

Regionalização da assistência à saúde: equidade e integralidade na perspectiva de gestores

Regionalization in health care: equity and universal access from the point of view of managers

*Heloisa Wey Berti Mendes**
*Eurivaldo Sampaio de Almeida***

RESUMO: Considerando que a organização da assistência à saúde, regionalizada e integrada em direção à equidade e ao atendimento integral, é um processo político e social e que sua implantação não depende apenas de normas legais, o objetivo deste estudo foi identificar barreiras que estão dificultando o processo de regionalização das ações de saúde na DIR XI – Estado de São Paulo, na perspectiva de gestores. Foram realizadas entrevistas com: gestor regional, chefia do pronto-socorro do Hospital Universitário, médicos da Central de Regulação Médica e gestores municipais, totalizando 17 entrevistas, que foram gravadas, transcritas e organizadas de acordo com a abordagem metodológica do “Discurso do Sujeito Coletivo”. Os entrevistados apontaram diversas barreiras ao processo de regionalização da assistência à saúde, indicando a necessidade de se potencializar esforços e medidas, mediante articulação entre todos os envolvidos, visando assegurar a equidade, o acesso universal resolutivo e o desenvolvimento de um sistema integrado que objetive a produção social da saúde.

DESCRITORES: Prestação de cuidados de saúde – organização e administração

SUMMARY: Considering health assistance organization – regionalized and integrated so as to promote equity and universal assistance – as a social and political process and the fact that its implantation does not depend only on legal policies, the aim of this study was to identify barriers to the regionalization process of health actions at the DIR XI – São Paulo state from the managers perspective. Seventeen interviews were carried out with the regional manager, the head of the university hospital emergency service, physicians of the Medical Regulation Center and municipal managers. These interviews were recorded, transcribed and organized according to the methodological approach of the collective subject speech. The interviewees pointed out several barriers to the regionalization process of health assistance, highlighting the need for the increment of efforts and policies for promoting regionalization, by means of concerted actions of all involved aiming to guarantee equity, resolute universal access and the development of an integrated system whose ultimate goal is the social promotion of health.

KEYWORDS: Health-care services – organization and management

* Professora Assistente Doutora. Departamento de Enfermagem. Faculdade de Medicina. UNESP. Botucatu.
** Professor Titular. Departamento de Prática em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. USP.



Introdução

A organização regionalizada e hierarquizada do atendimento em saúde tem enfrentado dificuldades para sua efetivação, necessitando de análise objetiva em cada região quanto aos aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e éticos para que a regionalização do sistema seja um instrumento não apenas regulatório, mas também emancipatório, em direção à universalidade, à equidade e ao atendimento integral.

O conceito de organização regionalizada da assistência à saúde adotado neste estudo é derivado da definição de Robayo (1977). Implica na busca de melhor distribuição técnica, espacial, científica e operacional das ações de saúde distribuídas em níveis de atenção articulados entre si com a melhor eficiência, eficácia e efetividade dos serviços e com impacto epidemiológico e social.

A combinação de níveis de atenção e escala de complexidade, e a articulação destes, são essenciais à regionalização funcional do sistema de saúde, a qual é condição necessária para assegurar a máxima acessibilidade da população aos serviços de saúde (Barrenechea e Trujillo Uribe, 1987).

Os discursos referentes à regionalização, hierarquização e integralidade da assistência em saúde, encontram-se incorporados desde 1988 na Constituição Federal. Com a Norma Operacional de Assistência à Saúde — NOAS SUS 01/2002, verifica-se um esforço para regionalização e hierarquização do sistema, visando à organização do SUS, segundo seus princípios de acessibilidade e equidade. O objetivo geral da NOAS SUS 01/02 é: “Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (Bra-

sil, 2002). Essa Norma Operacional objetivou ampliar a responsabilidade dos municípios na atenção básica, definir o processo de regionalização, criar mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualizar os critérios de habilitação de Estados e Municípios. Porém, a NOAS vem recebendo críticas referentes à concepção de integralidade da assistência à saúde, a qual é colocada na perspectiva do cuidado médico individual, curativo, numa visão racionalizadora de oferta de serviços voltados ao atendimento de uma demanda, ou seja, uma concepção que se limita à garantia da assistência médica e não à integralidade da atenção à saúde (Teixeira, 2002). Entendendo que a organização da assistência à saúde, regionalizada e integrada em direção à equidade e ao atendimento integral, é um processo político e social, e que sua implantação não depende apenas de normas legais, foram estabelecidos os objetivos deste estudo.

Objetivos

Geral. Identificar barreiras ao processo de regionalização da assistência à saúde na região da DIR XI — Estado de São Paulo, na perspectiva dos gestores.

Específicos. Descrever e analisar:

- o processo de regionalização da assistência quanto ao atendimento aos preceitos éticos de equidade e integralidade na perspectiva do gestor regional, de gestores municipais, de médicos da Central de Regulação Médica e do responsável pelo Serviço de Urgência/Emergência do Hospital Universitário, referência terciária da região;
- aspectos relativos às responsabilidades dos municípios para a atenção básica.

Método

Foram realizadas entrevistas com: gestor regional, chefe do Pronto-socorro do Hospital Universitário, médicos da Central de Regulação Médica e gestores municipais, os quais foram previamente contatados para participação neste estudo, tendo sido realizadas 17 entrevistas.

As entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas transcritas, organizando-se os depoimentos de modo a extrair de cada um as idéias centrais e expressões-chave. Entendendo que a estratégia metodológica deve representar a coletividade dos gestores, não reduzindo suas falas nem somando trechos de falas semelhantes, mas reunindo trechos diferentes das falas de cada entrevistado para compor um único discurso, optou-se por adotar a abordagem metodológica desenvolvida por Lefèvre et al (2000), que permite a construção do Discurso do Sujeito Coletivo a partir da identificação das idéias centrais e expressões-chave, melhor visualizando a representação social de atores sociais com quesitos básicos em comum: gestores municipais de saúde de uma mesma região.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é um discurso-síntese composto por expressões-chave que têm a mesma idéia central. Para a elaboração do DSC submetem-se os discursos em estado bruto a um trabalho analítico inicial de seleção das idéias centrais presentes em cada um dos discursos individuais, e em todos eles reunidos, que resulta numa forma sintética, na qual se busca a reconstituição discursiva da representação social. Por este método, todas as opiniões existentes no imaginário são consideradas. O que dá o aspecto individualizado é justamente o expediente do sujeito

coletivo que fala na primeira pessoa do singular. Para tanto, encaixava-se narrativamente os discursos de modo a apresentarem uma estrutura seqüencial clara e coerente, ligando-se as partes dos discursos com conectivos, aproveitando-se todas as idéias presentes nos depoimentos, selecionando-se um exemplar das idéias repetidas, mas não eliminando repetições de idéias quando expressas de modos ou com palavras diferentes. O DSC aparece em itálico para indicar que se trata de uma fala ou depoimento coletivo, não sendo colocado entre aspas por não se tratar de citação.

Apresenta-se primeiramente um quadro síntese das idéias centrais contidas nos discursos dos entrevistados em resposta à questão formulada. São indicados como G1, G2 etc. os gestores entrevistados que contribuíram para compor um determinado DSC.

Resultados e discussão

I. Os gestores falam sobre seus pontos de vista quanto à equidade da assistência à saúde respondendo a seguinte questão:

Eu gostaria que você falasse um pouco sobre a equidade da atenção à saúde em seu município. Então, como está?

DSC

A — Não existe equidade, o acesso é ruim e a oferta de serviços insuficiente (G1, G2, G3, G5, G9, G10, G11, G13, G16, G17)

A gente entende que a igualdade seria para todas as pessoas e que na equidade nós teríamos que ter uma certa prioridade das pessoas que realmente necessitam do serviço e das que podem esperar um pouquinho mais. Nós temos uma assistente social que nos auxilia, e quando uma pessoa vem procurar nossa ajuda e nós sabemos que ela até tem um pouquinho mais de condições, a gente procura levá-la a contribuir conosco, para que ceda a vez ou procure resolver o problema por ela mesma. Algumas exceções que se prendem [ao fato de] que a saúde é um direito de todos e exigem [ser atendidas], a gente procura atender. Muitas vezes a equidade acaba não sendo respeitada, uma vez que os pacientes não têm o mesmo acesso aos serviços de saúde. A rede básica daqui não se importa com a equidade: quem conseguir acessar o serviço primeiro, consome o produto. Em algumas unidades acontece exatamente o contrário da equidade, pois as pessoas com uma condição socioeconômica melhor — ou cultural ou educacional — são atendidas mais prontamente e com alguma atenção extra que aquelas com nível socioeconômico pior. Nossa cidade tem uma oferta de serviços municipais de saúde muito aquém da necessidade da sua população, porém, se os equipamentos estivessem integrados, a oferta de serviços seria mais abrangente, seria até possível garantir equidade.

B — O município sede não respeita a hierarquia (G3, G4, G5)

De um lado, alguns municípios avançaram um pouco e conseguem fazer alguma coisa na gestão básica, o

município sede, porém, pelo fato de não estar estruturado como ele precisa, isto é, de ter uma porta aberta no serviço de referência (terciária) que é o Hospital Universitário, ele ocupa todas as possibilidades dentro da regional de saúde, não respeitando a hierarquia. Essa porta é extremamente desigual em relação aos demais [municípios], então essa questão da equidade ainda é discurso. A maior parte dos pacientes no Pronto-Socorro do Hospital Universitário é do município sede, [e] chega alguns meses a 70%. O reflexo do não acolhimento da demanda pelos centros de saúde eu acho que leva a um acúmulo de pacientes procurando o pronto-socorro, as pessoas substituem esse tipo de atendimento de centro de saúde pelo atendimento de pronto-socorro.

C — A Faculdade de Medicina inibiu os serviços municipais (G3, G5)

A Faculdade de Medicina desempenha papel acomodador: eu não preciso fazer, já que eu tenho aqui no município um hospital que se preocupa em fazer. Esse é um papel que a Faculdade de Medicina acabou fazendo em relação aos serviços municipais. Ela, de uma certa maneira, os inibiu. Fundamentalmente, no município, a oferta é insuficiente.

D — A equidade está sendo conseguida com a introdução do PSF (G6, G11, G12)

Com o PSF (Programa Saúde da Família), o médico e a enfermeira têm suas visitas domiciliares, principalmente para pacientes que não têm condições de ir até o posto e isto é uma característica da equidade, tratar de forma diferente os diferentes, ou seja, aqueles que não têm acesso aos serviços de saúde têm a garantia de um acompanhamento mais de perto. Hoje tive que correr atrás de arrecadar recursos para implantar o PSF, que infelizmente não consegui ainda, porque isso ainda é um tabu a ser quebrado, pois para o município manter essa

Quadro síntese das idéias centrais

- A** Não existe equidade, o acesso é ruim e a oferta de serviços insuficiente.
- B** O município sede não respeita a hierarquia.
- C** A Faculdade de Medicina de Botucatu inibiu os serviços municipais.
- D** A equidade está sendo conseguida com a introdução do PSF.
- E** O atendimento é resolutivo e universal.



equipe (PSF) vai praticamente tirar recursos da internação. Isso reverte imediatamente, só que o pessoal de planejamento que é o pessoal do jurídico, ainda não tem essa visão.

E — O atendimento é resolutivo e universal (G7, G8, G14, G15)

Nós somos apenas uma unidade mista com internação para observação e esses pacientes permanecem mais do que uma internação, dando resolutividade dentro do serviço. E não recebemos AIH. Então, por a gente ser uma unidade mista de saúde, a gente tem que [se] encaminhar [ao] nosso ponto de referência, [que] é o hospital universitário, mas nós damos grande resolutividade, com prosseguimento aqui mesmo.

Discussão

As desigualdades de acesso aos serviços de saúde dessa região são reconhecidas pelos gestores, que apontam, dentre outras causas, a desarticulação dos serviços, sua oferta insuficiente, e até mesmo iniquidades produzidas por serviços que dão maior atenção a pessoas com melhores condições sociais e econômicas. Logo, o acesso torna-se desigual, existindo o favorecimento para os mais bem posicionados ou para os que chegam primeiro. As desigualdades no consumo de serviços de saúde, produzidas pela oferta insuficiente e pela má qualidade da assistência, acabam por produzir mais desconforto, sofrimento e dor. A equidade em relação à qualidade de cuidados pressupõe que cada indivíduo tenha igual oportunidade de ser selecionado para a atenção à sua saúde, mediante procedimentos justos, decorrentes de suas necessidades e não de sua influência social (Whitehead, 1992).

Considerando-se que a equidade é um princípio ético que instrumentaliza o direito à saúde, os serviços de saúde precisam estar

disponíveis para o atendimento das necessidades dos usuários e estruturados segundo níveis de atuação e de densidades tecnológicas. Desse modo, a atenção primária deve estar desconcentrada e descentralizada e os níveis secundários e terciários concentrados e centralizados (Travassos, 1997; Mendes, 2001). Observando dados de demanda aos serviços de urgência/emergência do hospital universitário, referência terciária na região, verifica-se que essa lógica de organização não está sendo seguida (Mendes, 2003). Isto é explicado por gestores entrevistados pela oferta insuficiente de serviços, tanto em número de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) quanto ao seu potencial de cobertura, o que promove uma inversão na hierarquia da assistência, ou seja, a “substituição” do atendimento nas UBSs pelo atendimento em Pronto-socorro. Essa situação, que persiste principalmente no município sede da região, é vista como uma acomodação desse município em adequar sua oferta, por contar com a retaguarda do hospital universitário. Isto traz, como conseqüência, a sobrecarga dos serviços desse hospital.

Mediante observação dos serviços de saúde dos municípios participantes deste estudo, e de falas de gestores, alguns municípios menores da região estudada, por possuírem Unidades Mistas, desenvolvem atendimento mais resolutivo, com melhor acessibilidade da população, preocupando-se com os encaminhamentos considerados desnecessários de doentes para outros municípios. Parece haver melhor acolhimento e maior envolvimento dos profissionais com os usuários, talvez pelas características do atendimento, que inclui cuidados diretos ao doente acamado nos leitos de repouso dessas unidades, além do seu fun-

cionamento ininterrupto, o que fortalece os vínculos entre prestadores de assistência e usuários.

A existência do Programa Saúde da Família em diversos municípios também tem sido considerada relevante para o alcance da equidade da atenção em saúde. Esse programa, que prioriza as ações de proteção e promoção da saúde de indivíduos e famílias, reduz a demanda aos níveis mais complexos da assistência. Gestores municipais de saúde reconhecem as vantagens dessa mudança de modelo assistencial, mas depararam-se com dificuldades de caráter político para sua implantação. Tratam-se de questões políticas envolvendo prefeitos, vereadores, “pessoal do planejamento” e secretários municipais. Algumas dessas questões são mais ou menos explícitas, como a que se refere à transferência de recursos das internações para o PSF. Outras são mais veladas, nas quais estão subjacentes as negociações políticas e o clientelismo.

Neste estudo, observaram-se, ainda, aspectos ligados ao não entendimento do preceito *equidade*, que se traduz em ambigüidades e condutas questionáveis por parte dos serviços em relação aos usuários. Para que a equidade da atenção à saúde seja conquistada nessa região é importante que uma articulação entre política, saúde e democracia seja buscada, reduzindo, assim, as ambigüidades, os conflitos e as contradições ora existentes.

2. Os gestores falam sobre a integralidade da assistência ao responderem a questão: Como está a integralidade da assistência à saúde no seu município?

DSC

A — Não tem um foro onde possa ser discutida a integração de serviços (G1, G3, G5, G10)

Quadro síntese das idéias centrais

- A** Não tem um foro onde possa ser discutida a integração de serviços.
- B** A integralidade existe em alguns setores.
- C** Na integralidade de ações básicas a gente tem o problema das especialidades e fica difícil oferecer atendimento integral.
- D** A atenção integral ainda está na programação, as pessoas não têm compromisso.
- E** Hoje eu vejo uma integralidade no sistema.

No nosso município observamos vários segmentos do serviço de saúde, cada um trabalhando em cima da sua perspectiva, quer dizer, não tem um foro, onde possa ser discutida, por exemplo, a questão de integrar o serviço. A integralidade da assistência também não é garantida, talvez, porque existe uma segmentação de responsabilidade: a atenção básica é do município, a atenção secundária é do estado, a atenção terciária é... Acho que dentro os princípios SUS, infelizmente, nós não conseguimos dar conta de nenhum, me desculpe. Há também uma ociosidade grande de leitos, porque a maioria dos médicos não tem interesse em fazer atendimentos pelo SUS. Alegam que o SUS remunera mal, que eles têm um trabalho grande para receber pouco dinheiro.

B — A integralidade existe em alguns setores (G2, G6, G8, G9, G10, G13, G14, G17)

A integralidade até existe em alguns setores, como assistência à gestante, assistência ao parto, ao puerpério, a maternidade, o serviço de ginecologia-obstetrícia... É uma coisa tranqüila, flui muito bem. Agora, paciente que passa muitas vezes no pronto-socorro, está indo lá por quê, se ele tem a unidade de referência do PSF para se consultar? Por que ele prefere ir até o pronto-socorro? Uma das medidas que a gente fez para tentar coibir esse tipo de ação foi de não aceitar a retirada de medicamento na farmácia municipal, com a receita do pronto-socorro, alguns medicamentos de doenças crônicas, hipertensão, diabetes.

Então, o paciente só retira o medicamento para esse tipo de doença com receita do médico do PSF, quer queira ou não queira, ele vai ter que ir lá no posto do PSF para retirar a receita do medicamento.

C — Na integralidade de ações básicas a gente tem o problema das especialidades e fica difícil oferecer atendimento integral (G2, G7, G10, G12, G15, G16)

O atendimento hierarquizado por complexidade crescente, quando necessário, é um problema muito sério. No hospital universitário nós temos umas quotas, essas quotas são para algumas áreas absolutamente insuficientes, porque têm algumas áreas que já fecharam este ano, já não tem mais agendamento. Por exemplo, cirurgia vascular, só se for emergência, oftalmologia tem uma demanda muito grande que não consegue dar conta. Eu não sei exatamente qual o agendamento para mamografia, mas eu sei que é ao redor de um ano, o que torna impossível você investigar patologias, mesmo as básicas, no nível da rede básica de saúde. Se você precisar, por exemplo, para investigar uma patologia, de um ultra-som, o agendamento é mais ou menos de um ano, o que torna inviável esse tipo de atenção. Isso explica o desespero dos pacientes, passando de serviço em serviço e muitas vezes sobre-carregando as portas abertas do pronto-socorro da Universidade.

D — A atenção integral ainda está na programação, as pessoas não têm compromisso (G4, G5, G10)

Tem sido mantido um número altíssimo de exames laboratoriais com um percentual baixíssimo de positividade, então eu me livro do paciente pedindo coisas e eu acabo ainda tendo um número altíssimo de tratamentos. Se você cruzar essa informação, você verifica que a atenção integral ainda está na programação, as pessoas não têm compromisso. Também um pouco disso é porque os profissionais têm vários empregos, eles não têm uma responsabilidade sobre aquela população, eles circulam em vários municípios ao mesmo tempo.

E — Hoje eu vejo uma integralidade no sistema (G5, G11)

Hoje eu vejo uma integralidade no sistema, porque os médicos do Centro de Saúde são os mesmos que trabalham no pronto-socorro. Porém, a evolução maior de integrar a região foi a Central de Regulação. A PPI (Programação Pactuada Integrada) é uma outra forma de integrar melhor o sistema, porque eu sei que o Ministério desconta dinheiro meu para uma AIH de paciente internado no hospital universitário, mas eu não sei quanto. A partir da PPI eu vou saber. Eu vou saber quanto o meu município está investindo no hospital da universidade. Isto vai fazer com que os municípios invistam mais nos seus sistemas, porque enquanto uma AIH minha custa 440 reais, no hospital da universidade custa 970, se não me falha a memória. Então, é melhor eu tentar investir mais aqui que vai ficar mais barato o tratamento desse paciente.

Discussão

De acordo com Teixeira (2002), a proposta de regionalização da assistência deve ser discutida visando a construção de um modelo de atenção que não se limite a garantir a assistência — “atenção promovida no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa, com custo certo” (Mendes, 2001, p. 104) — mas à integralidade da atenção à saúde



que prevê movimentos em direção à promoção da saúde. A integralidade da assistência à saúde, ainda entendida apenas como assistência médica curativa e individual a uma demanda espontânea, é considerada fragmentada pelos gestores. Estes comentam as diferentes lógicas de atuação de cada serviço de saúde e a diluição das responsabilidades pela assistência aos usuários do sistema. Há falta de comunicação e de articulação entre os serviços da rede básica e destes com os serviços de média e alta complexidade, inviabilizando a atenção contínua aos doentes. O acesso aos serviços secundários e terciários, tanto para consultas médicas quanto para exames complementares é complicado pela falta de vagas e, conseqüentemente, os agendamentos são feitos em prazos muito longos. Em áreas da assistência médica, como saúde materno-infantil, a integralidade é mais facilmente conseguida, talvez pela própria cultura existente de priorização dessas áreas.

Embora demonstrando um entendimento parcial do conceito de integralidade da assistência à saúde, os gestores identificam muito bem a fragmentação do sistema de serviços de saúde, que, segundo Mendes (2001), “*divide o evento da doença e a atenção por partes que não se comunicam*” (p. 73).

A falta de pessoal para atender a demanda também é apontada como barreira à integralidade, levando os profissionais a apressarem os atendimentos dos usuários. Por mais esta razão, os profissionais, talvez movidos pela insegurança do rápido atendimento, solicitam um grande número de exames subsidiários que acabam tendo, em alguns casos, “*baixíssima percentual de positividade*”.

Encontram-se, ainda, resistências entre profissionais dos serviços de saúde ao trabalho integra-

do e à adoção de condutas que viabilizem mecanismos de referência e contra-referência. Interesses financeiros, como o interesse pelo recebimento do valor da AIH, uma vez que a NOAS 2002 estabelece que “*o limite financeiro por município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros municípios*” (Brasil, 2002, p.11) podem produzir situações de conflitos entre gestores, profissionais e usuários que solicitem encaminhamentos para atendimento médico em outros municípios.

Outras atitudes e condutas visando ao “disciplinamento” do usuário poderão ter conseqüências negativas, dado seu caráter autoritário e burocrático, como no caso citado, em que um usuário atendido em um serviço de urgência, portador de uma doença crônica, só poderá retirar o medicamento no serviço de saúde se a receita for feita por médico do PSF, obrigando-o, desse modo, a se vincular ao PSF.

Por outro lado, alguns movimentos estão sendo feitos em direção à transformação do modelo de atenção à saúde, com vistas à

integralidade da assistência e à promoção da saúde. Como exemplo, são citados, dentre outros, o aumento de equipes do PSF, o empenho da Central de Regulação Médica no gerenciamento da alocação dos doentes com necessidades de atendimento urgente e as pactuações entre os municípios da região, coordenadas pela DIR XI.

3. Buscando conhecer a visão dos gestores sobre a possibilidade de fortalecer e ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica, formulamos a seguinte questão: O que poderia ser feito para fortalecer e ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica?

DSC

A — Há necessidade de cobranças aos municípios e aplicação de punições (G1, G6, G10)

Eu acho uma coisa importante, também, a própria questão do atendimento no hospital universitário. Ele mesmo dar um retorno aos municípios do que está sendo atendido, inclusive aquelas patologias que, em tese, deveriam ser atendidas em nível de Unidades Básicas de Saúde. E aí cobrar uma posição do gestor. Porque muitas vezes o paciente é encaminhado para lá, para uma consulta, por exemplo, por um problema pulmonar, mas na realidade o problema não é o

Quadro síntese das idéias centrais

- | | |
|----------|--|
| A | Há necessidade de cobranças aos municípios e aplicação de punições. |
| B | Temos que trabalhar com afinco e entender que o trabalho maior tem que ser na atenção básica. |
| C | Temos que abandonar o que estamos fazendo e desenvolver novas tecnologias. |
| D | Os municípios precisam de mais recursos. |
| E | O município precisa reforçar o controle social. |
| F | Há necessidade de indicadores que avaliem a qualidade. |
| G | É preciso conscientização das autoridades. |
| H | É preciso uma parceria entre os municípios e a descentralização dos profissionais da universidade. |

quadro pulmonar. O problema é que não tem nem o raio-x para fazer diagnóstico. Será que não é melhor discutir por que não tem o raio-x do que encaminhar o paciente para fazer o diagnóstico na universidade? Também tinha que ter uma penalização, tanto monetária, judiciária, não sei, mas as pessoas têm que acordar para isso. O próprio Ministério dando em cima disso, cobrando o gasto em saúde e não comprando ambulância e ônibus para levar doentes para o hospital universitário, não investindo em outras coisas como na contratação de profissional, na construção de unidades e na mudança do modelo.

B — Temos que trabalhar com afinho e entender que o trabalho maior tem que ser na atenção básica (G2, G3, G4, G6, G12, G17)

Eu acho que tem que ter uma melhoria na qualidade do serviço, para as pessoas acreditarem e o procurarem. A gente acredita que as pessoas têm que ter consciência do que é que está acontecendo e porque elas podem ficar doentes, então a gente vai começar a mexer no meio ambiente. Eu acho que teria que haver, também, uma melhora da educação, a educação seria o primeiro passo. A cada momento você está investindo recursos no tratamento, então, se nós não trabalharmos com muito afinho e entendermos que o nosso trabalho maior tem que ser na atenção básica, criando programas de saúde da família, de agentes comunitários, mesmo o modelo existente que está dado, se ele for movido por uma humanização, por um acolhimento melhor da população, o restante eu acho que a gente tem tudo para dar certo. Então, eu acho que é uma questão que passa, assim, por uma filosofia de atendimento. Eu espero que os prefeitos, os secretários de saúde de outras cidades implantem o PSF para poder rever esse modelo que está aí há 50, 60 anos, carcomido e sem resolutividade. A atenção básica é complicada, do jeito que ela está estruturada é meio como enxugar gelo.

C — Temos que abandonar o que estamos fazendo e desenvolver novas tecnologias (G2, G4, G16)

Então eu tenho que tratar o meu serviço como uma empresa mesmo, e não mais como um cabide de empregos ou um bico. Eu não posso tratar o meu trabalho como se fosse uma extensão da minha casa, também, eu tenho que prioritariamente estar ali a serviço público. E acho que isso é uma retomada de coisas que as pessoas perderam a noção. As pessoas acham que o horário de trabalho delas tem que ser de acordo com o horário da casa delas. Eu não posso tratar um município que a grande maioria da população trabalha em atividade rural ou trabalha numa fábrica e que o seu horário de trabalho é contínuo e achar que das 8 às 17h eu resolvi o problema do município. E a gente deveria ter uma forma de devolver para a população alguma segurança para que ela mesma se responsabilizasse por algumas patologias que são muito simples e que a medicina tem pouco a oferecer. A gente não dá conta e oferece alguma coisa que não satisfaz o paciente, que é o que tem acontecido no momento, porque a gente faz as consultas muito rápidas, de 15 minutos, 10 minutos, com a porta aberta, e atende um grande número de pacientes. O paciente não fica satisfeito e passa para um outro serviço, tentando compor o atendimento através de várias consultas médicas.

D — Os municípios precisam de mais recursos (G3, G7, G8, G9, G11, G14, G15, G17)

A NOAS está nos obrigando a assumir algumas responsabilidades, mas será que nós temos condições de assumir essa responsabilidade? Seria necessário que fossem enviados mais recursos para que a gente pudesse equipar melhor o município. Hoje nós temos dificuldade até de aumentar o número de especialistas por falta de verba. Enquanto que está preconizada na lei que é necessário que o muni-

cípio participe com 15%, nós estamos entrando até com 25%, mesmo assim é insuficiente, porque o que a gente tem recebido é muito pouco. Existe uma queixa dos municípios muito grande com relação ao financiamento.

E — O município precisa reforçar o controle social (G3)

O município precisa reforçar o controle social, não deixar na mão dos dirigentes da saúde as decisões de saúde.

F — Há necessidade de indicadores que avaliem a qualidade (G5)

Cada município é classificado como se fosse um semáforo: verde, amarelo ou vermelho. Se está verde, então está tudo bem. Então, baseado nisso, os municípios podem executar algumas ações. O problema é que não há nesses indicadores um indicador que avalie qualidade da consulta médica, ou qualidade do atendimento de enfermagem. A grande quantidade de indicadores é sobre resultados.

G — É preciso conscientização das autoridades (G11, G13)

A conscientização das autoridades é muito importante, porque o costume é empurrar com a barriga. Então, muitas vezes, não se pode contratar o profissional, muitas vezes não se tem, à disposição, um veículo para ir fazer uma visita domiciliar, muitas vezes não se tem funcionários capacitados, então acho que primeiro deve haver a conscientização das autoridades sobre qual é a nossa responsabilidade, a do prefeito e dos vereadores... A maioria dos prefeitos acha assim: nós temos ambulância para levar, leva para Cerqueira, leva para Avaré, quando a gente poderia fazer o atendimento aqui, desde que eles nos dessem condições para isso.

H — É preciso uma parceria entre os municípios e a descentralização dos profissionais da universidade (G11, G17)

Eu acho que o que poderíamos melhorar com relação à atenção à saú-



de básica e que parece que já foi até alvo de reivindicação, seria a descentralização dos profissionais da universidade para os nossos municípios. Por que não trazer novos conhecimentos para cá? Por que não para outros municípios que são próximos?

Discussão

De acordo com os entrevistados, o fortalecimento das responsabilidades dos municípios em relação à atenção básica tem várias frentes de enfrentamento. Porém, os recursos financeiros para a assistência e as mudanças na filosofia de atendimento, citadas pelos gestores municipais, parecem tidos como fundamentais, donde derivariam todas as demais alterações no sistema de saúde regional. A falta de recursos para a saúde no país é notória, principalmente, pelo escasso financiamento do setor e pelas alocações indevidas.

O valor médio das AIHs do hospital universitário dessa região, no ano de 2002, foi de R\$ 868,52. Nos demais hospitais da região o valor médio das AIHs variou entre R\$ 200,00 e R\$ 350,00. As internações no hospital universitário são, portanto, de elevado custo, justificado especialmente pelos procedimentos de alta complexidade que realiza. Porém, quando se sabe que parcela importante poderia ter sua internação em hospitais secundários da região, bastando alguns investimentos em reformas, equipamentos e pessoal, a relação custo/benefício poderia ser melhorada para os usuários e para o sistema. Desse modo, a discussão do financiamento vai além das questões referentes ao seu montante. Segundo Mendes et al. (2001), melhorar o montante de recursos é fundamental, mas não garante a solução dos problemas de financiamento, pois o uso racional na gestão desses recursos é igualmente importante.

Mesmo aplicando mais de 15% do orçamento municipal, os municípios têm grande dependência dos recursos transferidos. O valor repassado ao Fundo Municipal de Saúde, de R\$10,50 *per capita* anual para a assistência básica ampliada, e de R\$0,50 *per capita* para o PSF, indica que o gasto em saúde nesse nível de atenção é irrisório e que a atenção básica só tem merecido prioridade nos discursos.

A autonomia dos gestores, referida nos discursos do coletivo destes, é considerada restrita, como também é limitada a dos Conselhos Municipais de Saúde para a administração dos recursos financeiros. Verifica-se uma submissão dos gestores à autoridade do prefeito municipal em questões particulares do gerenciamento do sistema de saúde local. Daí a importância de um controle social rigoroso sobre o sistema de saúde municipal.

Quanto às necessidades de mudanças na filosofia de atendimento das UBSs, foram listados pelos gestores os seguintes aspectos que, na opinião deles, devem ser contemplados: melhoria do acolhimento dos usuários, da qualidade do atendimento e do relacionamento interpessoal; adequação dos horários das UBSs às possibilidades de comparecimento dos usuários; utilização de metodologias de atendimento que se mostrem mais eficientes e eficazes; ampliação do conceito de atenção básica, incluindo-se nela uma série de exames necessários ao diagnóstico e adoção de mecanismos de interconsulta com especialistas realizadas nas unidades básicas; desenvolvimento de técnicas e instrumentos de avaliação da qualidade dos processos envolvidos na prestação de assistência; desenvolvimento de atividades de capacitação dos profissionais e busca de integração dos serviços com a Universidade.

Os entrevistados ainda citaram as seguintes necessidades de mudanças na filosofia de atenção à saúde: desenvolvimento do Programa Saúde da família e desenvolvimento de atividades de promoção da saúde.

Alguns municípios da região estão tentando ações intersetoriais de promoção da saúde, voltadas para formas de prevenção de riscos e proteção da saúde, porém, são iniciativas ainda bastante tímidas. Ao problematizarem o modelo de saúde vigente, seus custos, complexidade do seu gerenciamento e sua baixa resolutividade, os gestores vêem no modelo de promoção da saúde uma saída possível para a crise do setor.

Considerações finais

No processo de regionalização é importante que a atenção básica seja entendida em sua abrangência como enfoque da atenção integral, cujo objetivo é a produção social da saúde. Desse modo, as articulações e pactuações entre serviços e municípios devem ser feitas, com participação da comunidade, desde a identificação do processo saúde-doença e análise dos seus determinantes até o estabelecimento dos mecanismos de intervenção e dos métodos de controle e avaliação.

O processo de regionalização da assistência à saúde na região da DIR XI enfrenta muitas barreiras, tais como: fragmentação da atenção em diversos serviços que atuam sob diferentes lógicas, desarticulação entre serviços da rede básica e serviços de média e alta complexidade, dentre outras. Assim, há necessidade de reforçar/potencializar esforços e medidas envolvendo a organização dos sistemas local e regional, mediante articulação entre todos os envolvidos — serviços estaduais, municipais e universidade —, objeti-

vando a organização hierarquizada da rede de serviços de saúde, com maior autonomia e responsabilidade sanitária dos municípios, o efetivo exercício de uma aten-

ção básica, e o fortalecimento dos vínculos entre usuários e Unidades Básicas de Saúde, procurando assegurar a ampliação da cobertura e melhoria do acesso fun-

cional e resolutivo à assistência e buscando, ao mesmo tempo, o desenvolvimento de um sistema integrado que objetive a produção social da saúde.

REFERÊNCIAS

Barrenechea JJ, Trujillo Uribe E. Salud para todos en el año 2000. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1987.

Brasil. Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. São Paulo: IMESP; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 373 de 28 de Fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência a Saúde NOAS-SUS 02/2002. [Online] Brasília, 2002. [citado 2002 Mar 28]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sus/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm>.

Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O Discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Mendes A, Carvalho G, Castro PC, Santos SBS. Gestão administrativa e financeira na área da saúde. In: Westphal MF, ALMEIDA E, organizadores. Gestão de serviços de saúde. São Paulo: Edusp; 2001.

Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.

Mendes HWB. Regionalização da assistência à saúde: análise de demanda ao serviço de urgência/emergência de um hospital universitário [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.

Robayo JC. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. Bol Of Sanit Panam. 1977;82:478-90.

Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad Saúde Pública. 2002;18 Supl:153-162.

Travassos C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para debate. Cad Saúde Pública. 1997;13:325-330.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992;22:429-445.

Recebido em 22 de setembro de 2004
Aprovado em 21 de outubro de 2004