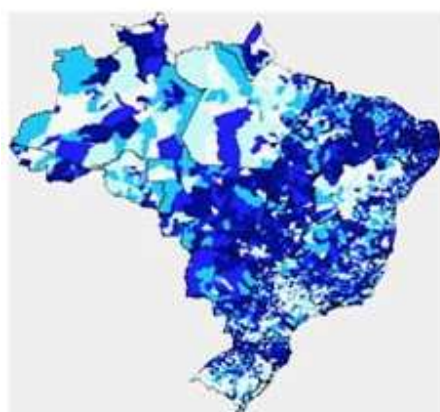
2002



2003

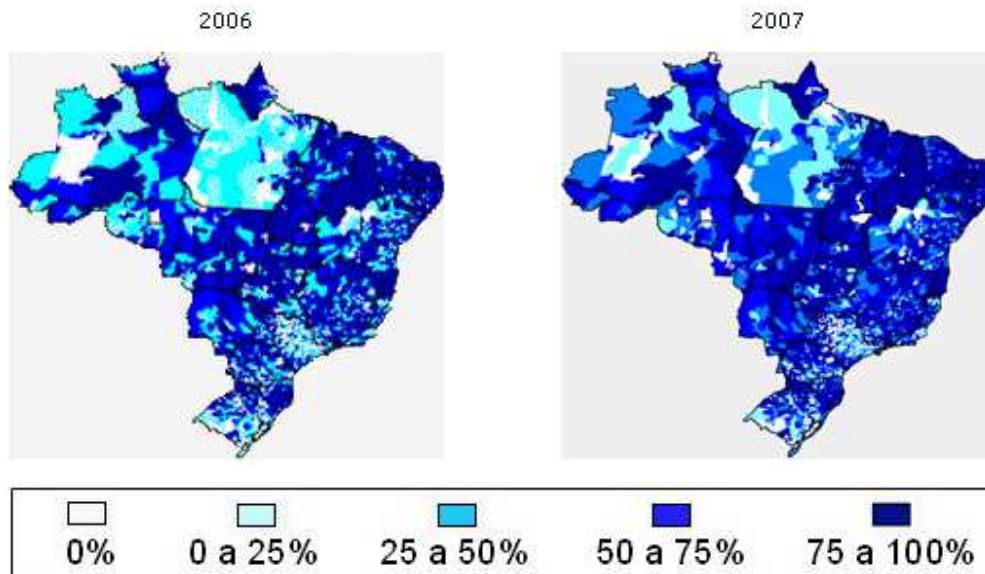


2004



2005





Fonte: Site do Departamento de Atenção Básica - DAB¹²

As figuras acima demonstram claramente como foi grande a expansão territorial das equipes de saúde da família no Brasil nos últimos anos.

2.3.3 Algumas vantagens da Estratégia Saúde da Família

Santana & Carmagnani (2001) entendem que o Programa Saúde da Família vem responder a uma tendência mundial de redução de custos em seus procedimentos, tanto no que se refere a pessoal quanto a hospitalizações e tecnologias.

MISOKSKY (1994, *apud* SANTANA & CARMAGNANI, 2001) justifica que essa redução de custos é voltada para populações que não podem contribuir financeiramente. Entretanto, o Ministério da Saúde aponta como equivoco a identificação do PSF como um sistema de saúde “pobre para pobres”.

A resolutividade do programa também é um aspecto positivo, já que, funcionando adequadamente, a atenção básica é capaz de resolver 80% dos problemas de saúde

¹² Disponível em: < <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico> > Acesso em: 15 mar. 2009

de sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças e melhorando a qualidade de vida da população.

A confirmação do enfraquecimento do antigo modelo hospitalocêntrico e da efetividade resolutiva do programa Saúde da Família e da atenção primária como um todo é observada nas tabelas abaixo, as quais demonstram que o número de internações hospitalares diminuiu desde que o SUS foi implantado no Brasil. Esse número caiu de 12.646.200 no ano de 1995 para 11.338.039 no ano de 2006.

Unidade da Federação	Internações p/100 hab	Número de internações	População
TOTAL	8,12	12.646.200	155.822.296
Rondônia	8,27	110.741	1.339.506
Acre	8,67	39.454	455.253
Amazonas	5,39	125.095	2.320.229
Roraima	2,68	7.014	262.194
Pará	6,75	367.585	5.448.585
Amapá	6,10	19.911	326.186
Tocantins	8,91	89.745	1.006.991
Maranhão	9,01	471.176	5.231.256
Piauí	7,85	214.011	2.724.982
Ceará	8,62	578.478	6.714.296
Rio Grande do Norte	7,62	196.681	2.582.305
Paraíba	8,82	294.495	3.339.959
Pernambuco	8,43	627.697	7.445.215
Alagoas	8,17	219.332	2.685.400
Sergipe	6,97	111.887	1.605.253
Bahia	7,73	977.661	12.645.885
Minas Gerais	8,32	1.372.466	16.505.371
Espírito Santo	7,85	218.836	2.786.656
Rio de Janeiro	6,54	869.767	13.296.442
São Paulo	6,82	2.298.199	33.699.405
Paraná	8,18	712.765	8.712.805
Santa Catarina	8,68	419.880	4.836.588
Rio Grande do Sul	7,87	754.264	9.578.691
Mato Grosso do Sul	7,59	145.256	1.912.841
Mato Grosso	8,59	198.722	2.313.648
Goiás	7,54	324.802	4.308.541
Distrito Federal	3,24	56.224	1.737.813
UF ignorada	-	824.056	-
Fontes: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) IBGE - Base demográfica			

Tabela 2.2: Internações por 100 habitantes, número de internações e população segundo Unidade da Federação – 1995

**Fontes: Ministério da Saúde/SE/Satatus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
IBGE – Base demográfica**

Unidade da Federação	Internações p/100 hab	Número de internações	População
TOTAL	6,07	11.338.039	186.770.560
Rondônia	6,09	95.123	1.562.418
Acre	7,65	51.737	676.625
Amazonas	5,42	179.862	3.321.055
Roraima	5,18	20.912	403.344
Pará	7,33	521.377	7.110.467
Amapá	5,68	34.946	615.714
Tocantins	7,47	99.570	1.332.441
Maranhão	6,06	374.570	6.184.538
Piauí	7,04	213.810	3.036.285
Ceará	6,29	516.502	8.217.083
Rio Grande do Norte	5,41	164.730	3.043.759
Paraíba	6,51	235.996	3.623.218
Pernambuco	5,96	507.125	8.502.604
Alagoas	6,51	198.501	3.050.650
Sergipe	5,36	107.149	2.000.736
Bahia	6,41	894.219	13.950.147
Minas Gerais	6,10	1.188.270	19.479.355
Espírito Santo	5,43	187.965	3.464.284
Rio de Janeiro	4,49	699.369	15.561.721
São Paulo	5,50	2.257.438	41.055.735
Paraná	6,98	725.434	10.387.378
Santa Catarina	6,31	375.965	5.958.264
Rio Grande do Sul	6,79	744.297	10.963.219
Mato Grosso do Sul	7,72	177.413	2.297.982
Mato Grosso	6,42	183.352	2.856.999
Goiás	7,23	414.545	5.730.751
Distrito Federal	5,97	142.327	2.383.788
UF ignorada	-	25.535	-
Fontes: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) IBGE - Base demográfica Nota: Internações consideradas segundo local de residência.			

Tabela 2.3: Internações por 100 habitantes, número de internações e população segundo Unidade da Federação – 2006

Fontes: Ministério da Saúde/SE/Satasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
IBGE – Base demográfica

De acordo com NEGRI (2000), o mais importante progresso alcançado foi a redução da mortalidade de menores de um ano. Entre 1989 e 1998, essa mortalidade caiu de 50,9 para 36,1 por mil nascidos vivos, ou seja, uma queda de 29,1% em nove anos.

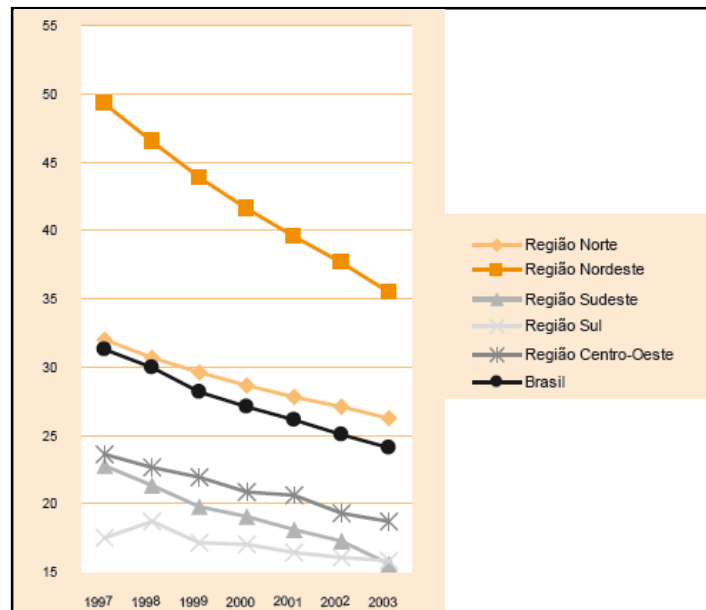


Gráfico 2.4: Taxa de mortalidade infantil – número de óbitos de menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos
Fonte: NEGRI (2000)

O Ministério da Saúde¹³ ainda informa que no período de 1997 a 2003, a taxa de mortalidade infantil caiu para 24,11 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos. É interessante salientar que esse decréscimo manifestou-se em todas as regiões do país, como pode ser observado no gráfico acima.

Outro fator positivo da implantação do programa foi a possibilidade da construção do vínculo entre a família (paciente) e o médico, desaparecendo as razões que levam à impessoalidade, descontinuidade e à falta de responsabilidade da relação profissional de saúde – usuário do serviço.

Pela primeira vez nas últimas décadas o médico tem acesso às reais condições de vida daqueles que atende, tanto indiretamente pelos relatos dos ACS e enfermeiros como através de uma visita domiciliar. (SANTANA & CARMAGNANI, 2001, p. 48)

¹³ Livro do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; SUS: Avanços e Desafios.

3 Os níveis de atenção de média e alta complexidade

A atenção primária é um componente fundamental na estratégia de hierarquização adotada pelo SUS. Entretanto, tal nível de atenção não pode sobreviver sozinho.

Para que ocorra a organização de um sistema de saúde integral e resolutivo, é necessário um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde.

É aqui que aparecem, então, os outros dois níveis de atenção, ou o outro bloco relativo aos atendimentos de maior complexidade, fundamental para cobrir toda a gama de atendimento necessária à população e para fazer valer os princípios do Sistema Único de Saúde.

3.1 O nível de atenção de média complexidade

O Ministério da Saúde define¹⁴ esse nível secundário de atenção à saúde, ou Média Complexidade Ambulatorial da seguinte maneira:

Um conjunto de ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, o qual aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Suas atribuições e competências estão descritas no artigo 15 da proposta de regimento interno da

¹⁴ Informação acessada em 28 fev. 2009, no site Portal da Saúde, disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>>

Secretaria de Assistência à Saúde. Tais atribuições e competências estão presentes no Anexo 2 deste trabalho.

Informações obtidas no site¹⁵ “SUS de A a Z” enumera os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais. São eles:

- 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio;
- 2) cirurgias ambulatoriais especializadas;
- 3) procedimentos traumatológico-ortopédicos;
- 4) ações especializadas em odontologia;
- 5) patologia clínica;
- 6) anatomopatologia e citopatologia;
- 7) radiodiagnóstico;
- 8) exames ultra-sonográficos;
- 9) diagnose;
- 10) fisioterapia;
- 11) terapias especializadas;
- 12) próteses e órteses;
- 13) anestesia.

3.2 O nível de atenção de alta complexidade

O Ministério da Saúde define¹⁶ esse a Alta Complexidade como “um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo,

¹⁵ Informação acessada em 28 fev. 2009, no site SUS de A a Z, disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=433&letra=M >

¹⁶ Informação acessada em 28 fev. 2009, no site Portal da Saúde, disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=835 >

objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde”.

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes, são as seguintes, segundo informações do CONASS: (BRASIL, 2007)

- 1) Assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise);
- 2) Assistência ao paciente oncológico;
- 3) Cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, cirurgia cardiovascular pediátrica;
- 4) Procedimentos de cardiologia intervencionista;
- 5) Procedimentos endovasculares extracardíacos;
- 6) Laboratório de eletrofisiologia;
- 7) Assistência em traumatologia-ortopedia;
- 8) Procedimentos de neurocirurgia;
- 9) Assistência em otologia;
- 10) Cirurgia de implante coclear;
- 11) Cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical;
- 12) Cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- 13) Procedimentos em fissuras lábio-palatais;
- 14) Reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- 15) Procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono;
- 16) Assistência aos pacientes portadores de queimaduras;
- 17) Assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);
- 18) Cirurgia reprodutiva;
- 19) Genética clínica;
- 20) Terapia nutricional;
- 21) Distrofia muscular progressiva;
- 22) Osteogênese imperfecta;
- 23) Fibrose cística e reprodução assistida.

A portaria n.º627/GM de 26 de abril de 2001 apresenta, nos anexos 1 e 2, todos os procedimentos de alta complexidade ambulatorial e hospitalar do SUS.

3.2.1 O setor hospitalar brasileiro

De acordo com números da FBH, Federação Brasileira de Hospitais, existem no Brasil, atualmente, cerca de 7.685 hospitais, dos quais 2.812 são públicos, 4.687 são privados e 186 são universitários ou de ensino.

Hospitais Públicos	Federal	55	2.812
	Estadual	544	
	Municipal	2.213	
Hospitais Privados	Sem Fins Lucrativos	1.728	4.687
	Lucrativos	2.959	
Hospitais Universitários e de Ensino		186	186
TOTAL			7.685
Fonte DATASUS - 08/2008			

Tabela 3.1: hospitais no país

Fonte: Site da FBH¹⁷

Deste total, cerca de 6.097 são disponibilizados ao SUS, sendo 2.777 hospitais públicos, 186 hospitais universitários e 3.134 hospitais privados.

Hospitais Públicos	Federal	28	2.777
	Estadual	536	
	Municipal	2.213	
Hospitais Universitários		186	186
TOTAL			2.963
Hospitais Privados	Filantropicos	1.651	3.134
	Lucrativos	1.483	
TOTAL			6.097
Fonte DATASUS - 08/2008			

Tabela 3.2: hospitais disponibilizados ao SUS

Fonte: Site da FBH¹⁸

¹⁷ Disponível em: <http://www.fbh.com.br/index.php?a=inf_estat.php> Acesso em: 17 mar. 2009.

¹⁸ Disponível em: <http://www.fbh.com.br/index.php?a=inf_estat.php> Acesso em: 17 mar. 2009.

A tabela abaixo mostra o número de leitos do SUS por mil habitantes segundo as Unidades Federativas no ano de 2006.

Unidade da Federação	Leitos p/1.000 hab
TOTAL	2,00
Rondônia	1,67
Acre	1,93
Amazonas	1,55
Roraima	1,57
Pará	1,60
Amapá	1,52
Tocantins	1,82
Maranhão	2,41
Piauí	2,52
Ceará	1,91
Rio Grande do Norte	2,30
Paraíba	2,72
Pernambuco	2,30
Alagoas	1,93
Sergipe	1,93
Bahia	1,95
Minas Gerais	1,89
Espírito Santo	1,76
Rio de Janeiro	2,48
São Paulo	1,68
Paraná	2,27
Santa Catarina	2,08
Rio Grande do Sul	2,07
Mato Grosso do Sul	2,17
Mato Grosso	1,90
Goiás	2,42
Distrito Federal	2,04
Fontes:	
Ministério da Saúde/SAS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)	
Ministério da Saúde/SAS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	

Tabela 3.3: Leitos por 1.000 habitantes segundo Unidade da Federação

Fontes:

Ministério da Saúde/SAS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Ministério da Saúde/SAS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

4 A “porta de entrada” e o fluxo pelos níveis de atenção

Castro (2002) afirma que os serviços que funcionam como “porta de entrada” para o sistema de saúde são habitualmente assim denominados por servir como referência no direcionamento da demanda para a continuidade do tratamento. As unidades de atenção básica e os módulos de médico de família podem funcionar nessas perspectivas, além dos prontos-socorros, serviços de emergências hospitalares e unidades de pronto atendimento.

Informações obtidas no site¹⁹ do Ministério da Saúde dizem que esse nível primário de atenção, ou atenção básica é chamado de “porta de entrada” pois é o primeiro ponto de contato do usuário com o SUS, realizado pelas especialidades básicas da saúde que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia.

De acordo com o artigo A importância do SUS²⁰, a hierarquização diz que o acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem ser qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Quando bem organizada, a atenção primária resolve 80% dos problemas.

Suzana (2007) corrobora a informação de que o acesso à rede deve se dar por meio dos serviços primários de atenção, que têm menor complexidade tecnológica. Entretanto, a autora ressalta a necessidade da existência de profissionais qualificados e condições adequadas para enfrentar os principais problemas.

Os casos que não forem resolvidos a este nível deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. O nível secundário é composto pelos centros de especialidades e resolve 15% dos problemas de saúde. Já o nível terciário de atenção à saúde engloba os hospitais de referência e resolvem os 5% restantes dos problemas de saúde.

¹⁹ Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=289&letra=A>

²⁰ Disponível em:
<http://www.ufrgs.br/eenf/enfermagem/disciplinas/enf01001/material/importancia_do_sus.pdf> Acesso em: 11 fev. 2009.

Observa-se abaixo uma representação esquemática da organização desses três níveis. Nela, tem-se a atenção primária como “porta de entrada” para o sistema. As setas que ligam os diferentes níveis indicam o fluxo dos usuários dentro do sistema.

É interessante observar que tais setas têm sentido único de forma a enfatizar a necessidade de a entrada do usuário ser pela atenção básica e da inexistência de fluxos “de cima pra baixo”, exceto nos casos de contra-referência, que serão discutidos posteriormente na questão do encaminhamento dos usuários.

Também é interessante ressaltar que o usuário pode chegar à atenção primária e ser direcionado diretamente para a atenção terciária. É o caso, por exemplo, de um indivíduo que chega ao pronto socorro com tiro no peito ou acidente grave de carro. Ele vai direto para a cirurgia, sem passar pela atenção secundária.

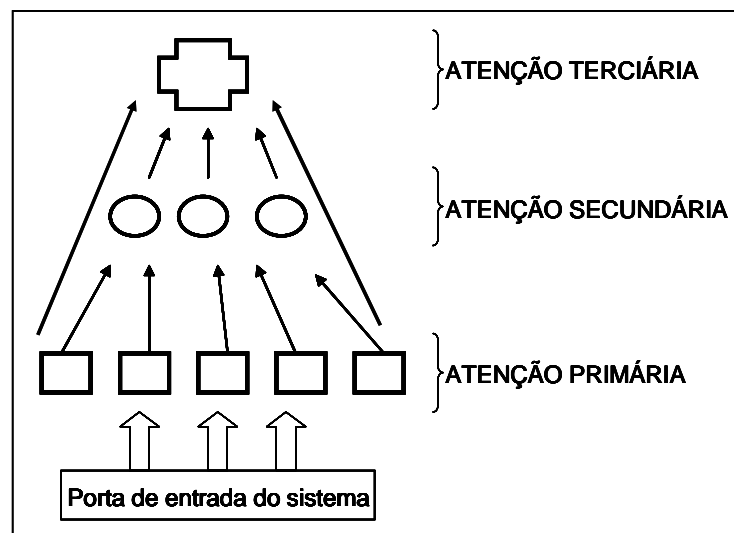


Figura 4.1 : Esquema da hierarquização do SUS
Fonte: Elaboração própria

4.1 O acesso ao sistema

A expressão “porta de entrada” quer dizer de acesso; significa a acessibilidade ao sistema. Nesse contexto, Donabedian (1973 *apud* TRAVASSOS & MARTINS, 2004) afirma um conceito de acesso para além da entrada nos serviços de saúde. Para ele, a

acessibilidade indica também o grau de ajuste ou desajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. O autor ainda diz que:

Acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não dos serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes. (DONABEDIAN 1973 *apud* TRAVASSOS & MARTINS, 2004, p.2)

Dentro desse raciocínio, compreende-se a importância dos Programas de Saúde da Família, que são as portas de entrada do sistema, os quais buscam justamente as necessidades dos pacientes em consonância com os seus recursos disponíveis.

Andersen (1995 *apud* TRAVASSOS & MARTINS, 2004) apresenta uma abordagem diferente no que diz respeito a acesso. Para ele, o acesso é apresentado como um dos elementos do sistema de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento.

Esse autor já entende a questão de acesso sob a luz organizativa do sistema. Desta forma, a porta de entrada é uma “peça” do quebra-cabeça organizacional, sem a qual, o sistema não consegue funcionar corretamente, assim como não funcionaria sem outros “elementos”, tais como os hospitais e ambulatórios, por exemplo.

Em revisões posteriores do conceito de acesso, Andersen amplia seu entendimento sobre o conceito, que passa a incorporar uma etapa de utilização de serviços de saúde e compõe-se por dois elementos: o “acesso potencial” e o “acesso realizado”.

O acesso potencial caracteriza-se pela presença no âmbito dos indivíduos de fatores capacitantes do uso de serviços, enquanto o acesso realizado representa a utilização de fato desses serviços. Trazendo os conceitos para o nosso foco de estudo, entendemos que a simples existência física dos recursos de saúde (PSF, ambulatório, hospital) não garante que o serviço de saúde será prestado com êxito. Mais uma vez, entra aqui a importância dos PSF's, que irão trabalhar para que os indivíduos acometidos por algum tipo de enfermidade acessem o SUS e se tratem adequadamente.

Em suas últimas revisões, Andersen introduz os conceitos de “acesso efetivo” e de “acesso eficiente”. O primeiro resulta do uso de serviços que melhora as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços. O segundo refere-se ao grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços de saúde consumidos.

Esses são os conceitos de acesso que o SUS quer praticar. Um acesso diferente do antigo modelo hospitalocêntrico, focado na melhora efetiva das condições de saúde e na ampliação do acesso a toda a população de forma a garantir o princípio da universalidade.

4.2 O fluxo pelo sistema

O site²¹ do Ministério da Saúde deixa explícito o seguinte:

Cabe também à atenção básica proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade.

Cecílio (1997), diz que o modelo hierárquico do SUS pensa o sistema de saúde como uma pirâmide, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários acessando níveis diferenciados de complexidade tecnológica, em processos articulados de referência e contra-referência, cujo maior mérito seria o de garantir a maior eficiência na utilização dos recursos e na universalização do acesso.

O sistema de referência e contra-referência é de grande relevância por ser um dos pontos importantes que permite a funcionalidade do SUS. É a partir de sua estruturação que o encaminhamento de pacientes aos diversos níveis de atenção torna-se possível. Dessa forma, o sistema possibilita a integração entre os diferentes níveis de atenção. (JULIANI & CIAMPONE, 1999)

²¹ Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=289&letra=A >
Acesso em: 04 abr. 2009.

A referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. (FRATINI; SAUPE & MASSAROLI, 2008)

De acordo com o artigo produzido em 2007 pela Universidade Federal de Juiz de Fora²² a referência é o ato formal de encaminhamento de um paciente, de uma instalação de saúde para outra de maior complexidade. O encaminhamento deve ser feito quando for constatada a insuficiência de capacidade resolutive do órgão encaminhador e deve obedecer a normas e procedimentos estabelecidos.

Já a contra-referência é o ato formal de encaminhamento de um paciente para o estabelecimento de origem que o referiu, após a solução do caso que foi objeto de referência.

Fratini, Saupe e Massaroli (2008) corroboram a descrição de contra-referência afirmando que esta diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário em relação aos serviços de saúde mais complexos foi sanada, ou seja, o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é, conduzido para um atendimento em nível mais primário, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio. (FRATINI; SAUPE & MASSAROLI, 2008)

Além do formulário de Referência e Contra-Referência, que encontra-se no Anexo 5, existem outros como a Autorização de Internação hospitalar – AIH, necessária quando o paciente é encaminhado do nível primário ou secundário de atenção para o hospital com o intuito de ser internado. As AIH's estão regulamentadas pela portaria nº 142, de 13 de novembro de 1997.

Segue abaixo uma tabela com a quantidade de AIH's aprovadas no Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2008.

²² Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/noticias/2007/macrorregional/macrorregional4.pdf>>
Acesso em: 18 abr. 2009.

UF GESTOR	12/2008	11/2008	10/2008	09/2008	08/2008	07/2008	06/2008	05/2008	04/2008	03/2008	02/2008	01/2008
RJ Gestão Estadual do Rio de Janeiro	16.451	17.323	17.538	19.270	18.727	21.806	22.805	21.482	18.275	25.023	14.241	15.236
RJ ANGRA DOS REIS	608	538	558	523	538	660	739	501	655	596	464	579
RJ AREAL	26	5	26	34	12	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA
RJ ARRAIAL DO CABO	53	91	77	90	99	46	42	55	57	61	66	42
RJ BARRA DO PIRAI	589	581	519	569	615	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA
RJ BARRA MANSÁ	550	588	620	624	653	3	440	FALTA	484	490	205	263
RJ BELFORD ROXO	1.569	1.587	1.391	1.665	1.712	1.748	1.751	1.776	1.658	1.662	1.522	1.390
RJ CARMO	58	24	25	38	35	FALTA	54	70	79	106	80	83
RJ DUQUE DE CAXIAS	1.240	1.411	1.344	1.966	2.088	1.534	1.457	1.441	1.097	846	568	613
RJ GUAPIMIRIM	129	51	94	111	102	113	176	199	51	198	68	90
RJ ITABORAÍ	808	887	987	1.056	785	952	1.115	461	896	811	687	731
RJ ITAGUAÍ	167	104	250	267	261	146	348	150	210	173	200	243
RJ ITAPERUNA	485	846	1.048	670	919	857	775	777	1.104	713	693	719
RJ ITATIÁIA	104	28	115	26	75	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA
RJ MENDES	40	38	55	39	43	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA
RJ MIGUEL PEREIRA	FALTA	331	283	321	201	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA
RJ NILOÍ	1.391	1.516	1.432	1.718	1.645	1.553	1.507	1.711	1.379	1.658	1.397	1.117
RJ NOVA FRIBURGO	913	860	937	853	912	912	1.016	749	827	975	855	608
RJ NOVA IGUAÇU	2.199	2.048	1.963	1.936	2.491	2.344	2.346	2.872	2.654	2.133	2.539	1.468
RJ PARACAMBI	1.129	1.107	1.080	1.104	1.141	1.147	1.151	1.127	1.134	1.132	1.352	1.218
RJ PETROPOLIS	1.744	1.710	2.191	2.095	1.940	1.744	1.789	2.179	1.593	1.807	1.780	1.696
RJ PINHEIRAL	90	67	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA
RJ PIRAI	132	137	138	121	134	151	136	151	144	147	155	142
RJ PORTO REAL	5	16	9	4	19	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA
RJ QUATIS	279	297	316	264	273	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA
RJ RESENDE	729	683	710	626	748	694	688	732	695	687	530	646
RJ RIO CLARO	29	33	48	54	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA
RJ RIO DAS FLORES	37	35	35	37	35	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA
RJ RIO DE JANEIRO	22.119	19.325	23.017	24.923	24.484	23.765	24.236	22.986	20.714	19.667	11.191	4.423
RJ SÃO JOÃO DE MERITI	965	1.659	1.524	1.603	1.535	1.616	1.705	1.530	1.535	1.524	1.456	1.435
RJ SUMIDOURO	31	44	47	44	59	FALTA	47	43	54	48	30	FALTA
RJ TERESOPOLIS	761	760	1.034	909	1.002	967	1.009	898	920	882	781	721
RJ VALENÇA	761	421	655	623	591	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA	FALTA
RJ VASSOURAS	438	519	474	422	555	465	461	474	497	442	458	414
RJ VOLTA REDONDA	1.072	1.154	1.356	1.213	1.281	1.455	1.256	1.382	1.451	1.491	1.192	981
TOTAL UF	16.451	17.323	17.538	19.270	18.727	21.806	22.805	21.482	18.275	25.023	14.241	15.236
TOTAL MUN	41.520	39.446	45.058	46.345	46.967	42.921	44.331	41.904	39.918	34.239	28.278	19.623
TOTAL GERAL	57.971	56.869	62.596	65.615	65.694	64.726	67.137	63.386	58.193	64.262	42.519	34.859

Tabela 4.1: Quantidade de AIHs aprovadas por Competência e Gestor – 2008
Fonte: DATASUS / SIAH

4.3 A alocação dos serviços de média e alta complexidade

Fazer com que o sistema funcione de forma otimizada é de grande relevância. Para isso, um trabalho de planejamento na alocação de serviços de média e alta complexidade deve ser realizado.

Silva (2008) diz que inicialmente devemos conhecer a estrutura do processo assistencial na atenção básica, de forma a apurar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico da população, que é um fator decisivo na definição de prioridades para as ações.

Em outras palavras, é através de dados colhidos na atenção primária que se vai conseguir as informações necessárias a respeito da população usuária do SUS para que se possa planejar com a melhor eficiência possível a alocação dos serviços de atenção secundária e terciária.

Isso é necessário porque, como visto anteriormente, a atenção básica deve cobrir toda a gama de usuários, utilizando a estratégia do Programa de Saúde da Família, com necessidade de baixa complexidade tecnológica. Já os serviços de média e alta complexidade tratam apenas de uma parcela da população cujo acometimento não foi ou não pode ser sanado no nível primário. E como tais serviços têm uma demanda maior de tecnologia, é viável que se faça um planejamento para alocá-los nos locais mais propícios, ou mais necessários.

Silva (2008) ainda diz que o mapeamento dos fluxos e da abrangência das ações básicas também é necessário para a construção de protocolos de acesso à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Todo esse planejamento é de suma importância para que se possa ter o serviço certo no local certo e, desta forma otimizar a utilização do sistema. É aqui que a diretriz da regionalização tem papel fundamental.

De acordo com o Ministério da Saúde no artigo SUS: princípios e conquistas, essa diretriz está muito ligada à questão da garantia de eficiência, eficácia e efetividade do SUS, não raro com recursos escassos. Como não são todos que precisam, por exemplo, de cirurgias no coração, um hospital com essa capacidade pode atender a toda uma região ou mesmo a um estado. Para tanto, as palavras chave são a organização, a união e a parceria. (BRASIL, 2000)

Campos *et al.* (2006) define que o objetivo da regionalização é distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma que garanta o acesso oportuno e continuidade do cuidado.

O autor ainda diz que o processo de regionalização da saúde é uma diretriz há muito defendida pelos que propõe a organização racionalizada dos serviços de saúde. Logo, podemos concluir que a regionalização é de extrema importância para o planejamento na alocação dos serviços.

5 Desafios com a Hierarquização

A saúde no Brasil ganhou muito com a implantação do Sistema Único de Saúde e a diretriz da hierarquização contribuiu positivamente para o SUS no que tange a estruturação do sistema.

Entretanto, a hierarquização apresenta alguns pontos fracos, os quais estão sendo constantemente implementados. Isso com a finalidade de consolidar o sistema, para que esse possa prestar serviços de qualidade a toda população brasileira. Alguns desses pontos fracos serão apresentados agora, sem o intuito de propor mudanças ou alternativas para os mesmos.

5.1 A consolidação da qualidade

O capítulo 2 desse trabalho apresentou a grande expansão territorial das equipes de saúde da família num razoável período de tempo, o que mostra não só uma grande evolução da ESF, mas também uma vitória no combate ao antigo modelo hospitalocêntrico que se concentrava apenas em alguns locais específicos.

Entretanto, existe um dilema de superar essa etapa de expansão quantitativa do acesso à ESF e passar para uma discussão mais formulada da consolidação da qualidade nas ações do programa e sua respectiva integração com o resto da rede assistencial do SUS. (ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2006)

5.2 O financiamento do sistema

Para proporcionar qualidade ao serviço, é necessário treinamento e principalmente de investimento. E ao entrar nessa discussão, surge um outro ponto

fraco no sistema: o financiamento. Embora um dos propósitos da hierarquização tenha sido o de reduzir custos com a criação dos níveis de saúde, estes ainda são bem grandes.

PAÍS	%
CUBA	86,8
REINO UNIDO	85,7
SUÉCIA	85,2
COSTA RICA	78,8
ALEMANHA	78,2
FRANÇA	76,3
ITÁLIA	75,1
ESPAÑA	71,3
CANADÁ	69,9
PORTUGAL	69,7
CHILE	48,8
ARGENTINA	48,6
MÉXICO	46,4
BRASIL	45,3
ESTADOS UNIDOS	44,6

Fonte: World Health Organization (2006).

Tabela 5.1: Percentual do gasto público em relação ao gasto total em saúde em países selecionados – 2003
Fonte: CONASS

A tabela acima, retirada do livro “SUS: Avanços e Desafios”, produzido pelo CONASS em 2006, apresenta o percentual do gasto público em relação ao gasto total em saúde em diferentes países no ano de 2003. O Brasil aparece com 45,3% que significa que 45,3% dos gastos sanitários totais vão para o gasto público.

Tal percentagem, segundo o CONASS, não é suficiente para desenvolver uma política pública de saúde universal. O Conselho afirma que sistemas públicos universais devem contribuir com valores próximos ou superiores a 70%, como é o caso de Cuba, Reino Unido, Suécia, Costa Rica, entre outros.

Um outro dado interessante que confirma a efetividade da hierarquização no que tange a contenção de gastos através do nível primário é o demonstrado pelo livro “Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS”, produzido pelo CONASS em 2007.

No ano de 2005, as transferências de recursos federais do SUS para média e alta complexidade no Brasil representam R\$ 12,82 bilhões, o dobro das transferências para a atenção básica, R\$ 6,07 bilhões. (BRASIL, 2007, p. 21)

Pensando que com a metade dos investimentos, 80% dos problemas de saúde são resolvidos no nível primário, os números realmente confirmam a efetividade da proposta de hierarquização. Entretanto, esses números ainda são insuficientes para o bom funcionamento do sistema como um todo.

O CONASS afirma ainda que, em termos internacionais, o Brasil gasta pouco com a saúde. Em termos percentuais do PIB – Produto Interno Bruto – o Brasil supera o Chile, Costa Rica e México, mas situa-se abaixo da Argentina e dos países desenvolvidos da OECD (*Organization for Economic Co-operation and Development*) que, em média, despendem 8,5% do PIB com saúde.

PAÍS	% DO PIB	PER CAPITA (US\$)	PER CAPITA PÚBLICO (US\$)
ARGENTINA	8,9	305	148
BRASIL	7,6	212	96
CANADÁ	9,9	2.669	1.866
CHILE	6,2	282	137
COSTA RICA	7,3	305	240
ESTADOS UNIDOS	15,2	5.711	2.548
ITÁLIA	8,4	2.139	1.607
MÉXICO	6,2	372	172
PORTUGAL	9,6	1.348	940
REINO UNIDO	8,0	2.428	2.081

Fonte: World Health Organization (2006).

Tabela 5.2: Gastos em saúde em países selecionados – 2003
Fonte: CONASS

5.3 A desigual distribuição de equipamentos

De acordo com Campos *et al.* (2006) o SUS enfrenta também alguns desafios que surgem em decorrência das antigas políticas de saúde existentes no Brasil. Com relação à hierarquização, o que ficou foi uma herança de distribuição de equipamentos de saúde altamente desigual, concentrando-se nas áreas geográficas que correspondem aos núcleos mais ricos e populosos da sociedade brasileira.

Um bom exemplo dessa problemática é apresentado por Barata; Tanaka & Mendes (2003) com relação aos serviços de mamografia. Os parâmetros nacionais preconizam um mamógrafo para cerca de 240 mil habitantes. O Estado de São Paulo dispõe de equipamentos em número suficiente para atender toda sua população, porém sua localização não está distribuída adequadamente em seu território.

Por este motivo surgem continuamente propostas de aquisição de novos mamógrafos por municípios e hospitais, o que aumenta desnecessariamente os gastos com a saúde pública.

5.4 A falta de logística de atendimento

Vieira (2008) diz que a hierarquização deveria ocorrer de forma sistêmica, no entanto existem muitas dificuldades no atendimento a pacientes que dependem de tratamentos mais complexos. Principalmente porque existe a hierarquização, mas falta a logística de atendimento.

A crítica do autor é com relação ao sistema de referência e contra-referência. Abaixo estão apresentados alguns gráficos²³ que demonstram os percentuais de encaminhamento tanto do nível primário quanto do secundário (serviço especializado) para os diversos níveis de atenção.

²³ Os gráficos foram explicitados pelo grupo de progestores do SUS, e estão disponíveis em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/opiniao_brasileiros2_9.pdf> Acesso em: 18 abr. 2009.

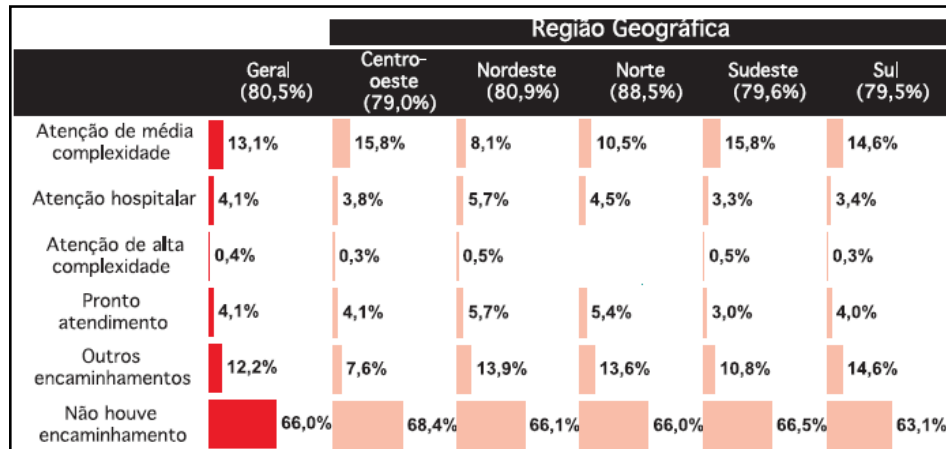


Gráfico 5.1: Encaminhamento da atenção básica para
Fonte: CONASS²⁴

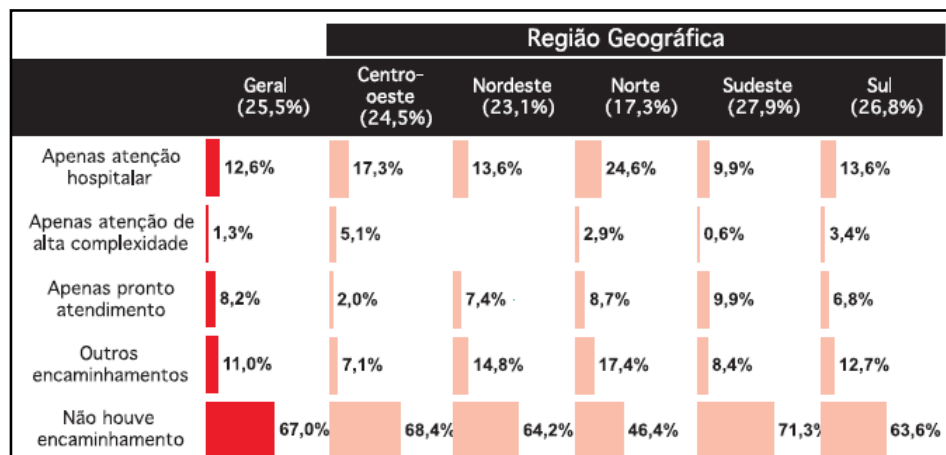


Gráfico 5.2: Encaminhamento do serviço especializado para
Fonte: CONASS²⁵

Ao observar os gráficos, percebe-se um grande percentual nos quais não ocorreu o devido encaminhamento. Isso demonstra a ainda existente dificuldade de se colocar em prática o sistema de referência e contra-referência.

O Ministério da Saúde confirma o problema relacionado à questão do fluxo nos níveis de atenção dizendo que o SUS apresenta problemas organizacionais

²⁴ Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/progestores/opinioao_brasileiros2_9.pdf>
 Acesso em: 18 abr. 2009.

²⁵ Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/progestores/opinioao_brasileiros2_9.pdf>
 Acesso em: 18 abr. 2009.

diretamente relacionados à hierarquização, como por exemplo, a dificuldade de acesso à atenção de média e alta complexidade. (BRASIL; 2008)

5.5 A ineficácia da atenção básica

De acordo com Ministério da Saúde, um outro problema existente no que diz respeito aos diferentes níveis de atenção criados pela hierarquização é a ineficácia da atenção básica. Dessa forma, o que ocorre é uma sobrecarga nos demais níveis de assistência. (BRASIL; 2008)

O livro “Atenção Primária e Promoção da Saúde”, produzido pelo CONASS em 2007, afirma existir um desafio no que tange os recursos humanos. Existe uma dificuldade patente de contratação de profissionais com perfil adequado ao que se pretende e se espera da Atenção Primária. Esses desafios têm raízes no processo de formação dos profissionais o qual não consegue integrar conhecimentos clínicos e de saúde coletiva.

Ocorre também uma falta de qualificação do processo de educação permanente dentro da perspectiva de atendimento à demanda social. Um outro foco é o da capacitação e educação permanente de gestores municipais e locais, que muitas vezes não contemplam os aspectos da Atenção Primária, cruciais para o cotidiano das ações desses indivíduos.

5.6 A idéia de pirâmide

Campos *et al.* (2006) diz que uma das críticas ao modelo hierarquizado tem apontado a necessidade de superar a idéia de pirâmide por modelos mais flexíveis com variadas portas de entrada e fluxos reversos entre os vários serviços.

Cecílio (1997) afirma que, na prática do dia-a-dia, o modelo de pirâmide não funciona por diversos motivos. Dentre eles podemos enumerar:

- 1) A rede básica não tem conseguido se tornar a “porta de entrada”. Esta continua sendo os hospitais públicos e privados através de seus serviços de urgência e emergência. Os pronto-socorros sempre lotados são a imagem mais expressiva dessa situação;
- 2) O perfil de morbidade da clientela atendida nos pronto-socorros mostram que a maioria dos atendimentos são de patologias “simples”, que poderiam ser resolvidas nas unidades básicas de saúde. Tal “distorção” também é detectada nos ambulatórios hospitalares e nos ambulatórios de clínicas especializadas;
- 3) A marcação de consulta pelas unidades básicas para atendimento especializado provoca esperas tão demoradas que resultam em desistência da consulta agendada;
- 4) Cirurgias eletivas são muito difíceis de conseguir, tanto usando a unidade básica de saúde como “porta” ou mesmo o atendimento através dos pronto-socorros.

Pelo que foi explanado, é possível dizer que a pirâmide, a despeito dos princípios que representa, tem fundamentos teóricos, mas na prática o usuário do sistema de saúde se depara com uma realidade bem diferente.

5.7 O dilema das políticas de saúde

Esse desafio não tem um foco apenas na diretriz da hierarquização, mas sim no sistema de saúde como um todo.

De acordo com Campos *et al.* (2006), na dimensão política das sociedades verificam-se processos de tomada de decisão e imposição para a sociedade pelo poder do Estado, de determinadas diretrizes de ação e de organização setorial.

Dentro desse pensamento, ao tratar de políticas de saúde, o que passa a ser o foco do estudo é o processo de tomada de decisões por parte do Estado, frente a uma

gama de possibilidades de escolhas e alternativas, as quais trazem ganhos e perdas para distintos grupos sociais. Cabe, então, ao Estado orientar sempre suas decisões para o bem comum da sociedade.

Entretanto, não é bem o que ocorre. No momento em que esse processo decisório recai sobre o Estado, evidencia-se aí um dilema com três prioridades distintas. A primeira é de dimensão política; de representação de interesses de caráter econômico. Ao optar por essa diretriz, estar-se-ia focando apenas nas inter-relações sócio-políticas e no próprio beneficiamento financeiro que tais relações trariam.

A segunda prioridade beneficiaria determinados grupos sociais, com o entendimento do que vem a ser a “sua” necessidade de saúde. Aqui, o que importa é suprir as exigências que esses grupos acreditam ser indispensáveis para que eles tenham uma boa condição de saúde.

A última prioridade é a de dimensão técnica, baseada em estudos epidemiológicos que demonstram o que realmente é necessário para melhorar a saúde da população como um todo.

O que se observa nesse “dilema” é uma grande disputa entre interesses particulares e interesses gerais, que ocorre num cenário onde existem grupos com poderes altamente diferenciados, o que permite a eles, impor suas vontades mais facilmente.

O resultado é que muitas vezes o sistema de saúde é prejudicado porque o governo não entende o que é realmente necessário para promover incrementos na saúde brasileira.

6 Resultados da pesquisa em campo

Nesse capítulo, serão apresentados os resultados obtidos com a aplicação do questionário e as questões observadas durante o período de permanência em campo. Isso com o intuito de correlacionar os acertos e os problemas cotidianos do sistema de saúde brasileiro com as questões discutidas nos capítulos anteriores.

6.1 Os percalços na implantação da ESF

Durante a disseminação das equipes de saúde pelo Brasil, apresentada no capítulo 2, a pesquisa em campo revelou que essa expansão territorial, embora tenha ocorrido de forma rápida, não foi fácil. Durante as entrevistas, tanto os usuários quanto os servidores mais antigos que participaram desse processo afirmaram que houve uma rejeição muito grande do projeto por parte das comunidades.

Isso ocorreu devido ao antigo pensamento hospitalocêntrico que estava arraigado nas mentes das pessoas de que “o médico especialista era um Deus e somente ele poderia salvar as vidas das pessoas”. Como o novo modelo de saúde trouxe uma idéia de trabalho com equipes multidisciplinares, a comunidade, por vezes era atendida e recebia visitas domiciliares de enfermeiros e agentes de saúde, o que no início foi recusado pela população.

Segundo informações de um dos agentes comunitários entrevistados, somente com um trabalho contínuo, buscando criar vínculos de confiança com os usuários é que a aceitação foi crescendo e o trabalho começou a gerar resultados. E essa atitude de continuidade do trabalho mesmo com resistência foi acertada, tanto que, em todas as Unidades de Saúde da Família – USF visitadas pode-se observar um clima de amizade e confiança muito interessante, com plena adesão dos usuários.

6.2 O incentivo governamental para o sucesso da atenção primária

A falta de apoio por parte do governo para com a Atenção Primária foi um outro aspecto relevante observado durante a pesquisa em campo. De acordo com os números apresentados no capítulo 2 desse trabalho a respeito da quantidade de famílias sob a responsabilidade de uma Equipe de Saúde, a realidade é bastante diferente.

Das quatro USF visitadas, três estavam com equipes de saúde “desfalcadas”, como por exemplo, ter apenas dois agentes comunitários quando o necessário eram cinco, ou ter apenas um enfermeiro trabalhando em duas equipes de saúde diferentes no mesmo local. Situações ainda mais complicadas foram observadas como a existência de apenas duas equipes de saúde trabalhando numa abrangência na qual seriam necessárias quatro equipes.

Isso demonstra a falta de auxílio prestado por parte do governo, que deveria disponibilizar mais verbas para novas contratações e para o treinamento de mais equipes de saúde. Tal informação corrobora a teoria apresentada no capítulo 5 desse estudo quando foi abordado o tema das políticas de saúde.

De acordo com informações do médico generalista de uma das USF e dos enfermeiros entrevistados, a única solução possível para eles é se desdobrar e tentar atender à comunidade da melhor forma possível, mas eles deixam claro que essa falta de pessoal compromete o atendimento adequado e de bom nível dos usuários do SUS.

6.3 Dificuldades de fluxo pelos níveis de atenção

Conseguir um encaminhamento dentro do sistema possivelmente tem sido uma das maiores dificuldades dos usuários do SUS. A teoria apresentada anteriormente a respeito do fluxo pelos níveis de atenção é bastante interessante, bem fundamentada e

teria todos os pré-requisitos necessários para ser altamente funcional. Entretanto, a realidade tem se mostrado bem diferente.

Dos 34 usuários entrevistados, 21 já haviam sido referenciados para atendimento especializado. E todos os 21 usuários disseram que tiveram que esperar bastante tempo entre a data em que foram à USF consultar com o médico generalista e a data da consulta com o médico especialista. Esse tempo de espera, de acordo com as informações recebidas, variou de três semanas a seis meses.

A gerente administrativa que foi entrevistada explicou que existe um programa na internet para agendamento de consultas, mas que tal programa não ajudou muito na resolução desse problema de tempo de espera.

A médica pediatra, em entrevista, afirmou que as especialidades que exigem maior tempo de espera são a neurologia e a ortopedia. E que eles tentam fazer o máximo que podem na atenção primária como desenvolver programas e atividades em grupo que auxiliem os pacientes até que eles consigam um atendimento especializado.

Entretanto, é importante ressaltar que o modelo teórico de referência e contra-referência tem funcionado na prática. O tempo de espera é que tem sido muito grande.

6.4 O vínculo entre a família e a equipe de saúde.

A criação de vínculos de confiança entre a comunidade e os membros das equipes de saúde foi uma das vantagens da criação da Estratégia Saúde da Família. Essa aproximação foi claramente observada na prática.

Dentre os usuários entrevistados, 32 fizeram muitos elogios a todos os membros das equipes de saúde. Dentre os adjetivos utilizados estavam a alegria, atenção, cuidado, dedicação, paciência, boa vontade.

Entretanto, uma ressalva chamou a atenção: muitos usuários que elogiaram médicos, enfermeiros e agentes comunitários reclamaram da arrogância e da falta de acolhimento dos atendentes que ficam na recepção da Unidade de Saúde.

Isso levanta uma questão importante: o treinamento dos profissionais que trabalham nas USF. Grande ênfase é dada ao treinamento a aperfeiçoamento dos médicos, enfermeiros e agentes comunitários. Mas é a recepcionista? Ela é muitas vezes o primeiro contato que o paciente tem quando chega à Unidade. Logo, uma atenção especial deve ser dada a essa pessoa que pode, dependendo do atendimento prestado, dificultar todo um trabalho de criação de vínculos de confiança.

6.5 A heterogeneidade do serviço nos diferentes PSF's

A grande expansão territorial das equipes de saúde da família e conseqüente disseminação dos PSF's pelo Brasil fez surgir uma desigualdade de atendimento entre as diferentes Unidades de Saúde da Família.

Relatos desse tipo foram ouvidos de um agente comunitário e de usuários entrevistados. O agente confirmou que onde está trabalhando é muito difícil, já que existe o problema da falta de pessoal e conseqüente acúmulo de cargos e tarefas. Ele ainda disse que conhece lugares onde isso não acontece e o trabalho é realizado com muito mais prazer e maior qualidade.

Já os usuários reclamaram do tipo de atendimento recebido ao se comparar as localidades de atendimento. Por exemplo, o senhor F. R. C., hipertenso, 66 anos de idade, disse que mesmo com o agravamento da hipertensão, nunca recebeu a visita de um médico em sua residência. Diferentemente, sua irmã M. G. R. B., também hipertensa, 62 anos de idade que mora em outra cidade, já havia recebido várias visitas periódicas do médico responsável por ela.

O que pode ser observado nas entrevistas foi que a realidade da saúde pública, em muitas situações, é bem diferente da teoria formulada na concepção do Sistema Único de Saúde. Assim sendo, tais disparidades devem ser entendidas e trabalhadas para que o sistema funcione de maneira eficaz, visando a prevenção das doenças e a promoção da saúde acima de tudo.

Conclusões

Durante esses pouco mais de vinte anos do surgimento do Sistema Único de Saúde, muita coisa mudou e ainda continua mudando na saúde pública brasileira. O mesmo serve para a diretriz de Hierarquização do sistema, que ao longo dos anos vem sendo analisada e implementada para que efetivas melhorias possam acontecer.

A Hierarquização trouxe a ordenação do sistema por níveis de atenção, que foi o ponto-chave para a desarticulação do antigo modelo médico-assistencial privatista. Tais níveis de atenção tiveram como alicerce principal a Atenção Primária, que deveria levar atendimento médico preventivo e curativo para toda a população brasileira.

E assim o fez, tendo como “carro chefe” o Programa de Saúde da Família que foi uma das grandes vitórias da diretriz estudada, já que esses programas conseguiram diminuir efetivamente a mortalidade no Brasil e em outros países onde também fora implantado.

Portanto, a atenção primária não deve sob qualquer circunstância ser vista como pouco efetiva, já que teve a capacidade de resolver 80% dos problemas de saúde da população com uma pequena parcela dos gastos do governo com a saúde. E, além disso, a ESF trouxe algo de grande relevância para o tratamento médico: o vínculo de confiança entre o médico e o paciente; fato que não existia no antigo modelo hospitalocêntrico.

Contudo, a diretriz de hierarquização do SUS ainda apresenta vários desafios como a consolidação da qualidade para superar a enorme expansão ocorrida com os PSF pelo país. Essa falta traz grande heterogeneidade no atendimento entre as diferentes Unidades de Saúde. Além disso, ainda ocorrem muitas falhas na atenção primária decorrentes principalmente da falta de incentivo por parte do governo com o fornecimento de verbas para treinamento e geração de mais postos de trabalho.

Entretanto, o maior ponto fraco da diretriz recai sobre o fluxo dos pacientes através dos níveis de atenção. Muitas reclamações de usuários foram ouvidas e a situação é, por vezes, alarmante. A teoria funciona bem, os sistemas de referência e

contra-referência e mesmo as autorizações de internação hospitalar. O grande problema insere-se no tempo de espera do paciente que pode durar até meses.

O que se percebe é que muitos parâmetros ainda devem ser melhorados para que o SUS possa ser mais funcional, principalmente na prática, e para que ele possa ser reconhecido como um modelo de saúde pública de referência para outros países.

Enfim, a diretriz de hierarquização trouxe melhoras significativas para o SUS e seus usuários, já que possibilitou uma cobertura médica para praticamente toda a população brasileira, e esse era o seu grande objetivo frente ao antigo modelo hospitalocêntrico da década de 70, garantindo assim a universalidade do sistema.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, Luiz O. M.; BARRETO, Ivana C. H. C.; BEZERRA, Roberto C. **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família**. In: Campos, G. W. S.; et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Editora Hucitec / Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

BARATA; Luiz R. B.; TANAKA; Oswaldo Y.; MENDES; José D. V.; **15 anos do SUS: desafios e perspectivas**. (2003). Disponível em: <http://www.fo.usp.br/departamentos/social/saude_coletiva/O15anosdoSUS.pdf > Acesso em: 11 fev. 2009.

BOLMAN; Lee G.; DEAL; Terrence E.; **Reframing Organizations**. 3. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2003.

BRASIL, 1998. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal.

BRASIL, 1990. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e da outras providências. Brasília, DF.

BRASIL, 2003. **Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003**. Dispõe sobre a aprovação da Estrutura Regimentar e do Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras Providências. Brasília, 9 Jun. 2003, 18 p.

BRASIL; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: Avanços e Desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL, MS, 1994. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: COSAC, 1994.

BRASIL, MS, 1997. **Portaria nº 142, de 13 de novembro de 1997**. Dispõe sobre a regulamentação da autorização de internação hospitalar. Brasília, 13 Nov. 1997, 3 p.

BRASIL, MS, 2000. **SUS: princípios e conquistas.** (2000) Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf> Acesso em: 12 fev. 2009.

BRASIL, MS, 2001. **Portaria n.º627/GM de 26 de abril de 2001.** Dispõe sobre o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>> Acesso em: 9 mar. 2009.

BRASIL, MS, 2001. **Norma Operacional da Assistência-NOAS/ 2001.** Portaria do Ministério da Saúde, janeiro de 2001. Brasília, DF

BRASIL, MS, 2003. **Declaração de Alma-Atá sobre cuidados primários.** Disponível em: <<http://www.universidadesaudavel.com.br/Declaracao%20de%20Alma%20Ata.pdf>> Acesso em: 27 fev. 2009.

BRASIL, MS, 2008. **Síntese dos problemas atuais do SUS.** Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/Docs/gestor/planejasus/Conceitos%20e%20Ferramentas%20de%20Planejamento%20-%20Carmen%20Teixeira/Aula%201%20-%20SUS%20Antecedentes%20Hist%C3%B3ricos%20e%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20Atua%20%201%20modifi.pdf>> Acesso em: 16 fev. 2009.

CAMPOS, Gastão W. S. *et al.*; **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Editora Hucitec / Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

CASTRO; Valéria C. G.; **A “porta de entrada” do SUS: um estudo sobre o sistema de internação em um município do Estado do Rio de Janeiro.** 2002. 157 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Ciências, Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CECÍLIO, Luiz. C. O.; **Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.

COHN; Amélia. **Políticas de Saúde: implicações e práticas.** In: Campos, G. W. S.; et al. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Editora Hucitec / Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

FRATINI, Juciane R. G; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline; **Referência e contra-referência: contribuição para a integralidade da saúde.** (2008) Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4908/3211>> Acesso em: 18 abr. 2009.

JULIANI, Carmen M. C. M.; CIAMPONE, Maria H. T. **Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros.** Rev. Esc. Enf. USP, v. 33, n. 4, p.323-33, 1999.

KNOOW, Equipe. **Conceito de teoria dos lugares centrais.** (2007) Disponível em: < <http://www.knoow.net/ciencterravida/geografia/lugarescentraisteoria.htm> > Acesso em: 28 fev. 2009.

KOOGAN / HOUAISS. **Enciclopédia e Dicionário Ilustrado.** 4. ed. Rio de Janeiro: Seifer, 2000.

NEGRI, Barjas. **Assistência básica de saúde: menos doença, mais vida.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/apresenta/acoes/assistencia.htm>> Acesso em: 18 abr. 2009.

OLIVEIRA; Alessandra C.; SIMÕES; Rodrigo F.; ANDRADE; Mônica V.;
Regionalização dos serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial em Minas Gerais: estrutura corrente versus estrutura planejada. (2008) Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A058.pdf> Acesso em: 11 fev. 2009.

ROUQUAYROL, Maria Z.; FILHO, Naomar A. **Epidemiologia & Saúde.** 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, 708 p.

SANTANA, Milena L.; CARMAGNANI, Maria I.; **Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens.** (2001) Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902001000100004&script=sci_arttext&lng=pt > Acesso em: 15 mar. 2009.

SILVA; Suzana R.; **A representação social dos princípios do Sistema Único de Saúde pelos seus usuários.** 2007. 94 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública [online]. 2004, vol. 20, supl. 2, pp. S190-S198. ISSN 0102-311X.

VASCONCELOS, Cipriano M.; PASCHE, Dário F. **O Sistema Único de Saúde.** In: Campos, G. W. S.; et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Editora Hucitec / Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

VIEIRA; Geraldo M. M.; **Comentários aos princípios do SUS – Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** 2008. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/comentarios_aos_principios_do_sus_lei_n_8080_de_19_de_setembro_de_1990/23730/> Acesso em: 12 fev. 2009.

VILAÇA; Eugênio M. **Distrito Sanitário.** 4. ed. São Paulo: Hucitec Abrasco. 1999.

WOSNY; Antônio M. *et al.* **A extensão universitária no processo de educação e saúde: um estudo de caso.** (2008). Disponível em:
<http://www.sumarios.org/pdfs/923_3996.pdf> Acesso em: 19 fev. 2009.

_____. **A importância do SUS.** (2008) Disponível em:
<http://www.ufrgs.br/eenf/enfermagem/disciplinas/enf01001/material/importancia_do_sus.pdf> Acesso em: 11 fev. 2009.

ANEXO 1 – Competências do Departamento de Atenção Básica

Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003.

Art. 14. Ao Departamento de Atenção Básica compete:

I – normatizar, promover e coordenar a organização e o desenvolvimento das ações de atenção básica em saúde, observados os princípios e diretrizes do SUS;

II – normatizar, promover e coordenar a organização da assistência farmacêutica, no âmbito da atenção básica em saúde;

III – desenvolver mecanismos de controle e avaliação das ações da atenção básica em saúde;

IV – acompanhar e propor instrumentos para a organização gerencial e operacional da atenção básica em saúde; e

V – prestar cooperação técnica a Estados, Municípios e ao Distrito Federal na organização de ações de atenção básica em saúde.

ANEXO 2 – Competências do Departamento de Atenção Especializada

Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003.

Art. 15. Ao Departamento de Atenção Especializada compete:

I – elaborar, coordenar e avaliar a política de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar do SUS;

II – criar instrumentos técnicos e legais para a implantação de modelos de gestão;

III – criar instrumentos técnicos e legais para o desenvolvimento de gestão de redes assistenciais;

IV – elaborar parâmetros e indicadores gerenciais para a gestão das redes assistenciais;

V – coordenar e acompanhar as ações de serviços de saúde das unidades hospitalares próprias e;

VI – regular e coordenar as atividades do Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos.

ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Senhor (a) foi selecionado (a) para ser entrevistado com o objetivo de obtenção de dados para a pesquisa “A diretriz de hierarquização do SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista” que busca identificar e correlacionar a teoria com a prática do Sistema Único de Saúde, tendo como foco a diretriz de hierarquização do sistema.

Esclareço que o Senhor (a) é um voluntário, podendo haver recusa de sua parte em participar dessa pesquisa, sem que isso represente qualquer constrangimento.

A pesquisa destina-se a elaboração da dissertação final do curso de Mestrado da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas – EBAPE/FGV, sendo que os dados nela obtidos só serão divulgados mantendo o anonimato do informante.

Estando suficientemente esclarecido sobre a pesquisa e concordando em participar, peço-lhe que assine abaixo.

Obrigado!

Luciano Vasconcellos Quinellato
Mestrando da FGV

De acordo, _____.

Anexo 4 – Questionários das entrevistas em campo



QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS:

- 1) Qual é o seu nome e idade?
- 2) Há quanto tempo freqüenta essa Unidade de Saúde da Família?
- 3) O que o (a) senhor (a) acha do atendimento que recebe aqui na USF?
- 4) O (A) senhor (a) tem alguma reclamação com relação aos médicos, enfermeiros ou agentes comunitários?
- 5) O (A) senhor (a) já precisou ser encaminhado para um especialista?
- 6) Quanto tempo demorou entre o dia da marcação da consulta com o especialista e o dia da consulta?
- 7) O (A) senhor (a) tem mais alguma coisa a dizer a respeito do atendimento no SUS?

QUESTIONÁRIO PARA OS SERVIDORES:

- 1) Qual é a sua função aqui na Unidade de Saúde da Família?
- 2) Como é o trabalho aqui na USF?
- 3) Quais são as principais dificuldades enfrentadas aqui na Unidade?
- 4) Como os (as) senhores (as) lidam com essas dificuldades?
- 5) De acordo com sua experiência de trabalho aqui, porque você acha que esses problemas existem?
- 6) O que funciona bem na USF?
- 7) O (A) senhor (a) tem mais alguma coisa a dizer a respeito da dinâmica de funcionamento do SUS?

Anexo 5 – Formulário de Referência e Contra-Referência

 <p>Estado do Rio de Janeiro PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</p>		 <p>SUS Sistema Único de Saúde</p>	
SMS		FICHA DE REFERÊNCIA	
		Nº 144813	
Unidade			
Nome do Paciente			
Profissão	Idade	Sexo	De:
Endereço		Telef.	Para:
Bairro	Munic.	Est.	
Resumo da História Clínica			
Motivo do Encaminhamento			
Impres. Diagnóstica			CID
Exames Complementares:			
Conduta Terapêutica:			
Obs.:		Data ____/____/____	Assin. Carimbo

SMS - VR		FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA	
		Nº 144813	
Unidade			
Nome do Paciente			
Profissão	Idade	Sexo	De:
Endereço		Telef.	Para:
Bairro	Munic.	Est.	
Diagnóstico Definitivo			
Exames Complementares:			
Conduta Terapêutica:			
Destino dado ao cliente:		Encaminhamento a outra unidade	
Unidade de origem <input type="checkbox"/>		Tratamento nesta unidade <input type="checkbox"/>	Internação: <input type="checkbox"/>
Obs.:		Data ____/____/____	Assin. Carimbo

SMS/D.A.S. 020