

SÍNTESE

REVISTA DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Volume 6, números 1 e 2, jan/dez de 2011



TCE RJ

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SÍNTESE

ISSN: 1981-3074

Revista do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro
volume 6, números 1 e 2, jan./dez. de 2011



Rio de Janeiro
2011

Conselho Deliberativo

Presidente

Jonas Lopes de Carvalho Junior

Vice-Presidente

Aluisio Gama de Souza

Conselheiros

José Gomes Graciosa

Marco Antonio Barbosa de Alencar

José Maurício de Lima Nolasco

Julio Lambertson Rabello

Aloysio Neves Guedes

Procurador-Geral do Ministério Público Especial

Horácio Machado Medeiros

Secretário-Geral de Controle Externo

Gino Novis Cardoso

Secretário-Geral de Planejamento

José Roberto Pereira Monteiro

Secretário-Geral de Administração

Marcelo Alves Martins Pinheiro

Secretária-Geral das Sessões

Gardenia de Andrade Costa

Procurador-Geral

Sérgio Cavalieri Filho

Chefe de Gabinete da Presidência

Ana Helena Bogado Serrão

Diretora-Geral da Escola de Contas e Gestão

Paula Alexandra Nazareth

Coordenador-Geral de Comunicação Social, Imprensa e Editoração

Flávio Pessoa

Síntese: Revista do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro
ISSN: 1981 - 3074 volume 6, números 1 e 2, jan./dez. 2011

A Síntese: Revista do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro é uma publicação organizada pela Escola de Contas e Gestão do TCE-RJ, com periodicidade semestral. Seu objetivo é disseminar trabalhos técnico-científicos – artigos, resenhas e estudos de caso – na área de administração pública, controle externo, tribunal de contas e áreas afins. Foi lançada em novembro de 2006 em substituição à antiga Revista do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. Os trabalhos publicados são de exclusiva responsabilidade de seus autores. As opiniões neles manifestadas não correspondem, necessariamente, a posições que refletem decisões desta Corte de Contas. Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte. Disponível também em: www.tce.rj.gov.br/sinteseonline

Conselho Editorial: Conselho Superior da ECG

Supervisão Acadêmica: Rosa Maria Chaise

Comissão Científica

Cláudio Martinelli Murta, Elaine Faria de Melo, Fátima Cristina de Moura Lourenço, Flávia Andréa de Albuquerque Melo, Guilherme Pinto de Albuquerque, Jean Marcel de Faria Novo, Jorge Henrique Muniz da Conceição, Marcello Leoni L. de Arrufat Torres, Marcelo Franca de Faria Mello, Marcelo Martinelli Murta, Paula Alexandra C. P. Nazareth, Renata de Oliveira Razuk e Sérgio Paulo Vieira Villaça

Editor Executivo: Flávio Pessoa / **Editora Assistente:** Tetê Oliveira / **Projeto gráfico:** Inês Blanchart / **Diagramação:** Adelea Barbosa e Inês Blanchart / **Fotografias:** Jorge Campos e Banco de imagens da CCS/TCE-RJ / **Arte e editoração:** Coordenadoria de Comunicação Social, Imprensa e Editoração / **Revisão:** Marco Antonio Gay, com colaboração de Luiz Henrique de Almeida Pereira (referências) / **Versão para inglês** (Abstracts e Keywords): ECG

Impresso em 2012 na Gráfica J.DIGiorgio

Periodicidade: Anual

Tiragem: 500 exemplares – Distribuição gratuita

Endereço para correspondência

Escola de Contas e Gestão do TCE-RJ
Avenida Jansen de Melo n° 3
CEP 24030-220 – Centro – Niterói
Tel.: (21) 2729-9534
e-mail: pesquisas_ecg@tce.rj.gov.br

Rio de Janeiro (Estado). Tribunal de Contas

Síntese: Revista do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro – n. 1 e 2 (jan./dez. 2011). Rio de Janeiro: O Tribunal, 2006- .

Semestral
ISSN: 1981-3074

Continuação da Revista do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

1. Administração Pública. 2. Controle Externo. 3. Tribunal de Contas. I. Título.

CDD 352

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Contas e Gestão/TCE-RJ.

SUMÁRIO

- 4** **EDITORIAL**
Presidente JONAS LOPES DE CARVALHO JUNIOR
- 6** **APRESENTAÇÃO**
Paula Alexandra Nazareth
- 10** O PROCESSO DE CRIAÇÃO E AS IDEIAS PRECURSORAS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE
Autor: Hesio Cordeiro
- 18** A PRODUÇÃO LEGISLATIVA SOBRE SAÚDE NO PERÍODO 2003-2010:
breves notas sobre a atuação do Congresso Nacional
Autora: Ligia Bahia
- 32** DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO
da assistência à saúde no Norte Fluminense
Autora: Jaira Calil Siqueira
- 50** ANÁLISE DA GESTÃO E ORGANIZAÇÃO
da atenção básica em saúde do município de Três Rios/RJ
Autora: Renata Odete de Azevedo Souza
- 66** REGULAÇÃO DE ACESSO AO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO EM UTI NO DF
Autor: Dagomar Henriques Lima
- 86** ACESSIBILIDADE AO SERVIÇO DE SAÚDE DE PACIENTES COM
CÂNCER DE MAMA
no município de Campos dos Goytacazes
Autores: Cristiano Salles Rodrigues e Gustavo Henrique Naves Givisiez
- 100** A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
um desafio para a interação com o SUS
Autora: Érica Mascarenhas Soffritti



JONAS LOPES DE
CARVALHO JUNIOR

Presidente do Tribunal
de Contas do Estado
do Rio de Janeiro

É com grande satisfação que o Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, por meio de sua Escola de Contas e Gestão, apresenta uma publicação exclusivamente voltada para um tema da maior relevância para o estado, seus municípios, e também para o Brasil: a gestão da saúde pública.

O reconhecimento da importância do tema levou o TCE-RJ a eleger a saúde pública como Tema de Maior Significância em 2011, ca-

nalizando parcela relevante, de 25% do total dos recursos destinados à auditoria no exercício, exclusivamente para essa área da ação governamental.

Em consonância com os trabalhos técnicos que vêm sendo desenvolvidos no âmbito do controle externo, o Tribunal, por meio da Escola de Contas e Gestão, também escolheu a saúde pública como tema para os dois prêmios que promoveu em 2011: o Prêmio Ministro Gama Filho, de monografias, e o Prêmio Melhores Práticas, destinado a promover a difusão de iniciativas de sucesso implantadas pelas administrações públicas do Rio de Janeiro.

Ainda no intuito de apoiar os servidores do controle externo, reforçando a troca de ideias e experiências com outras instituições, diversas edições do Projeto Tardes

do Saber, promovido pela ECG, enfocaram o tema da auditoria em saúde.

Coroando essas iniciativas, o objetivo deste número da **Síntese** é contribuir para o debate acerca do atual estágio da situação da saúde pública em nosso país, reunindo artigos de profissionais da área, professores especialistas e representantes de instituições de pesquisa e dos trabalhos vencedores da edição 2011 do Prêmio Ministro Gama Filho, que pela primeira vez, desde que foi criado, recebeu monografias não apenas de servidores do estado e dos municípios fluminenses, mas de qualquer pessoa residente e domiciliada em território brasileiro, de qualquer nacionalidade e formação superior.

Boa leitura!

Paula Alexandra Nazareth

Diretora-Geral da
Escola de Contas e
Gestão – ECG/TCE-RJ

A Escola de Contas e Gestão seguiu, em 2011, a prioridade conferida pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro ao tema da Saúde Pública. Buscando trabalhar em estreita sintonia com as orientações da área de Controle Externo do TCE-RJ, a ECG adotou o mesmo tema, ao longo do ano, em suas realizações – prêmios, seminários, encontros técnicos e debates. Com esse foco, buscou-se incentivar a produção e a difusão do conhecimento relativo a essa importante política pública, da máxima relevância para a população e que ocupa hoje lugar de destaque no planejamento e orçamento de todas as esferas de governo, com impactos significativos nos municípios brasileiros.

Como resultado dessa orientação, de forma inovadora, esta edição da **Revista Síntese** é inteiramente dedicada a um único tema – a saúde pública.

Os artigos que a integram foram elaborados por renomados especialistas e pesquisadores, profissionais da saúde, acadêmicos, estudiosos, que participaram da edição 2011 do Prêmio Ministro Gama Filho, cujo tema foi “Gestão em Saúde Pública”: os três ganhadores, que tiveram suas monografias premiadas; professores doutores integrantes da Comissão Julgadora, de renome nessa área, e outros artigos, cuja publicação foi recomendada por essa mesma Comissão.

“O Processo de Criação e as Ideias Precursoras do Sistema Único de Saúde”, de autoria do coordenador do mestrado profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, professor Hesio Cordeiro, inicia esta edição fazendo uma retrospectiva histórica das proposições do movimento da reforma sanitária brasileira para a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), desde os anos 1960 até o estabelecimento de conceitos centrais na Constituição aprovada em 1988, como o da seguridade social – que reúne saúde, previdência e assistência social; da universalidade de cobertura; e da saúde como direito de todos e dever do Estado; concluindo que, não obstante os avanços que se seguiram desde então, permanecem ainda aspectos importantes a serem abordados no SUS.

Ligia Bahia, professora do Instituto de Saúde Coletiva da UFRJ, em artigo intitulado “A Produção Legislativa sobre Saúde no Período 2003-2010: breves notas sobre a atuação do Congresso Nacional”, analisa o papel dos Poderes Legislativo e Executivo na iniciativa de projetos de lei relacionados às políticas de saúde e revê, com base em levantamento realizado pelo Laboratório de Economia Política da Saúde da UFRJ e em diversos trabalhos acadêmicos produzidos no período recente, a produção legislativa na área da saúde nos períodos 2003-2006 e 2007-2010. Em conclusão, ao destacar a clara assimetria entre as proposições dos dois Poderes em termos do impacto sobre o sistema de saúde, a autora levanta indagações e aponta lacunas, sugerindo a oportunidade de reflexão e do desenvolvimento de pesquisas de maior fôlego sobre o tema, uma agenda viável e necessária para que o SUS seja de fato uma política de Estado e não de governo.

Além dos membros da Comissão, estão reunidos nesta revista artigos oriundos dos três trabalhos vencedores da edição 2011 do Prêmio. Em “Desafios para a Implantação da Regionalização da Assistência à Saúde no Norte Fluminense”, a autora Jaira Calil Siqueira, médica da Estratégia de Saúde da Família do Município de São João da Barra, que conquistou o 1º lugar, avalia o impacto do modelo regionalizado na atenção hospitalar da Região Norte Fluminense no período entre 2002 e 2007, avaliando que a implantação da estratégia da regionalização não trouxe melhorias no acesso, resultado para o qual contribuíram a organização de redes incapazes de atender à demanda e a ausência de mecanismos capazes de estimular práticas cooperativas entre os entes federativos.

Em “Análise da Gestão e Organização da Atenção Básica em Saúde do Município de Três Rios”, trabalho que obteve o 2º lugar do Prêmio, Renata Odete de Azevedo Souza, coordenadora de Programas em Saúde daquele município, relata que a Atenção Básica local está baseada, principalmente, pela Estratégia de Saúde da Família. Algumas características e fragilidades da política e da gestão do sistema municipal de saúde foram identificadas, concluindo que o enfrentamento dessas dificuldades, por meio de mais investimentos, é importante para fortalecer a Atenção Básica no município.

O artigo “Regulação de Acesso ao Serviço de Internação em UTI no Distrito Federal”, 3º lugar do Prêmio Ministro Gama Filho, de Dagonmar Henriques Lima, auditor federal de Controle Externo do Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF), trata do processo de inovação na regulação de acesso ao serviço de internação em unidade de terapia intensiva no serviço público de saúde do Distrito Federal, descrevendo pesquisa realizada com fundamento na abordagem integradora da teoria da inovação em serviços e concluindo que, não obstante as inovações observadas, permanecem obstáculos e desafios na integralidade da assistência.

Além dos trabalhos vencedores do Prêmio, a Comissão Julgadora recomendou a publicação de outros trabalhos concorrentes, pelos temas abordados. Nesta edição, estão dois artigos recomendados: “A Acessibilidade ao Serviço de Saúde de Pacientes com Câncer de Mama no Município de Campos dos Goytacazes”, de Gustavo Henrique Givisiez, do Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional da UFF, e Cristiano Rodrigues, professor da Faculdade de Medicina da UCAM; e “A Inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: um desafio para a interação com o SUS”, de autoria de Érica Mascarenhas Soffritti, especialista em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz.

A atualidade do tema e a qualidade dos trabalhos submetidos, destacadas pelos membros da Comissão, constituem importante reconhecimento do esforço empreendido na realização desta edição do Prêmio Ministro Gama Filho e da ampliação de seu alcance. Com mais esta publicação, a Escola de Contas e Gestão espera poder contribuir para compor um retrato da situação da saúde em nosso estado e no país e para o fortalecimento de uma gestão pública comprometida com o melhor atendimento das demandas da sociedade.

ESTUDOS



10

O PROCESSO DE CRIAÇÃO E AS IDEIAS
PRECURSORAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

18

A PRODUÇÃO LEGISLATIVA SOBRE SAÚDE
NO PERÍODO 2003-2010:
breves notas sobre a atuação do Congresso Nacional

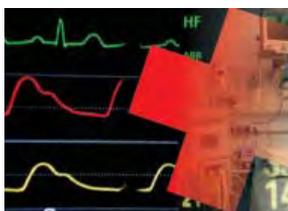


32

DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO
da assistência à saúde no Norte Fluminense

50

ANÁLISE DA GESTÃO E ORGANIZAÇÃO
da atenção básica em saúde no município de Três Rios/RJ



66

REGULAÇÃO DE ACESSO AO SERVIÇO DE
INTERNAÇÃO EM UTI NO DF

86

ACESSIBILIDADE AO SERVIÇO DE SAÚDE DE
PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA
no município de Campos dos Goytacazes



100

A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA
um desafio para a interação com o SUS

O PROCESSO DE CRIAÇÃO E AS IDEIAS PRECURSORAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Hesio Cordeiro

Coordenador do Mestrado Profissional da Universidade Estácio de Sá

RESUMO: O artigo menciona a trajetória de formulação das propostas do Sistema Único de Saúde, a partir da Nova República, com as medidas de extensão dos cuidados de saúde pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) pelos hospitais universitários, abolindo-se a exigência de só atender a segurados da previdência social. Desenvolveram-se formas de tratar o setor privado através do contrato padrão estendido a todos os prestadores privados e foram estabelecidas novas atribuições às secretarias estaduais e municipais de saúde, unificando o comando do sistema. Somente na discussão da proposta da nova Constituição Federal foi estabelecido o conceito de Sistema Único de Saúde descentralizado com integralidade das ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde.

ABSTRACT: *This article mentions the formulation's trajectory of the proposals of the Brazilian Unified Health System, since the New Republic, with the steps for expansion of the health care in teaching hospitals, provided by the National Institute of Medical and Social Welfare (INAMPS), by abolishing the conception of giving health care only to people who contribute to the social security. The private sector started to be ruled by the same standard contract of all private providers, as well as the States and the Municipalities Health Care Secretariats became to be responsible for new assignments, uniting the Unified Health System leaders. Only with the discussion about the proposed new Federal Constitution, it was established the concept of the decentralized Unified Health System with the completeness of actions of promotion, prevention, treatment and rehabilitation of health.*

PALAVRAS-CHAVE:
Sistema Único de Saúde;
Universalização da Saúde;
Previdência Social.

KEYWORDS:
The Brazilian Unified Health System; Universal Health; Social Security.

O movimento da reforma sanitária brasileira para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) está longe de estar concluído e uma estratégia importante para apressar os avanços é rever os trabalhos que foram precursores e reconhecer neles as bases iniciais da reforma. A proposta de Atenção Primária de Saúde permeia o movimento municipalista da saúde no País desde a III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, com Wilson Fadul à frente do Ministério da Saúde. A III Conferência não se restringia a esta proposta. O tema do subdesenvolvimento e suas repercussões nos problemas médico-sanitários estava presente, evidenciando como as reformas de base seriam importantes para suplantar os efeitos do atraso e resolver o quadro de doenças infecto-parasitárias, ainda prevalente naquele momento. A relação entre saúde e desenvolvimento econômico e social foi apontada mais de uma vez (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992).

O trabalho de análise da organização dos serviços de saúde em nível local (ALMEIDA, 1979) indicava, em 1979, como a produção social da doença e das ações de saúde refletia a estrutura da sociedade brasileira e se traduzia (e ainda se traduz) nas desigualdades das classes sociais e frações de classe decorrentes das relações do Estado com os processos econômicos e sociais daí resultantes, inclusive na elaboração e implementação de políticas de saúde.

É indicado que o ano de 1967 concentrou as mudanças mais relevantes das instituições de saúde, em decorrência do processo de unificação da Previdência Social com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Isso se complementou com mudanças no aparelho de Estado com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e outras alterações na composição dos órgãos de administração (IAPAS) e de assistência social (LBA). No âmbito da saúde prevalecia um papel quase figurativo para o Ministério da Saúde: combate às epidemias e endemias, e ações pontuais

[...] o ano de 1967
concentrou as
mudanças mais
relevantes das
instituições de
saúde, em
decorrência do
processo de
unificação da
Previdência Social

de extensão de atendimento às populações excluídas.

Na Previdência Social encontravam-se ancorados os interesses do processo de privatização da assistência médico-hospitalar, privilegiando hospitais e a internação como estratégias sanitárias com pouca ênfase na prevenção e na promoção da saúde. O processo de privatização pela previdência social era hegemônico e estava na raiz das crises de financiamento da Previdência Social e nas denúncias de fraudes e de má utilização dos recursos públicos (MELLO, 1978). Algumas tentativas de correção foram propostas especialmente com a implantação das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), que racionalizariam os dispêndios na assistência médica. Surgem novas denúncias de fraudes e as propostas são identificadas com o autoritarismo e o centralismo. A aspiração de reabertura para o processo democrático de há

muito mobilizava as oposições ao regime autoritário, especialmente de sanitaristas e grupos pensantes dos departamentos de medicina preventiva e social, para estimular processos de municipalização e de mudanças nas políticas locais de saúde. A ideia do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), elaborada por técnicos de saúde reunidos na sede da Organização Pan-americana da Saúde, previa a coordenação entre Previdência e Saúde (TANAKA e RESENBURG, 1990). No entanto, foi proposição natimorta, pois logo em seguida o governo federal recuou na proposta. No início de 1980, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema básico era a extensão das ações de saúde através de serviços básicos, visando aos cuidados primários de saúde, reforçando as propostas políticas da reunião de Alma-Ata ocorrida em 1978. Nessa conferência foram lançadas as bases para o Prev-Saúde, cujo primeiro anteprojeto foi elaborado em agosto de 1960.

As propostas do Prev-Saúde eram tão ambiciosas em suas metas que logo surgiram críticas de empresários de saúde, que motivaram seus formuladores a atenuar o que se propunha, restringindo-se à reordenação do setor público e aos grupos mais carentes e de maior risco.

A partir das críticas, o Governo Federal formulou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (CONASP) em 1982, sendo presidente do INAMPS o Dr. Aloisio Salles da Fonseca.

Contudo, a assistência médica curativa ainda era a proposta predominante, somente sendo mencionada a prevenção e a promoção à saúde com o surgimento da medicina de família em Niterói (Região Metropolitana do Rio de Janeiro) e com os agentes comunitários de saúde no Ceará.

Em 1980, o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) propusera o documento “A democratização da Saúde no Brasil”, no qual se mencionava

pela primeira vez a proposta do Sistema Único de Saúde, com trabalho de Cordeiro, Fiori e Guimarães (CEBES, 1980). E, mais adiante, na Conferência de Montes Claros, liderada por José de Saraiva Felipe, atualmente deputado federal, quando se elaborou a Carta de Montes Claros, com propostas para o governo da Nova República (CORDEIRO, 2004).

Em 1985, as primeiras medidas de Waldir Pires como ministro da Previdência e Assistência Social foram:

- 1 - universalização da clientela dos hospitais universitários, não mais restrita aos contribuintes da Previdência Social, incluindo os então denominados indigentes;
- 2 - revisão dos valores pagos aos hospitais universitários, corrigindo a defasagem existente entre os valores praticados com os hospitais privados;

As propostas do
Prev-Saúde eram
tão ambiciosas em
suas metas que logo
surgiram críticas
de empresários
de saúde,
que motivaram seus
formuladores a
atenuar o que se
propunha

3 - desenvolvimento e ampliação de articulação entre as redes de atendimento dos hospitais públicos e privados, visando eliminar a capacidade ociosa;

4 - descentralização e democratização das estruturas administrativas, delegando mais capacidade de decisão às superintendências regionais do INAMPS;

5 - apoio e reforço das estruturas colegiadas de programação, avaliação e controle em todos os níveis (Cordeiro, 2005).

Já no meu discurso de posse no INAMPS, em

maio de 1985, reconheci que “trabalhadores e não trabalhadores, empregados e desempregados, populações urbanas e rurais têm direito à saúde” (CORDEIRO, 2005, p. 27). A universalização da saúde começava, pois, a ser praticada, incluindo a superação das desigualdades regionais e entre áreas urbanas e rurais. Propunha-se que a relação entre o público e o privado fosse estabelecida em contrato, com normas do direito público. Estas relações se baseavam na questão tecnológica no sentido de se estimular a avaliação da eficácia e da efetividade de tecnologias,



combatendo-se o desperdício de recursos pela ociosidade de equipamentos incorporados à rede de saúde.

A criação das Coordenadorias de Ciência e Tecnologia na estrutura administrativa do INAMPS foi altamente inovadora, com o objetivo de realizar avaliações dos procedimentos de alto custo e complexidade, visando racionalizar a incorporação tecnológica. Para tal, contou-se com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), que iniciaram os trabalhos de revisão dos equipamentos radiológicos e de imagem.

O combate às fraudes foi incrementado por comissão criada pela Portaria MPAS nº 3.478, de abril de 1985, constituída por um representante do Conselho Federal da Ordem dos Advogados, de um procurador do Instituto de Administração da Previdência Social e de um procurador da República. A aproximação com

o Ministério da Saúde se deu a partir de programas de prevenção e combate à Aids, de sangue e hemoderivados (Pró-Sangue), de acidentes do trabalho e de prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas.

O esgotamento da proposta de coordenação oriunda das Ações Integradas de Saúde (AIS) levou à transferência da gestão federal para as secretarias municipais e estaduais de saúde, gerenciando de acordo com o porte as unidades próprias ambulatoriais ou hospitalares.

Este processo culminou com a exposição de motivos de Raphael de Almeida Magalhães e de Roberto Santos, então ministros da Previdência Social e da Saúde, respectivamente, dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Promulgou-se o Decreto 94.657, de 29/07/1987. Mais tarde, já com o ministro Renato Archer, representantes da Casa Civil da Presidência da República e de outros ministérios, foi elaborado o Decreto 95.861/1988 para acelerar a transferência da gestão das unidades do INAMPS para as administrações estaduais e municipais, estabelecendo-se a cessão de uso dos bens móveis, equipamentos e imóveis do INAMPS, bem como o custeio de ações privadas e filantrópicas e de investimentos.

A nova Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988 (Brasil, 2001), teve como pontos centrais os conceitos de:

- 1 - seguridade social envolvendo ações do Estado e da sociedade, destinada a assegurar os direitos à saúde, previdência e assistência social, superando o conceito de seguro-social e envolvendo contribuintes e não contribuintes;
- 2 - universalidade de cobertura;
- 3 - que é dever do Estado garantir a saúde como ação intersetorial, econômica e social inclusive, mas não apenas de ações médico-curativas ou preventivas. A Constituinte definiu ainda que é livre a prestação, pela iniciativa privada, de serviços de saúde,

A criação das Coordenadorias de Ciência e Tecnologia na estrutura administrativa do INAMPS foi altamente inovadora, com o objetivo de realizar avaliações dos procedimentos de alto custo e complexidade, visando racionalizar a incorporação tecnológica

sendo vedada a participação de empresa e capital estrangeiros para a assistência à saúde, com a ressalva dos casos previstos em lei.

As relações com o setor privado através de operadoras de planos de saúde não foram abordadas na Constituinte, o que aconteceu só depois com a discussão da regulação do setor de saúde

suplementar, em 1999, e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000. Entre os aspectos que devem ser abordados ainda no SUS estão: a questão da normalização qualitativa e quantitativa dos profissionais de saúde, a questão da qualidade assistencial relacionada à formação profissional, e os procedimentos de acreditação baseada em padrões internacionais de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Marcio José de. **A organização de serviços de saúde a nível local**: registro de uma experiência em processo. Dissertação (Mestrado em Medicina Social)–Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1979.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 2001.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (Brasília, 1963). **Anais...** Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992.
- CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2012.
- _____. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 2005.
- MELLO, Carlos Gentile de. A Medicina Previdenciária. In: GUIMARÃES, Reinaldo (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RESENBURG, Cornélio Pedroso. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 60-68, 1990. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v24n1/10.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2012.

A PRODUÇÃO LEGISLATIVA SOBRE SAÚDE NO PERÍODO 2003-2010: breves notas sobre a atuação do Congresso Nacional



Ligia Bahia

Professora do Instituto de Saúde Coletiva da UFRJ

PALAVRAS-CHAVE: Políticas de Saúde; Poder Legislativo; Poder Executivo; Projetos de Lei.

KEYWORDS:
Health Policies; Legislature; Executive; Law Proposals.

RESUMO: O trabalho tem caráter exploratório e objetiva problematizar acepções sobre o caráter particularista das iniciativas do Poder Legislativo relacionadas com políticas de saúde. Tomando como referencial estudos sobre o papel do Parlamento no Brasil, sugestivos da existência de tensões estabelecidas pelas iniciativas de caráter normativo do Poder Executivo na Câmara dos Deputados, foram analisados projetos de lei de integrantes do Congresso Nacional nos períodos 2003-2006 e 2007-2010. Nos dois casos preponderaram projetos de lei benéficos à saúde, mas reiterativos, redundantes e, portanto, dotados de pequeno potencial de questionamento e transformação das políticas, enquanto a elaboração pelo Executivo de leis de maior impacto sistêmico concentrou-se no primeiro mandato do presidente Lula (2003-2006).

ABSTRACT: *This exploratory paper seeks to call into question the meanings associated to the particularistic character of health-related initiatives taken by the Legislative. Referenced on studies of the parliament's role in Brazil, suggestive of tensions established by the normative character of the Executive's initiatives in the House of Representatives, it analyses law proposals in Congress for the periods 2003-2006 and 2007-2010. Both periods are dominated by law proposals benefitting the health system, but altogether reiterative and redundant, thus having limited potential for questioning and transforming policies, while the Executive's elaboration of laws of more systemic impact were concentrated in the first mandate of President Lula (2003-2006).*



O tema saúde, a despeito de suas múltiplas questões e abordagens no campo da saúde coletiva, tem sido examinado primordialmente a partir de ações e estatutos normativos do Poder Executivo. Hoje o conhecimento dos estudiosos e formuladores e executores de políticas sobre a situação e mudanças no âmbito do Ministério da Saúde é muito superior àquele sobre a tramitação das matérias de interesse no Judiciário e no Congresso Nacional. A centralidade do Poder Executivo no debate e definição da agenda da saúde é recente e, paradoxalmente, coincide com a democratização. As teses sobre a Reforma Sanitária¹ elaboradas pelo Movimento pela Democratização da Saúde/Movimento Sanitário, desde os anos 1970, foram gestadas, debatidas e legitimadas no âmbito do Congresso Nacional.

A linha de continuidade entre o documento “A Questão Democrática na Área da Saúde”, contendo as diretrizes fundamentais da Reforma Sanitária e aprovado no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara de Deputados em 1979, e o texto sobre saúde na Constituição de 1988, teve como substrato o intenso fluxo de relações entre movimentos sociais, intelectuais, partidos políticos e parlamentares.

No período de crise-abertura política do regime militar à aprovação da Constituição em 1988 foram acionadas diversas estratégias para ocupar espaços de divulgação, debate e consolidação das bases jurídico-legais e técnicas de um novo sistema nacional de saúde. No contexto da formulação das alternativas para a denominada Nova República, o repertório do Movimento Sanitário incluiu atuações coordenadas de: assessoria parlamentar: elaboração da proposta de governo; encontro com prefeituras e busca

de apoio parlamentar e para a indicação do provimento de cargos para o governo que se iniciava (RODRIGUEZ NETO, 2003).

O deslocamento da proximidade com as instituições propriamente políticas (partidos e Parlamento), que marcou a fundação e a consolidação do Movimento Sanitário em direção às preocupações com a engenharia institucional do sistema, tem sido encarado ora como sintoma de despolitização do processo de mudanças na saúde, ora como decorrência quase natural dos novos ventos democráticos. Para uns o confinamento aos trâmites administrativos setoriais, no limite, descaracterizaria o projeto da Reforma Sanitária. Para outros, passado o ciclo de embates no plano formal, a ênfase nos temas e trâmites afetos ao Poder Executivo, especialmente da esfera federal, justificar-se-ia em função da importância de suas instituições e normas para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

De fato, a saúde, como política pública, tem sido apresentada como ação de governo gerida pelo Executivo, ainda que grande parte das medidas tomadas, inclusive após a Constituição de 1988, tenha sido objeto de alguma manifestação do Legislativo. A par da produção legislativa típica, é amplamente reconhecido o papel dos parlamentares na resistência às sucessivas investidas para descaracterizar e restringir o orçamento da saúde.

Historicamente, a firme atuação dos parlamentares foi decisiva para encontrar fontes alternativas e transitórias de recursos como o Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF)², bem como para barrar as proposições de restrição do orçamento para a saúde. Como afirmam Marques e Mendes (2005), a insistên-

1 Definida como projeto político-cultural originado em movimentos sociais pela democratização da saúde baseados em uma plataforma integrada por: ampliação do conceito de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; criação de um Sistema Único de Saúde; participação popular; constituição e ampliação do orçamento da Seguridade Social.

2 Na prática, essa solução veio a vigorar a partir de 1997, sob a denominação de Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). A CPMF foi extinta pelo Senado em 2007.

De fato, a saúde, como política pública, tem sido apresentada como ação de governo gerida pelo Executivo, ainda que grande parte das medidas tomadas, inclusive após a Constituição de 1988, tenha sido objeto de alguma manifestação do Legislativo

cia em subtrair recursos da saúde tem sido uma prática governamental reiterada. A insistência em considerar como recursos da saúde juros, despesas com inativos, programa de combate à pobreza, entre outros, não se concretizou, até o momento, por força da mobilização da Frente Parlamentar da Saúde, instituições e entidades comprometidas com a saúde pública.

Por outro lado, em dezembro de 2011, o Senado negou um projeto anteriormente aprovado por unanimidade e votou contra a ampliação dos recursos financeiros para a saúde. O que se pretendia era alterar a regra vigente para o aporte de recursos financeiros para a saúde, segundo a Emenda Constitucional nº 29, de setembro de 2000, que determina que as três esferas de governo devem contribuir com os seguintes valores mínimos: União – a cada ano um recurso equivalente ao total empenhado no ano anterior, aplicada a variação nominal

do PIB; estados – 12% de seus impostos; e municípios – 15% de seus impostos. Para tanto, a proposta era alterar a fórmula de cálculo dos recursos da União para a saúde, fixando em 10% de sua Receita Corrente Bruta para se equiparar à forma de cálculo de estados e municípios. A rejeição pelo Senado da principal bandeira que aglutinou os movimentos sociais em defesa do SUS com o Parlamento durante nove anos representa um enorme desafio para o sistema de saúde brasileiro.

Com base nessas constatações é fácil verificar certo descompasso entre o foco das atenções das vertentes técnicas e acadêmicas do Movimento Sanitário e os processos mais gerais de produção das políticas e determinação das condições de vida e saúde da população. Temas emanados do Poder Executivo e em especial de certos órgãos do Ministério da Saúde, como as normas sobre repasses de recursos, nomeações e definição de investimentos, exercem certo monopólio no debate corrente sobre as políticas de saúde e na produção científica da área.

É importante assinalar que o padrão analítico centrado quase que exclusivamente no Executivo, enquanto instância decisória que dita os rumos das políticas públicas, não é uma prerrogativa da área da saúde. Cientistas políticos como Boschi e Lima (2003) ponderam que o protagonismo do Poder Executivo na engenharia institucional republicana, especialmente a partir dos anos 1930, foi sempre tão notório que fica a impressão de que suas instituições encarnam o Estado. Subjacente à noção de Estado, estaria a figura do Poder Executivo, do qual originam-se todas as relações, inclusive aquelas que se estabelecem com os demais poderes e com a sociedade. Não é por menos que os argumentos baseados na debilidade e instabilidade das instituições da democracia representativa e da sociedade civil encontram tanta ressonância nos fóruns de debate e difusão de análises sobre a formação social brasileira. Os argumentos sobre a inocuidade e a inoperância



das denúncias de corrupção por integrantes do Congresso Nacional contribuem para difundir e reiterar os altos índices de impopularidade do Poder Legislativo.

O Poder Legislativo é um tema de estudos das ciências sociais. No Brasil, as tentativas de analisar mais profundamente os problemas e potenciais do Congresso Nacional, como instância republicana essencial ao Estado constitucional e ao equilíbrio de poderes, dissecam sua estrutura e dinâmica de funcionamento.

Encontram-se análises focadas na organização e composição da Câmara dos Deputados. O funcionamento das comissões permanentes e a adequação de seus representantes à regra democrática de “cada homem um voto” ensejaram estudos sobre as singularidades brasileiras, especialmente no que diz respeito à fixação de limite máximo e mínimo para as bancadas por unidade da federação. Além da vigência de uma representação não estritamente proporcional,

justificada em função da necessidade de compensar as grandes desigualdades federativas e regionais, registram-se estudos sobre a representação da Câmara vis-à-vis as características socioprofissionais e demográficas da população brasileira.

Segundo Rodrigues (2002), as atividades empresariais, as profissões liberais, o alto funcionalismo e o magistério constituem nessa ordem, os principais segmentos ocupacionais e profissionais que compõem a “classe política” na esfera federal. Entre os deputados profissionais liberais situam-se em primeiro lugar os advogados e a seguir médicos e engenheiros. O autor observou ainda uma pequena variação na distribuição do status sócio-ocupacional entre os partidos. Os recrutamentos partidários situados no espectro à direita possuíam uma sobre-representação de empresários e sub-representação de trabalhadores industriais e lavradores.

As abordagens que têm como objeto as rela-

ções entre o comportamento dos partidos e a efetividade do Poder Legislativo representam uma segunda vertente analítica. Ao sistema de lista aberta atribuem-se incentivos eleitorais tendentes a conformar partidos pouco institucionalizados. O voto personalizado em detrimento das estratégias que enfatizariam a sigla e o programa dos partidos concorreria para a baixa organicidade dos partidos, para o comportamento paroquial dos deputados e a baixa disciplina partidária. Os deputados representariam interesses circunscritos, regionais, fisiológicos, oligárquicos em contraposição àqueles modernos e de alcance nacional que seriam mais bem conduzidos pelo Poder Executivo.

O terceiro grupo de temas privilegiado pelas análises acadêmicas é a relação, no que concerne à divisão de atribuições, entre Executivo e Legislativo. A Constituição de 1988 devolveu prerrogativas ao Congresso Nacional, mas concedeu mais poderes formais ao presidente da República do que os previstos pela Constituição de 1946. Ao chefe do Executivo compete propor leis e emendas constitucionais e, além disso, ele possui iniciativa legislativa exclusiva nas matérias relacionadas à administração pública, à criação de impostos e ao orçamento. Tem ainda a prerrogativa de vetar total ou parcialmente as leis aprovadas pelo Legislativo, embora o veto presidencial possa ser derrubado por maioria em sessão conjunta do Congresso. O presidente da República também tem o poder de editar projetos com força de lei (medidas provisórias). Essas atribuições somam-se ao comando de uma vasta rede administrativa, incluindo ministérios, empresas estatais, como a Petrobras e o BNDES, e várias agências estatais.

Estudos sobre os efeitos agregados da estrutura e o funcionamento do Poder Legislativo confirmam a forte influência do Poder Executivo como órgão de Estado na vida nacional. Segundo Figueiredo e Limongi (1999), entre 1989 e 1998 apenas 14% das leis aprovadas foram de autoria

de deputados e senadores ou de comissões parlamentares. Essa proporção contrasta com o período de 1946 e 1964, quando havia maior equilíbrio na produção legislativa e a produção do Congresso chegou a atingir 57% do total. Por outro lado, as suspeitas fortemente difundidas sobre o paroquialismo do Congresso Nacional não se confirmam, ao menos no que se refere à produção de leis. Conforme Amorim Neto e Santos (2002), o assunto predominante na produção legislativa de autoria dos integrantes do Legislativo no período 1985-1999 é o social e a abrangência das matérias é nacional. Essa performance pouco conhecida do Congresso Nacional - sua permeabilidade aos temas sociais de alcance nacional - apesar de surpreendente parece corresponder a uma vocação duradoura. A suposta divisão de trabalho entre Executivo e Legislativo, segundo a qual caberia ao Congresso patrocinar leis de abrangência subnacional e ao Executivo leis de abrangência nacional não encontra respaldo na análise da produção legislativa do Congresso Nacional. No presidencialismo brasileiro coexistem coalizões governamentais e legislativas com “transferências monetárias”, por meio da execução de emendas, com outras formas igualmente relevantes de atração dos partidos e parlamentares para conferir suporte às coalizões estáveis



– como as “transferências políticas”, mediante participação direta em postos governamentais, e a própria negociação do conteúdo das políticas (RAILE et al., 2010).

Diante da constatação sobre as prioridades sociais do Congresso Nacional, Santos (2002) sugere que a especialização dos Poderes é temática. Os legisladores tratam de temas sociais e o Executivo prepondera nas áreas econômica e administrativa. Os temas abordados pelo Legislativo têm em comum o fato de não recortarem o espectro ideológico e partidário de forma tradicional. Como ocorre, por exemplo, em relação à distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e regulamentação da doação de órgãos.

O Poder Legislativo e a Produção de Leis sobre Saúde

Sem dúvida, os trabalhos acadêmicos sobre o Legislativo têm contribuído – e muito – para desmistificar imagens preconceituosas e avançar o conhecimento das instituições políticas nacionais. O papel do Legislativo na área da saúde tem sido registrado especialmente em momentos de impacto no Congresso – a própria Constituinte, a votação da Lei Orgânica da Saúde, a CPI dos planos de saúde (RODRIGUES NETO, 2003; GARCIA, 2004; PEREIRA, 1994). A natureza predominantemente social e nacional da ação legislativa cotidiana dos congressistas parece estender-se e até potencializar-se na saúde. Lemos (2001), ao examinar 817 projetos relativos às áreas de saúde e educação entre 1989 e 1999, observou que cerca de 60% deles visavam à transferência difusa de recursos ou à regulação difusa de determinadas atividades. Vargas (2003), estudando as relações entre o Poder Executivo e o Poder Legislativo no pós-Constituinte, aprofunda os conteúdos da produção legislativa sobre saúde. Esta última autora sugere uma indiferenciação entre Executivo e Legislativo na preferência por temas, uma vez

que o Executivo é autor de proposições oriundas de demandas sociais e das áreas técnicas, e ressalta o desempenho relevante do Conselho Nacional de Saúde na articulação das relações entre o Executivo e o Legislativo.

O levantamento dos projetos de lei sobre saúde no período 1999-2010, realizado pelo Laboratório de Economia Política da Saúde da UFRJ, indica que o tema preferido dos autores dos projetos de lei é o denominado código sanitário que abriga uma ampla gama de matérias como condições de higiene dos estabelecimentos, incluindo farmácias, requerimentos para o exercício profissional na área e questões relacionadas com o direito do consumidor. Em segundo lugar situam-se os que versam sobre o SUS, sua organização, programas a serem implantados e desenvolvidos no âmbito do sistema público de saúde e financiamento. Os projetos que dizem respeito à assistência suplementar referem-se à regulamentação das empresas de planos e seguros de saúde, seja mediante proposições que visam a alterar a Lei 9.656/1998, seja mediante projetos que legislam sobre a atividade das empresas de planos e seguros de saúde e/ou seus prestadores de serviços.

Durante o primeiro mandato do presidente Lula, as tensões entre Legislativo e Executivo, e também com o Judiciário, a respeito de temas da saúde adquiriram grande visibilidade. Os embates na arena do Legislativo, em relação ao orçamento da saúde e à judicialização dos conflitos sobre a intervenção do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, ilustram as disputas pelos espaços de definição de competências. Nesse período a produção legislativa sobre saúde foi fortemente marcada pela aprovação de projetos de autoria do Executivo. Entre 2003 até meados de 2006 as leis de autoria dos parlamentares do Congresso Nacional compreenderam:

- resoluções do Senado Federal autorizando o governo da Bahia a contratar crédito junto

ao Banco Mundial (Bird) para a reorganização do sistema estadual de saúde e para a segunda etapa do VigiSUS;

- decretos legislativos relativos à concessão de serviço de radiodifusão para associações comunitárias de educação e saúde, como as de Mondubim (Fortaleza/CE) e dos municípios de Saúde (BA) e de Feijó (AC);
- decretos legislativos relativos a obras como as do Hospital Regional de Cacoal (RO);
- criação de estatutos e programas de proteção de populações vulneráveis como o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), o Estatuto do Idoso, a inclusão de normas sobre atendimento no SUS no Estatuto da Criança e do Adolescente e a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher;
- garantias da humanização do atendimento, como a obrigatoriedade do direito a acompanhante para gestantes, instalação de brinquedotecas nos hospitais pediátricos;
- normas sobre controle e fiscalização de medicamentos e alimentos, como talidomida e presença de glúten e comercialização de alimentos para lactentes e crianças;

• aprovação de convenções internacionais sobre saúde do trabalhador;

- reforço a problemas específicos de saúde, como a instituição do Dia Nacional de Conscientização sobre a Esclerose Múltipla e a definição das diretrizes sobre a atenção integral aos portadores de hepatite.

O teor cívico e a natureza incremental das proposições do Legislativo contrastam fortemente com os projetos encaminhados pelo Executivo, claramente voltados para a implementação de projetos estruturantes no sistema de saúde. Pontos da plataforma eleitoral do Partido dos Trabalhadores (PT), como o Programa Farmácia Popular, integram o vasto acervo da produção legislativa sobre saúde de autoria do Executivo. No mesmo intervalo de tempo considerado para análise da produção legislativa – 2003-2006 –, foram aprovadas as seguintes leis de autoria do Poder Executivo sobre:

- medicamentos - instituição do Programa Farmácia Popular, política nacional de fitoterápicos, alteração da legislação sobre comercialização fracionada de medica-



mentos, autorização do fracionamento de medicamentos;

- sangue e hemoderivados - aprovação do plano diretor sobre sangue e aprovação do estatuto da Hemobras;

- assistência médico-hospitalar - criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), definição de critérios sobre os hospitais estratégicos no âmbito do SUS, grupo interministerial para a melhoria do atendimento nos hospitais conveniados ao SUS, declaração de estado de calamidade pública no Rio de Janeiro (intervenção do Ministério da Saúde);

- endemias - alteração do grupo interministerial para combate à dengue e criação de grupo interministerial para hanseníase;

- planos privados de saúde - adaptação dos contratos dos planos de saúde e assistência de saúde ao servidor público;

- riscos ambientais e estilos de vida - controle da qualidade da água, aperfeiçoamento da legislação sobre consumo e propaganda de bebidas alcoólicas, produtos fumíferos e defensivos agrícolas, promulgação da convenção-quadro sobre controle do uso do tabaco e informações à população sobre transgênicos;

- conferências e Conselho Nacional de Saúde - convocação de conferências nacionais de saúde e normas sobre composição e mandato dos membros do Conselho Nacional de Saúde;

- populações vulneráveis - serviços sentinela de atendimento a casos de violência à mulher;

- cargos e carreiras - alteração de carreiras, provimento de funções gratificadas e comissão de validação de diplomas do protocolo internacional Brasil-Cuba;

- créditos - solicitação de créditos orçamentários junto a instituições nacionais;

- a situação da saúde - comissão sobre determinantes sociais da saúde.

Esse padrão de divisão de atribuições entre Legislativo e Executivo parece ter se alterado em 2007 e 2010. A maioria dos projetos de lei apresentados pelos parlamentares do Congresso Nacional (Anexo) gravitou em torno de temas e subtemas pouco polêmicos. Parte significativa das proposições do Legislativo (especialmente aquelas referentes à ampliação de coberturas, ao aprimoramento de sistemas de informação e à restrição do uso de produtos, alimentos e bebidas) parece alheia aos graves problemas de acesso e racionamento do uso de serviços e aos conflitos que tais normas gerariam com seus fabricantes. As leis originadas no Poder Executivo tampouco responderam aos nós críticos do sistema de saúde. Embora a Lei nº 11.634/2007 tenha sido inspirada pela garantia do acesso oportuno das parturientes, é sabido que sua efetividade depende das condições da oferta local e que não houve nesse período ampliação ou melhoria substancial da rede de maternidades do SUS. Em 2010, a promulgação do Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288) previu mudanças na organização dos serviços de saúde, que, no entanto, ainda não foram viabilizadas. As causas da relativa inocuidade ou, em outros termos, a imunidade das práticas da rede assistencial do SUS às normas legais, podem ser buscadas na natureza da legislação ou ainda na resiliência às alterações em serviços já existentes. As razões do sucesso de políticas como a Farmácia Popular e o Samu podem se relacionar com a inexistência de tais atividades anteriormente.

Portanto, a clara assimetria entre as proposições do Executivo e as do Legislativo, em termos do impacto sobre o sistema de saúde, suscita interrogações adicionais àquelas formuladas pelos cientistas sociais. As pistas sugerem que o padrão geral de desequilíbrio dos índices de autoria Executivo/Legislativo venha adquirindo contornos específicos na saúde. A hipótese a ser examinada é sobre os conteúdos das proposições legais e administrativas emanadas do

No momento,
o Poder Legislativo
se encontra
praticamente ausente
nas análises dos
pesquisadores do
campo da saúde
coletiva

Executivo, tais como definição de programas, critérios de alocação e valores de repasse de recursos, cujos efeitos delimitam o escopo e as possibilidades do sistema público de saúde. Ademais, salta aos olhos a pergunta sobre os

critérios para que uma determinada diretriz ou política adquira o estatuto de lei.

Evidentemente, as respostas a essas e outras indagações exigem a realização de pesquisas de maior fôlego. No momento, o Poder Legislativo se encontra praticamente ausente nas análises dos pesquisadores do campo da saúde coletiva. A carência de reflexões sobre o tema é duplamente indesejável. Seja em função da validade relativa do argumento sobre a primazia do Executivo, que deve ser testado à luz da consolidação da democracia, de uma federação presidencialista, na qual o Legislativo e o Executivo se relacionam de forma nem sempre harmônica e frequentemente tensa, seja porque as pesquisas sobre as relações entre Legislativo e Executivo podem avançar o conhecimento, inclusive sobre as instituições de saúde nos governos de coalizão e o poder dos partidos políticos de nomear cargos de feição técnica-executiva.

O desenvolvimento de pesquisas sobre o tema é viável, uma vez que a interlocução com os parlamentares, especialmente com os da Frente Parlamentar da Saúde, é fluida e transparente. Em tempos de retomada do projeto da Reforma Sanitária, os subsídios de análises mais aprofundadas sobre o Poder Legislativo podem contribuir para que o SUS seja de fato uma política de Estado e não de governo.

REFERÊNCIAS

- AMORIM NETO, O.; SANTOS, F. A. produção legislativa do Congresso: entre a paróquia e a nação. In: VIANNA, Luiz Werneck (Org.). **A democracia e os três poderes no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG, 2002.
- GARCIA, M. **A Comissão Parlamentar de Inquérito dos planos de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/garciamm.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2012.
- LEMOS, L. B. O Congresso brasileiro e a distribuição de benefícios sociais no período 1988–1994: uma análise distributiva. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 561–605, 2001. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/dados/v44n3/a04v44n3.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2012.
- MARQUES, R. M.; MENDES, A. Lula e as políticas sociais: um passo à frente, outro atrás? **Valor Econômico**, São Paulo, 2 fev. 2005, p. A16.
- PAIM, J. S. Universidade e a Reforma Sanitária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1/3, p. 18-24, 1991.
- PEREIRA, C. **A política de saúde como caixa de Pandora**: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos da Reforma Sanitária Brasileira. Dissertação (Mestrado em Sociologia)–Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1994.
- RAILE, E. D.; PEREIRA, C.; POWER, T. J. The executive toolbox: building legislative support in a multiparty presidential regime. **Political Research Quartely**, Pullman (WA), v. 64, n. 2, p. 323-334, Jun. 2011.
- RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde**: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- RODRIGUES, L. M. **Partidos, ideologia e composição social**: um estudo das bancadas partidárias na Câmara de Deputados. São Paulo: Edusp, 2002.
- SANTOS, F. Partidos e comissões no presidencialismo de coalizão. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, p. 237-264, 2002. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/dados/v45n2/10788.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2012.

ANEXO: Projetos de Lei sobre Saúde por Temas – 2007 e 2010

TEMAS	SUBTEMAS	2007	2010
Proteção Social	Acréscimo no benefício de prestação continuada de deficientes físicos.	1	0
Meio Ambiente	Política Nacional de Resíduos Sólidos, lixo hospitalar, substituição de combustíveis, sacolas plásticas, incentivo fiscal para controle biológico de pragas agrícolas, cancelamento do registro de produtos agrotóxicos, emissão de raios laser.	7	2
Cobertura SUS	Idosos, pacientes graves, cirurgias reparadoras, vacinação obrigatória (hepatites, meningites, pneumococos), vasectomia e reversão de vasectomia, teste de paternidade (DNA), câncer de próstata, métodos contraceptivos, drenagem linfática, saúde auditiva, lista de medicamentos essenciais para idosos, lista de medicamentos do trabalhador, prevenção e tratamento de câncer de pele, dependentes de drogas, mulheres vítimas de violência, alimentação e pousada para pacientes tratados fora de domicílio, atendimento prioritário ao idoso, "Fila Zero" para exames (prazo 72h), tempo máximo de espera, atendimento prioritário para motoristas e cobradores de transportes públicos, fraldas e outros insumos após alta hospitalar, teste de HPV, filtro solar, diagnóstico de fimose e postectomia, assistência psicológica às gestantes, biomarcadores para detecção de câncer, medicamentos gratuitos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais para carentes.	21	13
Cobertura Planos e Seguros	Proibição de prazos de carência exceto para problemas preexistentes, vacinação, vasectomia e reversão de vasectomia, cirurgia de miopia, Centrais de Atendimento 24h, fornecimento de nomes e telefones das empresas, livre escolha de profissionais de saúde, critérios para reajuste de preços das mensalidades, política de saúde da criança e do adolescente, justificativa de negação de cobertura por escrito e migração do plano coletivo para o individual, inclusão de enteados como dependentes, proibição de exclusividade de credenciamento de hospitais, laboratórios e clínicas, despesas de acompanhante de pacientes idosos.	9	6
Informação para o Sistema	Saúde do trabalhador, mulheres vítimas de violência, violência contra idosos, maus-tratos a crianças e adolescentes, gestantes, recém-nascidos, Cadastro Nacional de Pessoas Hospitalizadas, registros clínicos gerais, Sistema Nacional de Controle de Acidentes de Consumo, vítimas de acidente com arma de fogo, localização de vagas em unidades de tratamento intensivo.	9	2
Informação para os Cidadãos	Bulas de medicamentos em braille, publicidade governamental, advertência em embalagens de bebidas alcoólicas, proibição de propaganda de medicamentos e terapias.	3	2
Prevenção de Acidentes e Violências	Acidentes em piscinas e com armas de fogo, mergulho em águas rasas.	2	0
Qualidade de Alimentos e Outros Produtos	Proteção do transporte de cargas, proibição da fabricação de alimentos com gordura hidrogenada, limites residuais toleráveis de anabolizantes, proibição do formol em produtos cosméticos, controle da propaganda de alimentos com baixo teor nutricional, alerta teor de sódio, proibição de desmineralização da água mineral.	8	3
Relações Trabalhistas	Serviço civil, atestado médico, abono de falta no dia de vacinação, perfil fisiográfico, aposentadoria especial para motoristas, trabalhadores de comunicações, limite de idade para modelos, segurança e medicina do trabalho, avaliação anual de saúde para motoristas de ônibus, vans e táxis, condições de trabalho dos motoristas, reabilitação profissional.	8	4

Continua

Continuação

TEMAS	SUBTEMAS	2007	2010
Títulos, Regulamentação dos Profissionais de Saúde	Títulos profissionais FFAA's, parteiras, perfusão circulatória, jornada de trabalho de 30 horas, inclusão de psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas no Programa Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, piso para agentes de saúde, isonomia dos trabalhadores das empresas estatais federais, proibição da "unimilitância", participação nas perícias médicas, concessão de gratificação aos médicos pelas empresas de planos e seguros de saúde, contratos entre empresas de planos e seguros e prestadores de serviços, exigência de exames de avaliação de conhecimento dos profissionais, repasse de recursos para pagamento de agentes comunitários.	6	10
Educação para a Saúde	Drogas, obrigatoriedade de propaganda educativa nas sessões de cinema, dias e semanas nacionais, isenção de pagamento de direito autoral para execução de músicas e peças teatrais em serviços públicos ou filantrópicos, Programa Respire Bem, informação sobre relações sexuais seguras pelo telefone e internet, cultura de paz nas escolas, combate à obesidade, campanha antitabaco.	7	8
Preços de Serviços de Saúde	Reajuste periódico da tabela do SUS, tabela de honorários médicos para os contratos com empresas de planos e seguros.	2	0
Fontes de Financiamento para o SUS	Atividades aeroespaciais, Fundo de Universalização de Serviços de Telecomunicação, isenção de pagamento da previdência para Estados e Municípios e repasse para saúde e educação.	2	1
Entidades Filantrópicas	Parcelamento de débitos, isenção de impostos para doadores.	2	
Políticas Fiscais de Estímulo aos Planos e Seguros	Dedução do IRPF para plano de empregado doméstico, ampliação da abrangência das deduções de gastos com saúde, dedução do IRPF para plano de não dependentes.	3	1
Políticas Fiscais para Portadores de Patologias	Inclusão de pneumopatia e fibrose cística entre as causas de concessão de isenção de IRPF.	1	
Concessão para Prestação de Serviços Públicos	Continuidade dos serviços de saúde independente de inadimplência, proibição de corte de água, luz, gás que afetem a manutenção da vida, prestação de serviços de utilidade pública em troca de extinção de dívidas ativas, organizações sociais (OS).	3	2
Relações Intergovernamentais	Gestão cooperativa.		1
Aborto	Proibição de propaganda de substâncias abortivas, registro compulsório da gravidez.	1	1

Continua

Continuação

TEMAS	SUBTEMAS	2007	2010
Responsabilidade por Omissões e Erros Assistenciais/Direitos dos Usuários	Código Nacional de Direitos dos Usuários, responsabilidade sanitária de agentes públicos, responsabilidade solidária (contrato de prestação de serviço), punição para negligência na manutenção de órgãos para transplante, prioridade para tramitação de processos de indenização, classificação de corrupção no sistema de saúde como crime hediondo, obrigatoriedade de exibição de informações sobre profissionais de saúde dos serviços de saúde, penas diferenciadas para traficantes de entorpecentes, sanção para o descumprimento do Estatuto do Idoso.	9	3
Qualidade dos Serviços de Saúde	Obrigatoriedade da acreditação dos hospitais da Rede SUS.	0	1
Novos Serviços Públicos	Profissionais de saúde em voos comerciais, bancos de cordão umbilical, fornecimento de medicamentos para pacientes graves em domicílio e para idosos, alimentação diferenciada para crianças hipertensas e diabéticas, redução de danos para usuários de drogas, serviços de saúde nas escolas, exames anuais em escolares, estabelecimentos próprios em estabelecimentos prisionais, transporte para deficientes, manutenção de desfibrilador em unidades do INSS, comunidades terapêuticas para dependentes de drogas, serviços de referência para idosos.	10	2
Animais Domésticos	Posse Responsável.	1	0
Alteração dos Conceitos de Saúde e Avaliação de Riscos	Inclusão de atividade física na Lei 8.080/1990, redefinição dos limites para classificação de bebida alcoólica, usuários e dependentes de drogas, avaliação psiquiátrica.	2	3

DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO da assistência à saúde no Norte Fluminense



Jaira Calil Siqueira

Médica da Estratégia de Saúde da Família do Município de

São João da Barra;

Doutora em Ciências pela ENSP/Fiocruz

PALAVRAS-CHAVE:
Federalismo; Regionalização;
Acesso; Pactuação.

KEYWORDS:
*Federalism; Regionalization;
Access; Pact.*

RESUMO: Após a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), a regionalização se destaca como estratégia para ampliar o acesso aos serviços de saúde. Apesar das dificuldades para operacionalizá-la, o Ministério da Saúde reiterou a escolha do modelo regionalizado ao editar o Pacto pela Saúde.

O estudo avalia o impacto deste modelo na atenção hospitalar da Região Norte Fluminense entre os anos de 2002 e 2007, acompanhando os avanços na assistência à população.

As dimensões metodológicas trabalhadas analisam os instrumentos normativos que coordenam a formação das regiões de saúde, a oferta de leitos hospitalares, o número programado e realizado de internações e aspectos voltados ao financiamento.

Os resultados demonstram que a regionalização não trouxe melhorias no acesso. Para tanto, contribuíram a organização de redes incapazes de atender à demanda e a ausência de mecanismos capazes de estimular a coalizão entre entes federativos.

ABSTRACT: *After the publication of the Operational Health Care Rule (NOAS), the regionalization plays an important role as a strategy to expand the access to the health services. In spite of the difficulty in operationalizing the rule, the Health Ministry reasserted the choice of the regionalized model at the moment of editing the Pact for Health. This study evaluates the impact of this model on the hospital care in Northern Region of the Rio de Janeiro State between the years 2002 and 2007, following the advances in the assistance to the population. The worked methodological dimensions analyze the legislative instruments which coordinate the formation of the health regions, the supply of hospital beds, the programmed and realized number of hospital admissions and the aspects about the flotation.*

The results show that the regionalized model brought no progress on the access. The organization of the health networks unable to attend the demand and the absence of mechanisms able to motivate the coalition among the federative institutes contribute for this.



APRESENTAÇÃO

Junto com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) adveio a necessidade de superar um modelo estrutural organizado pelos governos prévios, o qual se caracterizava pela centralização da gestão, priorização da medicina curativa e hospitalocêntrica, concentração de serviços de saúde voltados para interesses políticos e econômicos, sem planejamento e/ou análises prévias quanto às necessidades locais (FLEURY, 1994).

A municipalização foi o caminho encontrado para se colocar em prática a estratégia da descentralização (OLIVEIRA, 2006), contribuindo para a descentralização ocorrida na década de 1990. No entanto, a avaliação do processo demonstrou a existência de dificuldades no acesso da população aos serviços de saúde, principalmente na assistência de média e de alta complexidade. Parte disso resulta, conforme alertado por Souza (2001), da grande concentração de serviços especializados em poucos municípios ou ainda da completa inexistência de determinados serviços de alta complexidade em diversos estados.

Assim, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01) foi criada no sentido de promover uma maior equidade no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, enfatizando o processo de regionalização e sendo capaz de organizar e distribuir adequadamente os serviços pelo território (VIANA et al, 2008).

A despeito disso, efetivamente ela não foi implementada em nenhum local do Brasil (OLIVEIRA, 2006). Na tentativa de elucidar os problemas inerentes à não implementação da NOAS na Região Norte Fluminense, este estudo, fruto da tese do curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz e sob orientação da Prof^a Dr^a Silvia Marta Porto, pesquisou alguns pontos considerados relevantes

neste processo, quais sejam: diversidade entre os municípios envolvidos, formulação do Plano Diretor de Regionalização (PDR), realocação de recursos financeiros e uma discussão sobre o cumprimento da Emenda Constitucional 29 no nível regional.

As dimensões metodológicas trabalhadas, partindo da abordagem teórica que discute a regionalização na vigência da autonomia dos entes subnacionais, passarão pela estrutura da oferta de serviços no âmbito local, os aspectos voltados às especificidades municipais e o cumprimento da Emenda Constitucional 29. O estudo se concentrou na assistência hospitalar. Fatores como capacidade instalada de leitos regionais, número programado e realizado de internações e tetos financeiros serão abordados, a partir dos dados obtidos nos sistemas de informação do Ministério da Saúde (Sistemas de Informações Hospitalares – SIH e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES). O período pesquisado, 2002 a 2007, compreende o espaço temporal entre a edição da NOAS e o ano seguinte à publicação do Pacto pela Saúde. A intenção é acompanhar os avanços na assistência à população adscrita, o que, em última instância, avalia o ganho no acesso ao sistema de saúde.

A NOAS E O NORTE FLUMINENSE

Alguns dos principais desafios na consolidação do SUS dizem respeito às tensões existentes entre a necessidade de se instituir um sistema único de saúde em um país de fortes disparidades regionais (parte também por herança histórica) e cujos estados e municípios são entes soberanos, dotados de autonomia tal qual a instância federal. Em virtude dessas inúmeras variações nas relações intergovernamentais é que Abrucio (2004) ressalta a complexidade envolvida entre o federalismo e a descentralização, passando por práticas de cooperação, competição, conflitos e acordos.

Com a edição da NOAS, tentou-se superar as diversidades inter-regionais e intermunicipais. Segundo a Norma, o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, no nível de complexidade necessário para a resolução de seus problemas, dar-se-ia mediante fluxos de inter-relacionamento, garantindo a assistência e otimizando os recursos disponíveis.

Para assegurar o atendimento ao cidadão, instituiu-se o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que divide o território estadual em regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acesso (SOUZA, 2001).

Após a elaboração do PDR, outros dois instrumentos são considerados: um deles, o Plano Diretor de Investimentos (PDI), se incumbe de estruturar o conjunto de medidas necessárias à resolução dos problemas identificados, bem como os recursos financeiros definidos para tal finalidade. Já a Programação Pactuada e Integrada (PPI) viabiliza as despesas com o custeio, tendo em vista que as ações assistenciais de média e alta complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito regional ou microrregional de saúde,

de acordo com o tipo de serviço necessário, a disponibilidade tecnológica e a definição do PDR. Ela normatiza os pactos entre os diversos gestores municipais de saúde visando à garantia do acesso da população aos serviços não disponíveis naquele determinado município, devendo ser disponibilizado por outro.

O espaço geográfico pesquisado foi o Norte Fluminense, formado por oito municípios, divididos em duas microrregiões de saúde. Como é possível observar na tabela a seguir, Campos dos Goytacazes representa o município de maior contingente populacional e de extensão territorial da região, seguido por Macaé. Ambos ocupam a posição de polo de saúde para as microrregiões nas quais estão inseridos, sendo que o primeiro município também ocupa o lugar de polo da macrorregião.

O IDH-M¹, dentro do ranking estadual, traduz as grandes variações existentes entre os integrantes da Região. São Francisco de Itabapoana apresenta o maior contingente de pobres entre os oito municípios. Já Macaé é o que possui o menor número, sendo, inclusive, o único a apresentar uma proporção de pobres inferior à média estadual (Caderno de Informações em Saúde, 2009).

1 O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) propôs o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) como um indicador para avaliar as condições de vida da população nos diferentes países. Ele baseia-se em três indicadores: o nível educacional, a esperança de vida ao nascer e o PIB per capita. O primeiro é uma combinação da taxa de matrícula bruta nos três níveis de ensino com a taxa de alfabetização de adultos; o segundo é medido pela expectativa de vida da população; o terceiro é dado pelo PIB per capita medido em dólar-PPC (paridade do poder de compra), calculado pelo Banco Mundial. Analisando tais fatores, permite-se identificar se existe uma correlação direta entre renda e os demais indicadores sociais. O resultado subsidiará conclusões relativas às políticas de proteção social, níveis de desigualdade entre classes, acesso a serviços públicos e consequente estrutura social vigente.

O IDH varia de zero a um e classifica os municípios (ou estados ou países) com índices considerados de baixo desenvolvimento humano – quando o valor encontrar-se nas faixas de 0 a 0,5; de médio – quando os índices estiverem entre 0,5 e 0,8 e de alto – quando as taxas alcançarem de 0,8 a 1. Portanto, quanto mais próximo de 1 for o IDH, maior o nível de desenvolvimento humano apurado. Através do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é possível traçar um perfil dos municípios, abordando diversos aspectos ligados às condições socioeconômicas da população e que são preponderantes na escala situacional que os mesmos ocupam no ranking estadual.

Tabela 1 – Região Norte Fluminense – Área, dados populacionais e IDH-M

Municípios	População 2008	% da população na Região	% da área na Região	IDH-M	Ranking estadual
Campos dos Goytacazes **	431.839	54,75	43,68	0,752	54
Carapebus *	11.671	1,48	3,36	0,741	62
Conceição de Macabu *	20.505	2,60	3,66	0,738	65
Macaé *	188.787	23,93	13,19	0,790	17
Quissamã *	19.315	2,45	7,83	0,732	74
São Fidélis **	39.057	4,95	11,20	0,741	61
São Francisco de Itabapoana **	47.247	5,99	12,13	0,688	90
São João da Barra **	30.348	3,85	4,95	0,723	81
Norte Fluminense	788.769	100	100	--	---

Fonte: Elaboração da autora, com base em IBGE – População estimada 2008 e IDH-M/2000.

* Municípios integrantes da Microrregião I; ** Municípios integrantes da Microrregião II.

Nas duas últimas décadas, a produção de petróleo e gás natural na Bacia de Campos² impulsionou a economia da região. Como exemplo, cita-se o município de Macaé, que, servindo como base de apoio à extração, vive um processo acelerado de crescimento. Tanto o seu PIB quanto a sua arrecadação, ambos na avaliação per capita, alcançam um valor mais de duas vezes superior à média estadual (TCE-RJ, 2003). A indústria do petróleo não só trouxe desenvolvimento econômico para a região, mas também ampliou as disparidades intermunicipais em razão de beneficiar significativamente mais uns municípios em detrimento de outros. A partir do primeiro semestre do ano 2000 começaram a ser pagas as participações especiais a estados e municípios que possuem poços de grande volume de produção ou rentabilidade, gerando um grande crescimento das receitas de participações governamentais.

O município de Quissamã apresentou, até 2008, o maior valor per capita entre aqueles integrantes da região, conforme se visualiza na tabela 2. Logo abaixo, os municípios de Macaé, Carapebus e Campos dos Goytacazes constituem um bloco cujos valores se assemelham entre si. Por fim, Conceição de Macabu, São Fidélis e São Francisco de Itabapoana possuem um valor pouco significativo, quando comparado aos demais, já que não se beneficiam da transferência intergovernamental resultante das participações especiais. Em destaque se encontra o município de São João da Barra, cujo valor per capita mais do que triplicou nos anos de 2008 e 2009, quando comparado a 2007.

Há uma significativa dependência dos municípios para com estes recursos, a qual pode ser percebida pelo percentual dos mesmos junto à receita total municipal (que compreende as Receitas Tributárias Próprias³, as Receitas de

2 A Bacia de Campos é composta não só pelos municípios da Região Norte Fluminense, mas também abarca os municípios de Cabo Frio e Rio das Ostras, que pertencem à Região da Baixada Litorânea.

3 Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU), Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis (ITBI), Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), taxas e contribuições.

Transferências Estaduais⁴ e as Receitas de Transferência da União⁵), principalmente se considerarmos que no ano de 2008, dos oito municípios da região, cinco deles possuíam mais de 40% da sua receita composta pelos recursos oriundos do petróleo (TCE-RJ, 2003).

Nota-se que o maior montante de recursos financeiros não está, necessariamente, associado à maior qualidade nas condições socioeconômicas do município. Corroborando esta afirmação, Pacheco (2005), abordando o IDH-M da região, cita o exemplo de Campos dos Goytacazes, município que mais recebeu recursos provenientes de royalties e ocupava apenas a 54ª posição dentre os 92 municípios do estado no ano de 2000 (tabela 1). Apesar de o autor lembrar que o crescimento das atividades econômicas nem sempre se associa ao desenvolvimento econômico e social, ele chama atenção para o fato de que os recursos oriundos da extração do petróleo são relativamente recentes, e por este motivo talvez não tenha havido tempo suficiente para traduzirem-se em melhorias das demandas sociais, no período analisado.



4 Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF).

5 Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), ICMS exportação e Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

Tabela 2 – Royalties e Participações Especiais anuais em valores correntes e per capita (em reais), 1999 a 2009, por município da Região Norte Fluminense

Variável por ano	Município				
	Campos dos Goytacazes**	Carapebus*	Conceição de Macabu*	Macaé*	
1999	População	405.374	8.511	18.718	129.686
	Valor corrente (R\$)	57.049.478,33	6.290.172,43	850.661,97	37.219.526,00
	Valor per capita (R\$)	140,73	739,05	45,45	287,00
2000	População	408.147	8.778	18.828	134.479
	Valor corrente (R\$)	157.870.442,17	10.692.436,23	1.655.384,56	90.351.754,70
	Valor per capita (R\$)	386,80	1.218,05	87,92	671,86
2001	População	410.938	9.054	18.939	139.449
	Valor corrente (R\$)	200.261.211,38	13.383.153,80	2.062.639,17	113.194.863,52
	Valor per capita (R\$)	487,33	1.478,15	108,91	811,73
2002	População	413.749	9.338	19.050	144.603
	Valor corrente (R\$)	348.260.944,92	20.370.812,17	2.885.456,36	194.061.125,21
	Valor per capita (R\$)	841,72	2.181,43	151,47	1.342,03
2003	População	416.580	9.631	19.162	149.947
	Valor corrente (R\$)	475.182.177,54	24.245.167,22	3.765.757,31	256.136.554,11
	Valor per capita (R\$)	1.140,68	2.517,28	196,52	1.708,18
2004	População	419.429	9.934	19.275	155.489
	Valor corrente (R\$)	549.607.310,98	23.889.909,09	3.195.219,81	293.831.875,82
	Valor per capita (R\$)	1.310,37	2.404,89	165,77	1.889,73
2005	População	422.298	10.246	19.389	161.235
	Valor corrente (R\$)	678.425.571,67	27.959.213,68	3.754.253,87	346.291.967,80
	Valor per capita (R\$)	1.606,51	2.728,84	193,63	2.147,74
2006	População	425.187	10.568	19.503	167.194
	Valor corrente (R\$)	852.565.850,92	33.076.809,90	4.163.214,31	408.416.988,96
	Valor per capita (R\$)	2.005,16	3.130,04	213,47	2.442,77
2007	População	428.095	10.899	19.618	173.373
	Valor corrente (R\$)	780.099.183,21	28.447.909,09	3.337.859,89	353.801.517,16
	Valor per capita (R\$)	1.822,26	2.610,06	170,15	2.040,69
2008	População	431.023	11.242	19.733	179.781
	Valor corrente (R\$)	1.168.608.263,49	35.326.724,96	4.742.815,06	501.680.924,82
	Valor per capita (R\$)	2.711,24	3.142,51	240,35	2.790,52
2009	População	433.972	11.595	19.849	186.425
	Valor corrente (R\$)	938.458.487,36	22.745.005,61	3.760.509,26	365.247.504,11
	Valor per capita (R\$)	2.162,49	1.961,70	189,45	1.959,22

continua

continuação

Variável por ano	Município				
	Quissamã*	São Fidélis**	São Francisco de Itabapoana**	São João da Barra**	
1999	População	13.394	36.730	41.076	27.580
	Valor corrente (R\$)	15.900.697,84	1.020.794,37	986.767,90	5.361.638,18
	Valor per capita (R\$)	1.187,17	27,79	24,02	194,40
2000	População	13.878	36.831	41.194	27.755
	Valor corrente (R\$)	32.271.214,42	1.986.461,48	1.920.246,11	12.263.029,70
	Valor per capita (R\$)	2.325,39	53,93	46,61	441,83
2001	População	14.379	36.933	41.312	27.931
	Valor corrente (R\$)	33.598.003,95	2.474.368,29	2.435.114,08	15.546.845,80
	Valor per capita (R\$)	2.336,57	67,00	58,94	556,61
2002	População	14.899	37.035	41.430	28.108
	Valor corrente (R\$)	48.529.278,63	3.462.626,93	3.578.242,92	5.125.955,15
	Valor per capita (R\$)	3.257,27	93,50	86,37	182,36
2003	População	15.437	37.138	41.549	28.287
	Valor corrente (R\$)	63.064.726,98	4.518.908,78	4.669.539,09	30.695.016,17
	Valor per capita (R\$)	4.085,28	121,68	112,39	1.085,15
2004	População	15.995	37.240	41.668	28.466
	Valor corrente (R\$)	66.083.508,29	3.834.263,79	3.962.072,55	38.452.755,73
	Valor per capita (R\$)	4.131,55	102,96	95,09	1.350,83
2005	População	16.573	37.343	41.787	28.646
	Valor corrente (R\$)	72.982.583,90	4.505.104,66	4.655.274,81	44.611.137,74
	Valor per capita (R\$)	4.403,76	120,64	111,40	1.557,30
2006	População	17.172	37.447	41.907	28.828
	Valor corrente (R\$)	91.565.639,24	4.995.857,27	5.162.385,87	54.963.765,14
	Valor per capita (R\$)	5.332,38	133,41	123,19	1.906,60
2007	População	17.792	37.550	42.027	29.011
	Valor corrente (R\$)	124.388.669,93	4.005.431,99	4.138.946,44	45.948.760,90
	Valor per capita (R\$)	6.991,24	106,67	98,48	1.583,84
2008	População	18.435	37.654	42.147	29.195
	Valor corrente (R\$)	146.634.654,42	5.691.378,12	5.881.090,71	161.427.752,79
	Valor per capita (R\$)	7.954,16	151,15	139,54	5.529,29
2009	População	19.101	37.758	42.268	29.380
	Valor corrente (R\$)	90.926.791,95	4.512.611,36	4.663.031,80	168.329.125,44
	Valor per capita (R\$)	4.760,30	119,51	110,32	5.729,34

Fonte: Elaboração da autora, com base em InfoRoyalties, a partir da Agência Nacional de Petróleo e IBGE. Disponível no site: www.inforoyalties.ucam-campos.br. Consulta efetuada dia 21/06/2010.

* Municípios integrantes da Microrregião I; ** Municípios integrantes da Microrregião II.

A FORMULAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO (PDR) DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

No caso do Rio de Janeiro, em decorrência do grande contingente populacional de seus noventa e dois municípios e da necessidade de organizá-los em regiões e microrregiões de saúde, no mês de julho de 2001 foram realizadas as Oficinas Descentralizadas de Planejamento da Regionalização da Assistência à Saúde nas nove regiões do estado.

O documento final resultante desses trabalhos constituiu-se no Plano Estratégico Regional, que serviu de base para a construção do Plano Diretor de Regionalização, cuja vigência era de 2001 a 2004. Neste PDR, além do planejamento organizacional da estrutura de saúde vigente, estavam presentes projeções relacionadas a mudanças estruturais necessárias para proporcionar uma ampliação ou otimização do acesso do usuário aos serviços de saúde.

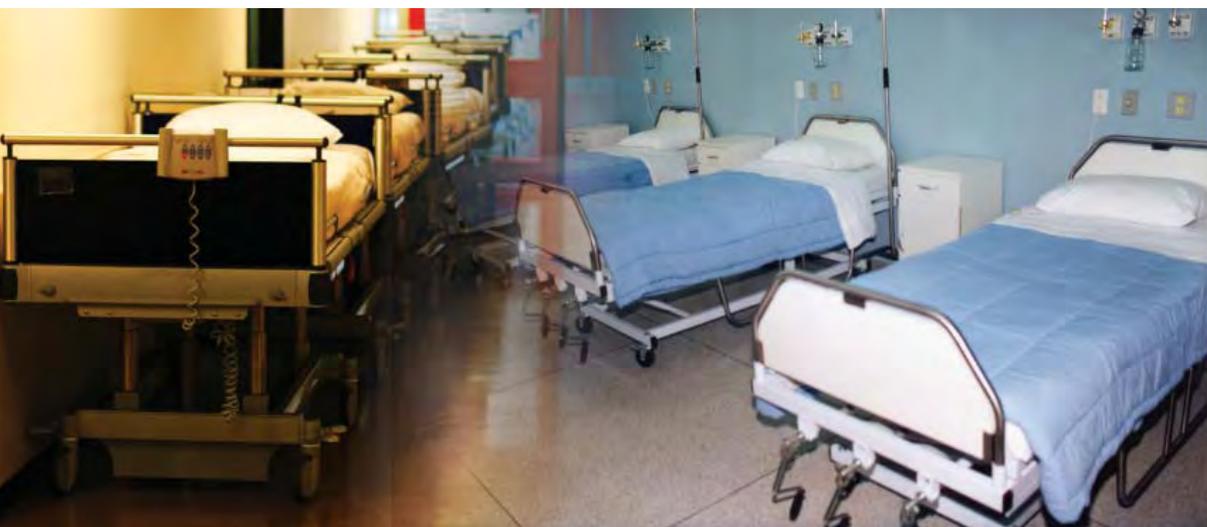
Vale aqui ressaltar que, embora o documento tivesse a sua vigência especificada para o período citado, até os dias atuais não houve publicação oficial de novo Plano, tal o grau

de complexidade que envolve o processo de organização regional.

Para analisar a organização das microrregiões de saúde utilizou-se a Portaria nº 1.101/GM, que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os valores registrados com a terminologia “número recomendado” foram calculados utilizando-se esta base de cálculo.

Os dados apresentados se referem ao ano de 2005, já que informações anteriores sobre capacidade instalada de serviços não se encontram disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A tabela 3 demonstra a realidade dos leitos hospitalares disponíveis ao SUS na Microrregião I, vigente no mês de dezembro.

Dentre os municípios da Microrregião Norte I, composta por Carapebus, Macaé, Quissamã e Conceição de Macabu, este último possui a menor receita per capita, mantendo significativa distância para os demais (já que não se beneficia das transferências relativas à participação especial). No entanto, a análise do número de leitos recomendados e disponíveis ao SUS demonstra que ele é o único a apresentar uma relação



positiva entre os leitos. Isso ocorre às custas das principais clínicas básicas (médica, obstétrica e pediátrica), havendo déficit de apenas um leito na clínica cirúrgica.

Em Carapebus não existe unidade hospitalar conveniada ao SUS, resultando na migração de 100% dos pacientes que necessitam de internação para outros locais.

Os municípios de Quissamã e Macaé apresentam um déficit importante de leitos, conforme demonstrado na tabela. No caso desse último, o déficit assume proporções preocupantes. Primeiramente porque há uma insuficiência de leitos para atendimento de sua própria população. Em segundo lugar, por não suprir a necessidade da atenção especializada requerida pelos pacientes de Quissamã (com leitos já deficitários), cuja assistência caracteristicamente é de baixo nível de complexidade. Em terceiro,

porque não é capaz de absorver os municípios de Carapebus que demandem assistência hospitalar, a despeito da proximidade geográfica entre os municípios.

Por tudo isso, a implantação da regionalização na Microrregião Norte I (cujo polo de saúde é Macaé) não se sustenta, por ser inviável sua operacionalização diante da insuficiente capacidade instalada de serviços demonstrada.

Já a Microrregião Norte II é composta por quatro municípios: Campos dos Goytacazes, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra.

É possível separá-los em dois grupos; aqueles que se beneficiam das transferências intergovernamentais referentes aos royalties e participações especiais (Campos dos Goytacazes e São João da Barra) e os que não recebem tais recursos (São Fidélis e São Francisco de Itabapoana).

Tabela 3 – Número recomendado de leitos hospitalares, de leitos disponíveis ao SUS, por especialidade, por município das Microrregiões Norte I e II. Período: dez/2005

Leitos por clínica	Microrregião Norte I														
	Carapebus			Conceição de Macabu			Macaé			Quissamã			Total		
	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif
Clínica cirúrgica	5	0	-5	9	8	-1	70	44	-26	7	7	0	91	59	-32
Clínica médica	8	0	-8	16	32	+16	126	84	-42	13	16	+3	163	132	-31
Clínica obstétrica	3	0	-3	6	13	+7	45	21	-24	5	5	0	59	39	-20
Clínica pediátrica	4	0	-4	8	18	+10	66	37	-29	7	5	-2	85	60	-25
Psiquiatria	5	0	-5	9	0	-9	72	0	-72	7	1	-6	93	1	-92
Outros	6	0	-6	10	0	-10	76	1	-75	7	1	-6	99	2	-97
Leitos totais	31	0	-31	58	71	13	455	187	-268	46	35	-11	590	293	-297
Leitos por clínica	Microrregião Norte II														
	Campos dos Goytacazes			São Fidélis			São Francisco de Itabapoana			São João da Barra			Total		
	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif
Clínica cirúrgica	192	330	+138	17	45	+28	21	9	-12	13	12	-1	243	396	+153
Clínica médica	343	426	+83	31	74	+43	37	19	-18	23	14	-9	434	533	+99
Clínica obstétrica	121	109	-12	11	30	+19	13	12	-1	8	10	+2	153	161	+8
Clínica pediátrica	180	211	+31	16	24	+8	19	4	-15	12	10	-2	227	249	+22
Psiquiatria	196	244	+48	18	0	-18	21	0	-21	13	1	-12	248	245	-3
Outros	173	112	-61	16	3	-13	20	1	-19	11	1	-10	220	117	-103
Leitos totais	1.205	1.432	227	109	176	67	131	45	-86	80	48	-32	1.525	1.701	+176

Fonte: Elaboração da autora, com base em Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil – CNES. Consulta realizada em março/2009.

Outros leitos: incluem as clínicas de fisiologia, reabilitação, cuidados prolongados e psiquiatria – hospital/dia.

QR = Quantitativo recomendado; QD = Quantitativo disponível ao SUS; Dif. = Diferença.

O município de Campos dos Goytacazes ocupa não só a posição de polo da Microrregião II, mas também para toda a Região Norte. Além de dispor de serviços de maior grau de complexidade, também possui uma situação favorável de leitos hospitalares disponíveis ao SUS, o que acaba por equilibrar o déficit significativo de leitos nos municípios de São Francisco de Itabapoana e São João da Barra (o qual, com exceção da clínica obstétrica, carece de leitos em todas as outras clínicas avaliadas, a despeito do valor da receita per capita de royalties e participações especiais existente).

Por outro lado, o município de São Fidélis, que dentre os da região é o que possui o menor valor per capita, possui uma relação positiva entre número de leitos recomendados e leitos disponíveis, às custas das clínicas básicas (cirúrgica, médica, obstétrica e pediátrica), sugerindo que as migrações de residentes para o polo Campos dos Goytacazes se deem em razão da necessidade de assistência de maior grau de complexidade.

São Francisco de Itabapoana possui carência de leitos em todas as clínicas avaliadas, o que obriga ao encaminhamento de boa parte de seus munícipes para o polo. O atendimento se dá tanto em razão da insuficiência de leitos quanto pelo baixo nível de complexidade dos serviços disponíveis.

Apesar de Campos dos Goytacazes dispor, como já foi dito, de uma situação favorável no número de leitos existentes e disponíveis ao SUS e conseguir suprir a deficiência de leitos verificada em sua microrregião, ele não com-

porta o atendimento da demanda identificada na Microrregião Norte I, a qual não é suprida pelo polo Macaé.

A situação agravou-se nos anos seguintes. Efetuando-se um comparativo entre o quantitativo de leitos registrados no CNES em dezembro/2008 com aqueles existentes no mesmo mês de 2005, verificou-se uma diminuição no quantitativo disponível ao SUS na Microrregião Norte II, principalmente às custas dos municípios de Campos dos Goytacazes e São Fidélis. Enquanto no primeiro houve uma diminuição de 133, o segundo apresentou uma queda de 72 leitos. São João da Barra, que já apresentava déficit em praticamente todas as clínicas, desativou os seus 10 leitos de pediatria. Com isso, a região, que em 2005 apresentava um saldo positivo de 176 leitos, em 2008 totalizava um déficit de 39.

O ACESSO À ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O impacto negativo, gerado pela insuficiência de leitos, afeta todo o Norte Fluminense haja vista uma maior dificuldade em suprir a demanda da Microrregião Norte I, cuja capacidade deficitária instalada mantém-se inalterada entre os anos avaliados. Esta constatação demonstra que não houve mudanças positivas na rede de saúde, apesar de o modelo proposto na regionalização prever um planejamento adequado da rede assistencial, que possa suprir as



demandas da população referenciada e cujas alterações fossem previstas no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e no de Investimentos (PDI). Diante dessa realidade e considerando a proposta da regionalização, e o papel das redes de saúde na atenção à população adscrita, buscou-se avaliar o impacto sobre o acesso à internação hospitalar.

Como não se encontram dados disponíveis nos sistemas de informação sobre demanda reprimida ou não atendida quando da busca pelo serviço de saúde, propõe-se um cálculo para análise. A metodologia seguiu os seguintes passos: a) identificação do quantitativo populacional, por município, nos anos de 2002, 2005 e 2007; b) identificação da população usuária de planos de saúde, por município e por ano, através da consulta à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Este quantitativo será subtraído da população total do município e o resultado final, utilizado como valor de referência a ser atendido pela rede SUS; c) adotado o percentual de 8% sobre o total da população sem plano de saúde, como cálculo da necessidade de internações/ano, já que a Portaria 1.101 do Ministério da Saúde utiliza como parâmetro os percentuais compreendidos entre 7% e 9%; d) uma vez identificado o quantitativo programado de internações, faz-se um comparativo com o montante existente na base do SIH, referente às internações pagas pelo Ministério da Saúde para municípios da região. Para isso pesquisou-se o histórico das internações de residentes por município da Região Norte Fluminense, independente do local de ocorrência das internações; e) o registro da diferença se deu através do percentual positivo (no caso de as internações realizadas serem em maior número do que as programadas) ou negativo (quando as internações realizadas ficaram aquém do quantitativo programado para a população).

A tabela 4 demonstra nos anos de 2002, 2005 e 2007 as informações já mencionadas. Para o cálculo do número de beneficiários de planos

de saúde, utilizou-se a média dos quatro meses informados pela ANS para cada ano, a saber: março, junho, setembro e dezembro.

Nota-se que a estratégia da regionalização não logrou corrigir o déficit de internações hospitalares identificado em 2002. Ao contrário, se naquele ano os municípios de Macaé e Conceição de Macabu eram os únicos a apresentar na Microrregião I algum saldo positivo entre as internações realizadas e as internações programadas, no ano de 2007 apenas Macaé mantinha tal situação.

Na realidade, ao se definir a composição das microrregiões, quando da formulação do Plano Diretor de Regionalização, já existia um grande déficit de leitos hospitalares para suprir a demanda programada.

É fato que não se colocou em prática o que Fleury e Ouverney (2007) nominaram de planejamento integrado. Segundo os autores, na estruturação do processo de territorialização, com vistas à conformação de sistemas funcionais de saúde (previstos pela NOAS), é fundamental uma ação dinâmica dos atores envolvidos. A partir de uma base de provisão de serviços de saúde ao cidadão, o controle e a avaliação são elementos fundamentais para identificar a necessidade de redimensionamento da rede instalada.

Diante desta percepção, o planejamento se coloca à frente das funções gerenciais no sentido de transformar a realidade, exigindo “uma constante ação conjunta em torno do intercâmbio de informações e recursos, da construção de estratégias e de reafirmação de compromissos” (FLEURY E OUVERNEY, 2007, p. 133).

Apesar de o número de leitos hospitalares da Microrregião Norte II ser superior ao recomendado, graças à capacidade instalada de Campos dos Goytacazes, o quantitativo de internações hospitalares ficou aquém do programado. Possivelmente porque, diante da necessidade de suprir o déficit existente na Norte I, além de dar assistência à sua própria clientela adscrita,

Tabela 4 – População total e com plano de saúde, quantitativo de internações programadas e realizadas por município – Microrregiões Norte I e II. Anos: 2002, 2005 e 2007

	Ano	Microrregião Norte I				Microrregião Norte II			
		Carapebus	Conceição de Macabu	Macaé	Quissamã	Campos dos Goytacazes	São Fidélis	São Francisco de Itabapoana	São João da Barra
População (IBGE)	2002	9.338	19.050	144.603	14.899	413.749	37.035	41.430	28.108
	2005	10.246	19.389	161.235	16.573	422.298	37.343	41.787	28.646
	2007	10.899	19.618	173.373	17.792	428.095	37.550	42.027	29.011
Média do número de beneficiários de planos de saúde	2002	339	1.463	52.543	504	47.086	2.113	412	1.163
	2005	674	2.349	79.568	820	61.454	2.542	536	1.683
	2007	1.040	2.853	99.116	1.280	78.690	2.954	972	1.985
Quantidade estimada de internação/ano (8% da população)	2002	720	1.407	7.365	1.152	29.333	2.794	3.281	2.156
	2005	766	1.363	6.533	1.260	28.868	2.784	3.300	2.157
	2007	789	1.341	5.941	1.321	27.952	2.768	3.284	2.162
Quantitativo de internações registradas no SIH de municípios da Região Norte	2002	222	1.424	7.466	978	30.251	3.324	2.612	2.077
	2005	162	1.420	4.656	932	30.695	3.128	2.040	1.584
	2007	266	1.019	6.496	1.196	30.347	3.254	2.055	1.824
Diferença percentual	2002	-69,16	+1,21	+1,37	-15,1	+3,13	+18,97	-20,39	-3,66
	2005	-78,85	+4,19	-28,73	-26,03	+6,33	+12,36	-38,18	-26,56
	2007	-66,28	-24,01	+9,35	-9,46	+8,57	+17,56	-37,42	-15,63

Fonte: Elaboração da autora, com base em Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), DATASUS e ANS. Consulta realizada em março/2009.

o polo não consegue atender toda a demanda. Mesmo porque não foi planejado para tal. Campos dos Goytacazes e São Fidélis foram os únicos, nos três anos estudados, em que o quantitativo realizado foi maior do que o programado. Déficits significativos foram identificados, como os dos municípios de Carapebus e de São Francisco de Itabapoana, suscitando preocupação sobre a situação do contingente da população que não obtém acesso aos serviços de saúde.

No caso de Conceição de Macabu, a avaliação do período mostrou um percentual positivo nos dois primeiros anos, tornando-se negativo em 2007. Entre os oito municípios da região, cinco deles apresentaram situação semelhante no mesmo ano: houve menos internações do que o esperado. Os que não se enquadraram nessa realidade foram Campos dos Goytacazes, São Fidélis e Macaé.

Alguns municípios, principalmente São Francisco de Itabapoana e São João da Barra, apesar de disporem de uma unidade hospitalar instalada, apresentam graves problemas locais, que difi-

cultam o acesso da população ao serviço e que resultam na transferência dos pacientes para outros municípios (principalmente Campos dos Goytacazes). Os dados apresentados no Caderno de Informações em Saúde (SESDEC, 2009) apontam que mais de 50% das internações de ambos ocorrem fora do local de residência. As dificuldades no acesso à internação hospitalar assumem proporções diferenciadas, de acordo com o município avaliado. Informações colhidas indicam a existência de um sistema alternativo para a solução dos problemas identificados. Trata-se do custeio de internações na rede privada, utilizando-se de recursos municipais próprios para pagamento. Isso justificaria o fato de essas internações não aparecerem no sistema do SUS e, ao mesmo tempo, de não se ter notícias locais a respeito de grande mobilização da população por atendimento hospitalar.

O CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL 29 NO NÍVEL REGIONAL

Mendes (2004) acredita que um dos motivos do

insucesso na implantação da NOAS se encontra no dilema econômico presente no SUS. Em razão da instabilidade dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, buscaram-se alternativas no sentido de garantir novas fontes para dar seguimento à implantação do SUS. Uma delas foi a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1997 e que já no primeiro ano de vigência respondeu pelo equivalente a 6,45% da arrecadação total do governo federal (MANSUR, 2001).

No entanto, logo se identificou uma desvirtuação da proposta alocativa inicial: a elevação da alíquota nos exercícios financeiros dos anos de 1999, 2000 e 2001 destinou o percentual acrescido à Previdência Social (OLIVEIRA, 2006). Para isso contribuiu o fato de que, conforme ressaltam Ugá e Marques (2005), dentro da regulamentação que define o Orçamento da Seguridade Social, não há registros acerca do montante destinado à previdência, saúde e assistência social.

Uma nova tentativa para resolver os problemas financeiros do setor, buscando uma estabilidade orçamentária, foi a aprovação da EC 29. Confor-

me a redação da Emenda, até o final de 2004 os Estados e o Distrito Federal deveriam destinar 12% dos impostos e outras receitas arrecadadas – em conformidade aos artigos 155, 157 e 159 da Constituição Federal (CF) – enquanto os municípios destinariam 15% do produto da arrecadação dos impostos e outros recursos, especificados nos artigos 156, 158 e 159 da CF, para financiar as ações e serviços de saúde. De fato, o que se observou a partir da Emenda Constitucional 29 foi um menor percentual (9%) para o nível federal, enquanto os municípios ficaram com a obrigatoriedade da aplicação em saúde de 15% sobre as receitas próprias, superando os 12% exigidos dos estados. Pierson (1994) chama a atenção para evidências que demonstram o impacto da descentralização fiscal na redução de despesas com as políticas sociais por parte do governo central. No âmbito da Região Norte Fluminense, análises do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) comprovam que, em sua maioria, os municípios ultrapassam o percentual definido, o que pode ser visualizado a seguir.

Tabela 5 – Percentual de recursos próprios aplicados em Saúde por ano, segundo municípios da Região Norte Fluminense. Período: 2002 a 2009

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Campos dos Goytacazes	-1,61	24,27	39,19	39,67	85,34	5,30	Não informado	Não informado
Carapebus	37,40	52,67	65,80	52,00	44,93	39,14	34,10	25,92
Conceição de Macabu	35,74	45,22	33,37	25,33	28,97	22,40	18,78	22,56
Macaé	19,88	35,04	50,82	32,00	35,36	33,71	21,29	22,23
Quissamã	25,79	31,42	23,29	27,39	61,18	63,33	5,62	16,67
São Fidélis	22,05	17,70	17,73	18,56	18,45	16,24	16,80	17,85
São Francisco de Itabapoana	18,56	21,44	28,87	26,12	20,72	19,03	17,61	21,29
São João da Barra	25,23	33,60	41,26	59,59	55,45	17,46	16,04	22,87

Fonte: Elaboração da autora, com base em SIOPS – indicadores Municipais. Consulta feita em julho/2010.

A análise simples dos números registrados na tabela acima induz a uma conclusão equivocada. Ao se verificar, por exemplo, a coluna do ano de 2005, são significativos os percentuais de recursos próprios destinados à saúde, muito acima dos 15% definidos pela Emenda. Carapebus e São João da Barra destinaram mais de 50%, alcançando os maiores percentuais. Mas a EC 29, de caráter nacional, ao especificar o patamar mínimo e obrigatório de recursos oriundos da receita de impostos a serem aplicados em saúde, deixa de fora outras receitas a exemplo dos royalties. Assim, a grande fonte geradora de recursos financeiros para a maioria dos municípios da Região Norte Fluminense não é abarcada pela Emenda. Vale dizer que aproximadamente 70%, 54%, 65% e 81% dos orçamentos dos municípios de Campos dos Goytacazes, Carapebus, Quissamã e São João da Barra, respectivamente, ficam desobrigados

do cálculo percentual para aplicação em ações e serviços de saúde, já que são recursos advindos de royalties (TCE-RJ, 2003).

A análise dos dados expostos na tabela anterior também chama a atenção para o descumprimento da lei, quer seja pelos valores aquém do definido (Campos dos Goytacazes nos anos 2002 e 2007, Quissamã em 2008), quer seja pela ausência de alimentação do SIOPS (Campos dos Goytacazes em 2008 e 2009). Nota-se que a falta de fiscalização com relação ao atendimento às regras definidas, com consequente penalização dos entes federativos que as descumprirem, dificulta o cumprimento das responsabilidades sociais dos gestores estaduais e municipais. Arretche (2000) afirma que a existência de regras constitucionais bem definidas e a decisão quanto à sua implementação são componentes decisivos para o sucesso de um programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo da municipalização não foi capaz de evitar a continuidade das significativas desigualdades nas redes instaladas de serviços de saúde. Isso levou o Ministério a recorrer à estratégia da regionalização como meio de induzir a formação de sistemas de saúde mais funcionais e relações intergovernamentais mais cooperativas.

Como descrito, a NOAS não alcançou os objetivos pretendidos. Não se pode fugir desta constatação ao criar normatizações novas, que busquem soluções para os problemas de acesso aos serviços de saúde. Por mais que se recomendem pactuações intergestores, planejamento, avaliações quanto ao cumprimento de metas, análise sobre a melhoria das condições de saúde da população – todos eles de fundamental importância – não se vislumbra, a longo prazo, a manutenção de práticas cooperativas, indispensáveis na estratégia da regionalização, caso não se institua instrumentos formais que mantenham o grupo de entes federativos coesos, coordenando seu funcionamento de maneira coletiva.

Um retrato disso foi apresentado no corpo deste trabalho. De fato, a despeito da implementação da regionalização no Norte Fluminense, consolidada com a formulação do PDR/RJ, não houve ampliação do acesso à internação hospitalar. Ao contrário, para alguns municípios o déficit entre o número de internações programadas x realizadas assume proporções preocupantes.

Fleury e Ouverney (2007) ressaltam que os avanços advindos com a democracia, ampliando o campo das políticas sociais e o surgimento de sujeitos políticos que cobrem do Estado o atendimento de suas demandas, contrastam com a incapacidade governamental de oferecer soluções, em tempo hábil, a esta nova realidade.

No campo da saúde, a incapacidade pode ser retratada nos aspectos estruturais (de rede instalada de serviços), de recursos humanos (escassez de profissionais de saúde), gerenciais (baixa autonomia de planejamento, controle e avaliação) e financeiros. A noção de rede então se encontra na cooperação de atores distintos que possuam objetivos comuns e que troquem recursos entre si a fim de alcançá-los.

Mas a despeito disso, não se pode esquecer que os entes são autônomos e que possuem perfis institucionais distintos. Isso se apresenta como o grande dilema na manutenção da estratégia de formação de redes e na implementação real do modelo cooperativo, já que atores com maior quantidade de recursos tendem a ditar as regras do jogo, pleiteando para si próprios um maior grau de poder.

Como o estabelecimento de uma estrutura hierarquizada desconstrói a dinâmica cooperativa da rede, o desafio está em instituir instrumentos que possibilitem a coexistência de poderes, a manutenção da autonomia dos municípios envolvidos, o controle das atividades realizadas e que todo o processo

seja facilmente visualizado por todos os integrantes da própria rede. Assim, torna-se mais fácil o planejamento coletivo, o controle das ações e serviços produzidos, a análise dos resultados alcançados e, naturalmente, a realização da prestação de contas (**accountability**) relativa aos recursos empregados (FLEURY E OUVÉRY, 2007).

Este estudo se propôs a trazer à tona a realidade vigente na Região Norte do Estado do Rio de Janeiro, que provavelmente é uma reprodução de tantas outras existentes pelos diversos Brasis.

Para além das Portarias e Instruções Normativas, a regionalização se insere em um contexto de insuficiência de recursos financeiros, práticas individualizadas herdadas de uma municipalização autárquica, fontes de informação imprecisas, redes de saúde dispare entre os municípios e estados brasileiros, além de uma grande variação dos potenciais econômico/político/administrativo.

Por isso mesmo, compete ao Governo Federal e aos Estaduais instituírem novas regras e/ou criar estímulos aos municípios, no sentido de, a despeito da autonomia garantida pelo federalismo brasileiro, adotarem práticas de cooperação, criando uma visão coletiva de pertencimento a uma rede de saúde, e sem a qual não será possível a consolidação efetiva do modelo regionalizado.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando L. **Descentralização e coordenação federativa no Brasil**: lições dos anos FHC. Texto-base apresentado no Seminário Políticas Públicas e Pacto Federativo: a descentralização no Brasil. Curso de Aperfeiçoamento para a carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da Escola Nacional de Administração Pública, novembro de 2004 (mimeo).
- ARRETCHE, Marta T. **Estado federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.
- BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos da saúde. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 12 mar. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002**. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. 2. ed. Brasília, 2002.
- FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- FLEURY, Sônia; OUVERNY, Assis M. **Gestão de redes**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- MANSUR, Marília C. **O financiamento federal da saúde**: tendências da década de 1990. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- MENDES, Eugênio V. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS**. Brasília, 2004. (CONASS Documenta, 6). P. 28-61.
- OLIVEIRA, Jaira Calil S. **Regionalização da assistência à saúde**: um estudo dos limites à implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – na região norte do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Política Social)–Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.
- PACHECO, Carlos A. G. O impacto dos royalties do petróleo no desenvolvimento econômico dos municípios da região norte fluminense. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE P&D EM PETRÓLEO E GÁS, 3., 2005, Salvador. **Anais...** Rio de Janeiro: IBP, 2005.
- PIERSON, Paul. **Dismantling the welfare state?** Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento. **Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2001/2004**. Rio de Janeiro, 2001.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. **Cademo de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2009.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Tribunal de Contas. Secretaria Geral de Planejamento. **Estudo Socioeconômico**. Rio de Janeiro, 2003.
- SOUZA, Renilson R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.
- UGÁ, Maria A. D.; MARQUES, Rosa M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- VIANA, Ana L. D'Á; IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo E. M.; LIMA, Luciana D.; ALBUQUERQUE, Mariana V.; IOZZI, Fabiola L. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

ANÁLISE DA GESTÃO E ORGANIZAÇÃO da atenção básica em saúde do município de Três Rios/RJ



Renata Odete de Azevedo Souza

Coordenadora de Programas em Saúde da Secretaria de Saúde de Três Rios;

Enfermeira fiscal do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro;

Mestre em Ciências pela ENSP/Fiocruz

RESUMO: Este trabalho consiste em um estudo de caso sobre a política e a configuração da Atenção Básica em Saúde de Três Rios/RJ. As principais categorias de análise foram o contexto político institucional, a configuração e organização da Atenção Básica, as condições de atendimento das Unidades de Saúde da Família e a articulação entre os serviços de saúde. Constatou-se importante indução da política de saúde no período recente por outros atores, como Ministério da Saúde, Poder Judiciário e Ministério Público. A Atenção Básica do município está configurada principalmente pela Estratégia de Saúde da Família, as unidades apresentam infraestrutura inadequada e equipamentos em más condições de uso. O trabalho permite concluir que houve avanços importantes na condução e organização da política de saúde e de atenção básica, mas é necessário maior investimento, principalmente na Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT: *This work consists of a case study into the Primary Health Care policy and set-up in Três Rios/RJ. The main categories of analysis were the institutional political context, the configuration and organization of Primary Health Care, the care conditions at Family Health Units and the coordination between health services. Policy has been significantly induced by other actors, such as the Ministry of Health, the Judiciary and the State Prosecution Service. Primary Health Care in the municipality consists mainly of the Family Health Strategy. Units have inadequate infrastructure and equipment in poor conditions. The study leads to the conclusion that important recent advances have been achieved in the administration and organization of health policy and primary health care, but heavier investment is required, especially in the Family Health Strategy.*

PALAVRAS-CHAVE:

Atenção Primária à Saúde;
Política de Saúde; Sistema de Saúde; Gestão em Saúde Pública.

KEYWORDS:

Primary Health Care, Health Policy, Health Systems, Health Management.

APRESENTAÇÃO

O presente estudo traz como proposta analisar a Atenção Básica em Saúde do município de Três Rios/RJ, particularmente no que concerne à dimensão da gestão do sistema e dos serviços de saúde, para levantar subsídios que possam contribuir para o aprimoramento da organização deste nível de atenção. Teve como motivação a própria inserção da pesquisadora no sistema de saúde deste município de médio porte, que trabalhando diretamente na área de planejamento e gestão, observou a necessidade de realizar uma avaliação da Atenção Básica.

Alguns argumentos justificam o desenvolvimento do trabalho. O primeiro diz respeito à importância da Atenção Básica nos sistemas de saúde. A literatura especializada internacional e nacional aponta a Atenção Básica como a porta de entrada preferencial dos usuários no sistema de saúde e ressalta que deve resolver parte importante dos problemas de saúde da população. Nos últimos vinte anos, as agências internacionais relacionadas à saúde têm conferido grande destaque à organização deste nível de atenção, sob diferentes perspectivas.

O segundo argumento se relaciona ao destaque desse tema na política nacional e à grande expansão da Atenção Básica no país nas últimas duas décadas. Esta expansão se deu principalmente por causa da reorganização da Atenção Básica como elemento estratégico para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), em uma perspectiva abrangente, principalmente por meio da Estratégia de Saúde da Família. Isso aumenta a importância da realização de avaliações sobre o processo de implementação da política de Atenção Básica, assim como sobre a sua configuração e o papel desempenhado na organização do sistema.

Uma terceira justificativa se relaciona com a implantação da Estratégia de Saúde da Família em todo o território brasileiro, que alcançou 94% dos municípios do país e 47% de abrangência

populacional estimada em 2009. Tal estratégia foi implementada em diferentes contextos, o que representou um grande desafio, visto que há diferenças regionais e desigualdades da sociedade brasileira. As conformações locais têm influenciado a implementação do SUS, pois cada região tem seu perfil epidemiológico e sua realidade econômica, social e política.

Com a implementação do SUS e o processo de descentralização político-administrativa, a ampliação da Atenção Básica passou a ser responsabilidade principalmente dos gestores municipais. O processo de descentralização do sistema prevê a organização local com estruturas político-administrativas que sejam responsáveis pelas políticas públicas. Os municípios de pequeno e médio porte encontram muitas dificuldades no financiamento e gestão local de seus sistemas de saúde, sendo necessária a consideração dos contextos específicos em que as políticas são implementadas. Desta forma é importante a realização de estudos de caso para compreender melhor como se dá a expansão da Atenção Básica, em face das particularidades de cada local.

Este estudo foi realizado no município de Três Rios, situado na região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro, que possuía uma população de 76.075 habitantes em 2009, segundo estimativa do IBGE. O município faz parte da região Centro-Sul Fluminense de saúde.

A Atenção Básica em Saúde do município é desenvolvida preferencialmente pela Estratégia de Saúde da Família desde 2000, constituída de 21 unidades, com cerca de 77% de cobertura populacional estimada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O restante da população é atendida nas duas policlínicas existentes. Assinale-se que até aquele momento não havia sido feita nenhuma pesquisa sobre atenção básica no município.

O objetivo geral do estudo foi analisar a Atenção Básica em Saúde do município de Três Rios/RJ, sob a perspectiva da gestão e da organização do sistema de saúde. Os objetivos específicos

foram: descrever o contexto de implantação da política de Atenção Básica no município; caracterizar sua configuração e sua organização; analisar a situação atual de implementação e a inserção da Estratégia de Saúde da Família no sistema de saúde local; identificar suas possibilidades e seus limites.

METODOLOGIA

O presente estudo de caso da Atenção Básica em Saúde no município de Três Rios privilegiou os seguintes eixos ou categorias de análise:

1. Contexto político institucional – análise da prioridade (ou não) da atenção básica no projeto político municipal, do histórico e contexto de implementação da política de atenção básica, considerando inclusive os recursos financeiros disponibilizados para a saúde e para a atenção básica.
2. Configuração e organização da atenção básica – oferta de serviços de saúde, estratégias de planejamento e programação em saúde, configuração da rede, abrangência populacional, distribuição dos serviços, tipos de unidades e de ações desenvolvidas na atenção básica e modelos de atenção adotados.
3. Estrutura e condições de funcionamento das Unidades de Saúde da Família – estru-

tura (física, equipamentos, profissionais), organização do atendimento e condições de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, carga horária e organização do trabalho das equipes.

4. Articulação entre os serviços de saúde – regulação da atenção, mecanismos de integração da atenção básica com os demais serviços e mecanismos de referência e contrarreferência dos pacientes entre os serviços.

O estudo compreendeu diversas estratégias metodológicas, tais como: 1) revisão bibliográfica nas bases de dados disponíveis para acesso online; levantamento e análise de documentos municipais relevantes sobre a política de saúde e de Atenção Básica; 2) levantamento e análise de dados primários e secundários: fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde ou obtidos nas bases de dados disponíveis do SUS (Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – CNES); 3) realização de entrevistas semiestruturadas com atores-chave da política e da gestão do sistema de saúde ou da atenção básica; 4) realização de entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros coordenadores de sete equipes de saúde da família; 5) observação direta de sete unidades de saúde da família com roteiro para avaliação das condições de estrutura das mesmas.



MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS: CARACTERÍSTICAS GERAIS E SISTEMA DE SAÚDE

Três Rios pertence à região Centro-Sul Fluminense e possui área de 325 quilômetros quadrados (IBGE, 2009).

O município se desenvolveu em função da ferrovia e da rodovia, tendo características de centro urbano de entroncamento. A localização do município em local de confluência entre linha férrea (ligação com Minas Gerais) e rodovias (BR-040 e BR-393) permitiu a instalação de indústrias e o crescimento do setor terciário. É significativo seu parque industrial, com destaque para os setores de material ferroviário e alimentício (TCE, 2007).

A população total de Três Rios, segundo estimativa do IBGE, era de 76.075 habitantes em 2009, da qual 96% residiam em área urbana. O município apresentava densidade populacional de 224 habitantes por quilômetro quadrado naquele ano.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização

do Estado (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2001), Três Rios é município polo da região de saúde Centro-Sul Fluminense¹, da qual fazem parte outros dez municípios, totalizando uma população de 229.867 habitantes (IBGE, 2009). O município dispõe de 186 estabelecimentos de saúde, dos quais 153 são da rede privada e apenas 31 pertencem à esfera municipal (tabela 1). O sistema público municipal é composto principalmente pela oferta de serviços de atenção básica (postos de saúde/unidades de saúde da família) e atenção secundária (duas policlínicas, três ambulatórios/clínica especializada e um serviço de apoio ao diagnóstico), conforme visto na tabela 1.

No município encontram-se dois estabelecimentos de esfera estadual, que são a Central de Regulação Regional de Internação Centro-Sul Fluminense e a Unidade de Pronto Atendimento (tabela 1).

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO

Os recursos destinados à saúde em um municí-

Tabela 1: Tipo de estabelecimento por esfera administrativa, Três Rios, 2010

Tipo de Estabelecimento	Estadual	Municipal	Privada	Total
Posto de Saúde	0	21	0	21
Policlínica	0	2	3	5
Consultório Isolado	0	0	119	119
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	0	3	17	20
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	0	1	11	12
Unidade de Vigilância em Saúde	0	1	0	1
Pronto Socorro Geral	1	0	0	1
Centro de Atenção Psicossocial	0	2	0	2
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1	0	0	1
Secretaria de Saúde	0	1	0	1
Hospital Geral	0	0	2	2
Hospital Especializado	0	0	1	1
Total	2	31	153	186

Fonte: CNES/Datasus (2009)

¹ Segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02, 2002), documento que norteou a elaboração do referido Plano Diretor de Regionalização, município polo é aquele que é referência para outros municípios em qualquer nível de atenção.

pio são provenientes da arrecadação fiscal direta e das transferências entre entes federados. A partir da década de 1980 houve importante descentralização fiscal, que tornou o Brasil uma das federações com maior autonomia orçamentária dos entes subnacionais. Porém, esta mudança não foi atrelada a um projeto nacional, o que causou constrangimentos à esfera federal e privilegiou a esfera municipal em detrimento da esfera estadual, além de tornar os municípios fortemente dependentes dos recursos transferidos pela União (LIMA, 2007).

A série histórica do percentual de aplicação de recursos próprios em saúde no município de Três Rios permite visualizar como se deu o esforço municipal de financiamento das ações e serviços públicos de saúde em período recente (gráfico 1).

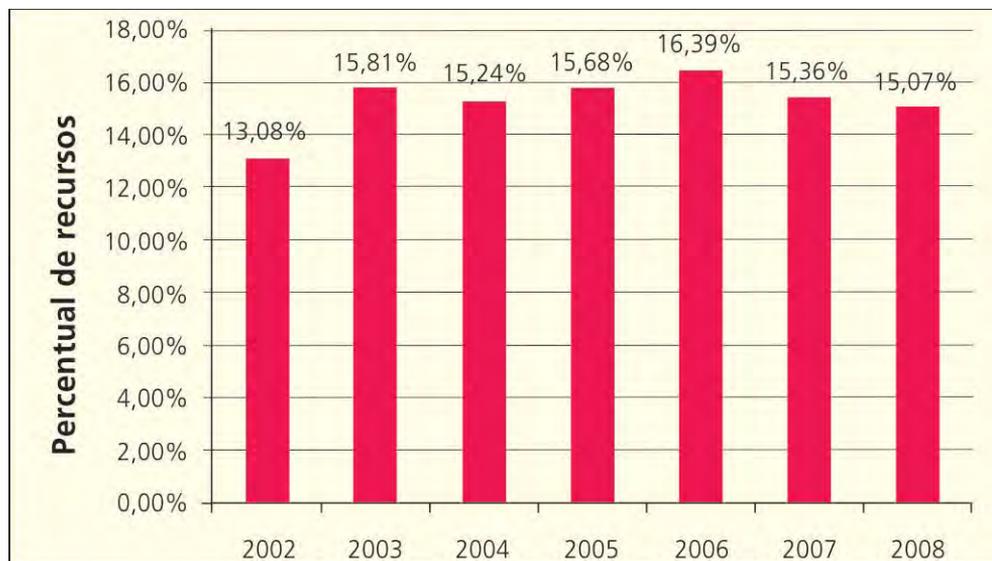
A partir de 2003 verificou-se que a aplicação mínima estabelecida pela Emenda Constitucional

nº 29² foi respeitada, porém houve no período o máximo de 16,39% de aplicação dos recursos próprios em saúde. Além disso, nos anos de 2007 e 2008 identificou-se uma diminuição do percentual das receitas aplicado em saúde (gráfico 1). Observa-se que, em geral, o município aplica de sua arrecadação fiscal um valor próximo ao mínimo estabelecido pela EC 29. A importância das transferências intergovernamentais no financiamento da saúde no município é apresentada no gráfico 2.

O município dependeu, em média, de 42% dessas transferências no período de 2002 a 2008. O menor percentual foi de 36,31% em 2003 e o maior foi de 49,02% em 2006, ou seja, nesse ano quase metade da despesa em saúde do município foi proveniente de recursos transferidos por outras esferas de governo.

Observa-se que Três Rios reflete a realidade de parte expressiva dos municípios brasileiros,

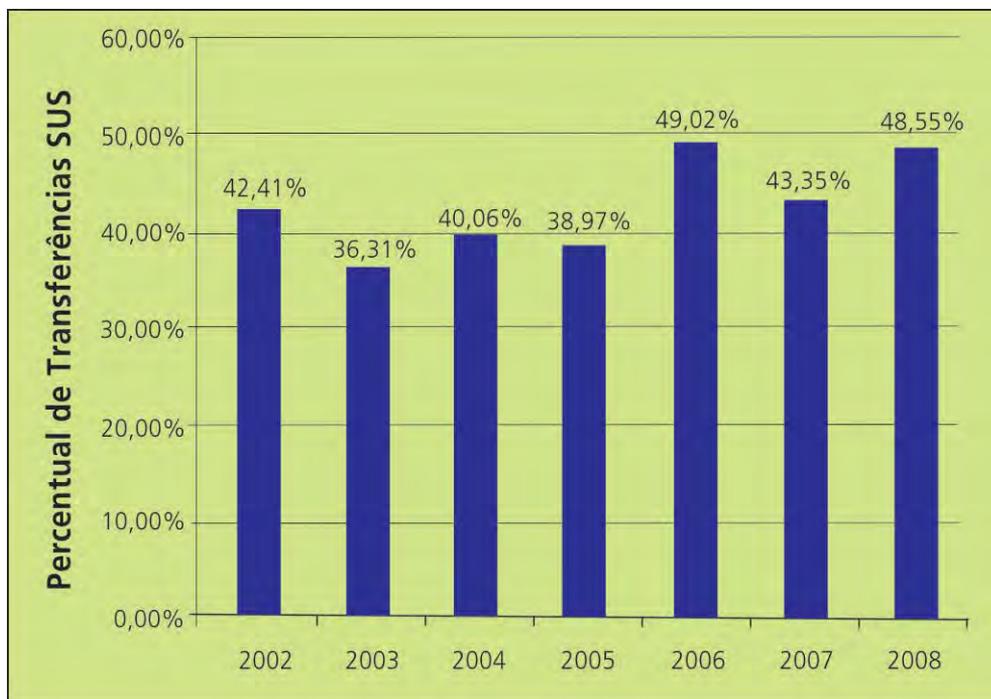
Gráfico 1: Percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de saúde entre 2002 e 2008, Três Rios



Fonte: Elaboração da autora, com base em SIOPS (2010).

2 A Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu em 2000 os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde oriundos das arrecadações fiscais de cada ente federado: art. 7º - [...] III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

Gráfico 2: Percentual da participação das transferências SUS no total da despesa com saúde, entre 2002 e 2008, Três Rios



Fonte: Elaboração da autora, com base em SIOPS (2010).

com investimento da arrecadação municipal limitado ao mínimo estabelecido pela Emenda Constitucional n° 29 e forte dependência das transferências intergovernamentais.

As condições de financiamento e a gestão financeira no âmbito municipal podem influenciar a condução da política de saúde.

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) foi criado em 1997 e regulamentado em 2001. Os entrevistados na pesquisa ressaltaram as dificuldades relacionadas à baixa autonomia da secretaria de saúde na gestão dos recursos setoriais, principalmente no que se refere aos processos licitatórios que são centralizados no setor de compras da prefeitura. Isso dificulta e atrasa

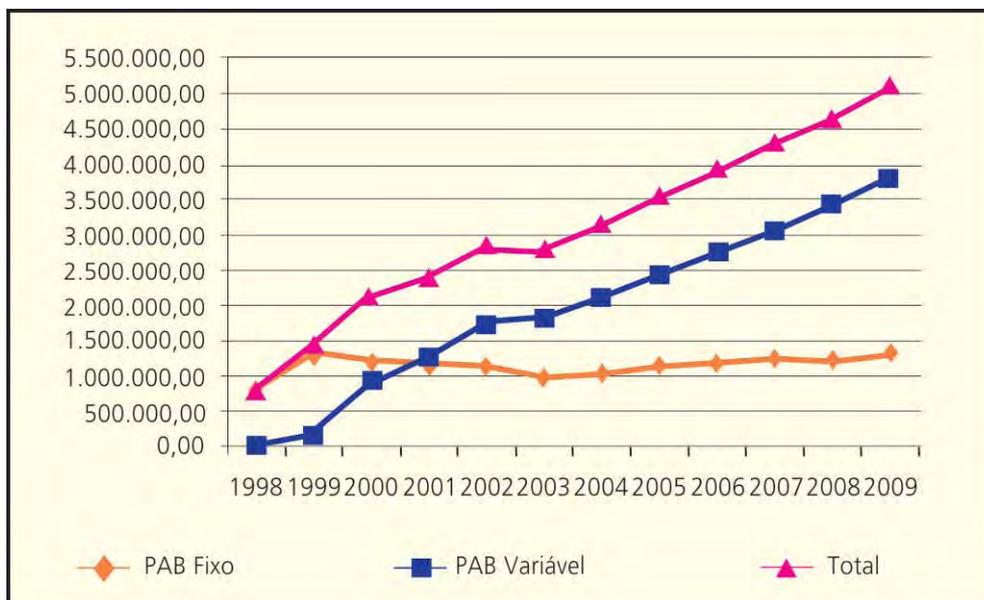
a compra de materiais, o que acarreta faltas frequentes de insumos para a execução das ações de saúde.

No caso de Três Rios, é importante analisar os dados referentes ao custeio da Atenção Básica, visto que a oferta de serviços municipais se restringe praticamente às ações de Atenção Básica e o município até recentemente geria apenas esses recursos, pois não havia assumido o comando sobre o conjunto do sistema de saúde. O gráfico 3 apresenta a evolução das transferências federais de Atenção Básica – compostas pelo Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e Piso da Atenção Básica (PAB) variável³ – para o município de Três Rios no período de 1998 a 2009.

³ O Piso da Atenção Básica foi instituído como forma de financiamento da Atenção Básica pela Norma Operacional Básica (NOB 01/96, 1996). O PAB fixo é calculado pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde pela população do município. O PAB variável representa os recursos federais destinados ao financiamento de estratégias nacionais de organização da Atenção Básica.



Gráfico 3: Recursos de composição do PAB, entre 1998 e 2009, Três Rios (R\$ de 2009)



Fonte: Elaboração da autora, com base em FNS (2010)⁴.

⁴ Os valores apresentados na pesquisa foram ajustados para R\$ de dezembro de 2009, segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do IBGE.

Os dados do município mostram que houve crescimento nos recursos do PAB de cerca de seis vezes entre 1998 e 2009. O maior crescimento foi em relação ao PAB variável, que teve um aumento de mais de 226 vezes, refletindo a adesão do município a programas federais. O montante do PAB fixo teve variação menor, praticamente mantendo-se constante, por ser calculado a partir de um valor per capita que só sofreu reajustes mais expressivos a partir de 2003 (gráfico 3).

O aumento do PAB variável se relaciona à expansão das estratégias adotadas para a organização da Atenção Básica no município, por meio de programas como: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Assistência Farmacêutica Básica, Combate às Carências Nutricionais, Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Saúde Bucal, Compensação de Especificidades Regionais e Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O município apresenta um padrão que reflete a forte indução federal de políticas atreladas a incentivos financeiros. Isso sugere também que o município aderiu aos programas criados, no sentido de aumentar os recursos da saúde e diminuir suas dificuldades locais em implementar a política de saúde.

POLÍTICA E CONFIGURAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE EM TRÊS RIOS

CONTEXTO POLÍTICO INSTITUCIONAL RECENTE (2009-2010)

A condução da política de Atenção Básica no município sofreu modificações influenciadas pela mudança de governo municipal ocorrida no ano de 2009.

Destaca-se que, na visão dos entrevistados, o sistema de saúde local não se encontrava organizado e a Atenção Básica não estava efetivamente implementada, pois não tinha as ações e os programas desenvolvidos na lógica proposta pela Estratégia de Saúde da Família. Após a transição da gestão, o sistema de saúde local sofreu mudanças em sua organização. Os entrevistados citaram que foi construído um plano em resposta às determinações estabelecidas pelo Ministério Público, assim que a nova equipe assumiu a gestão da secretaria municipal. Entre essas determinações, havia a elaboração da programação anual em saúde para o ano de 2009, que contemplou como um eixo o fortalecimento da Atenção Básica, por meio de metas como:



melhorar o acompanhamento de hipertensos e diabéticos, aumentar o número de exames de prevenção do câncer de colo uterino, melhorar a cobertura vacinal, aumentar o número de consultas pré-natal, disponibilizar medicamentos da farmácia básica, expandir a Estratégia de Saúde da Família, melhorar o acesso aos exames e procedimentos da Atenção Básica e capacitar as Equipes de Saúde da Família e saúde bucal (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS, 2009). Uma área que mereceu destaque no período recente foi a assistência farmacêutica, considerada prioridade pela gestão municipal em resposta a pressões exercidas por outros órgãos como o Judiciário e o Ministério Público, diante das dificuldades enfrentadas em anos anteriores. A partir das entrevistas, é possível compreender que o acesso a medicamentos era um problema, até mesmo de medicamentos da farmácia básica. Isso sugere a insuficiência de recursos e de organização do setor e da Atenção Básica. De acordo com os entrevistados, a reorganização da assistência farmacêutica envolveu a transferência de parte da dispensação dos medica-

mentos para as Unidades de Saúde da Família, melhorando o acesso na Atenção Básica.

Entre as medidas citadas, destacam-se a instituição da Comissão Municipal de Assistência Farmacêutica⁵, responsável pelo planejamento, programação, monitoramento, controle e avaliação da política de assistência farmacêutica no âmbito do SUS municipal; a criação da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME)⁶; e o estabelecimento de regras para prescrição, dispensação e consumo de medicamentos⁷. Em 2009 foi realizado um seminário para a apresentação da nova REMUME e das normas para prescrição e dispensação para todos os profissionais prescritores da rede municipal. Outra importante iniciativa foi o contato com o Ministério Público Estadual e a Defensoria Pública para esclarecimento das regras e normas instituídas no âmbito municipal para regular a assistência farmacêutica.

A melhoria na assistência farmacêutica se refletiu nos dados sobre demandas judiciais de medicamentos, que apresentaram queda entre 2008 e 2009, conforme tabela 2.

Tabela 2: Distribuição das demandas judiciais por medicamento (nº e valor pago em reais), pelos meses de 2008 e 2009, em Três Rios

Mês	2008		2009	
	Nº de pagamentos	Valor pago (R\$)	Nº de pagamentos	Valor pago (R\$)
Janeiro	12	32.163,81	2	17.635,42
Fevereiro	18	43.094,49	0	0,00
Março	15	35.151,83	2	16.420,76
Abril	28	53.612,98	1	19.290,00
Maio	12	55.155,05	1	91,10
Junho	9	9.683,21	1	19.740,00
Julho	24	59.551,81	0	0,00
Agosto	9	49.148,09	0	0,00
Setembro	11	83.907,95	0	0,00
Outubro	17	57.445,09	0	0,00
Novembro	11	41.629,76	1	9.578,00
Dezembro	11	49.935,20	0	0,00
Total anual	177	570.479,27	8	82.755,28

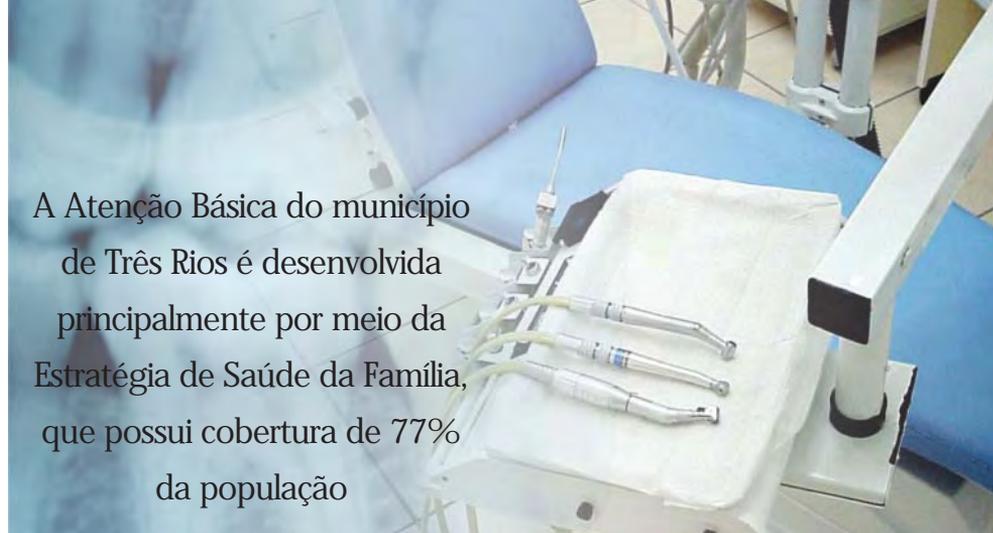
Fonte: Elaboração da autora, com base em dados da Secretaria Municipal de Saúde de Três Rios.

5 Por meio da Portaria Municipal nº 319/2009.

6 Por meio do Decreto Municipal nº 4.270 de 14 de dezembro de 2010.

7 Por meio da Portaria Municipal de nº 544/2009.

A Atenção Básica do município de Três Rios é desenvolvida principalmente por meio da Estratégia de Saúde da Família, que possui cobertura de 77% da população



Os dados mostram a queda de cerca de 97% na demanda judicial por medicamentos de 2008 para 2009, sendo que em 2010 não havia nenhum caso até julho. Segundo informações oficiais, esse resultado teria sido possível devido à reorganização da Política de Assistência Farmacêutica por meio de várias ações que possibilitaram o atendimento das necessidades da população do município e a diminuição da intervenção do Poder Judiciário.

CONFIGURAÇÃO E ORGANIZAÇÃO ATUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica do município de Três Rios é desenvolvida principalmente por meio da Estratégia de Saúde da Família, que possui cobertura de 77% da população com 21 Unidades de Saúde da Família e seis subunidades que contam com Equipes

de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal. Todas as unidades têm uma equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal. Os gerentes das unidades são enfermeiros. O número de agentes comunitários de saúde é variável entre as equipes, havendo ao todo 124 agentes comunitários na Estratégia de Saúde da Família. As Policlínicas Walter Gomes Francklin e Helvio Tinoco são unidades mistas que realizam atendimentos de atenção básica da população não cadastrada na Estratégia de Saúde da Família, nas áreas de clínica médica, pediatria e ginecologia. Tais policlínicas também realizam atendimentos especializados e pronto-atendimento. (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS, 2010). Ressalte-se que o volume de atendimentos médicos nas especialidades básicas⁸ é expressivo no

Tabela 3: Consultas médicas das especialidades básicas e demais especialidades, Três Rios, 2010

Tipo de consultas médicas	Nº de consultas médicas	%
Especialidades básicas	98.100	80
Demais especialidades	24.577	20
Total	122.677	100

Fonte: Elaboração da autora, com base em dados da Secretaria Municipal de Saúde⁹.

⁸ Segundo instrutivo dos indicadores do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2009a), consideram-se especialidades básicas: clínica geral, pediatria e ginecologia-obstetrícia.

⁹ Os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde referem-se a relatórios para informação da produção do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS. Para fins de cálculo dos atendimentos, a produção fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde contemplou até o mês de outubro de 2010. A produção total de consultas para o ano de 2010 foi estimada considerando a produção dos meses de novembro e dezembro de 2009.

município, em relação às demais especialidades. As consultas da Atenção Básica representam 80% do total, o que sugere a importância desse nível de atenção no sistema de saúde (tabela 3). Uma das principais ações de atenção à saúde da mulher é a realização de exame preventivo do câncer de colo do útero, também oferecido no âmbito das Unidades de Saúde da Família do município. Observou-se que, no ano de 2010, 80% dos exames preventivos de câncer do colo de útero foram realizados em unidades de Saúde da Família. É possível sugerir que a população fora de área de abrangência da ESF tenha sido atendida na Saúde da Mulher (na Policlínica Walter Gomes Francklin) e na Policlínica Helvio Tinoco, reafirmando as policlínicas como referência para a população não atendida pela ESF e para atendimento especializado.

No serviço de Saúde da Criança também são realizadas as vacinas do calendário básico. Verificou-se que o procedimento de vacinação ocorre de forma bastante centralizada nas duas policlínicas, com mais de 80% dos procedimentos na Policlínica Walter Gomes Francklin. Apenas 13% do total de vacinas foram aplicadas em 12 Unidades de Saúde da Família e nove unidades não fizeram nenhuma aplicação, o que sugere baixa resolutividade em relação ao atendimento infantil na Estratégia de Saúde da Família. A vacina deveria ser disponibilizada nas unidades, visto que é um procedimento fundamental para a garantia de acompanhamento adequado das crianças. Talvez isso possa ser explicado pela tradição das policlínicas em fazer esse tipo de procedimento e por problemas de estrutura das Unidades de Saúde da Família, como no caso da rede de frios para armazenagem dos imunobiológicos. Os dados apresentam discrepâncias em relação a outras fontes, pois tanto nos documentos

como nas entrevistas foi relatado que houve transferência da responsabilidade de realização desse procedimento das policlínicas para as USF a partir de 2009.

Em relação à estrutura das Unidades de Saúde da Família, de acordo com o levantamento feito em 20 unidades por solicitação da Promotoria do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS, 2010), nenhuma USF de Três Rios está adequada ao preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), pois as unidades não possuem todos os ambientes mínimos recomendados.

A partir da visita a sete unidades¹⁰, notou-se que várias apresentavam estrutura bastante precária. Muitos ambientes não existiam e outros eram montados com divisórias, havendo espaços reduzidos e/ou mal distribuídos. Algumas atividades distintas funcionavam na mesma sala (por exemplo, farmácia dentro da sala de



10 As visitas de observação direta das unidades foram realizadas em sete Unidades de Saúde da Família para avaliação das condições de estrutura das unidades (local de funcionamento, condições físicas, equipamentos e materiais disponíveis). As anotações foram feitas em diário de campo.

enfermagem) ou não havia corredor entre as salas, dificultando o acesso.

Uma das causas para as más condições de infraestrutura das Unidades de Saúde da Família pode ser o planejamento inadequado para a implantação das equipes, que foram alocadas em imóveis inadequados e sem condições para desenvolver ações de saúde. Isso sugere que a forma de implantação das equipes de Saúde da Família pode ter apresentado limitações, pois não previu a construção de unidades com estrutura mínima para as atividades que seriam realizadas.

Conforme o levantamento feito em cumprimento à exigência da Promotoria, não havia problemas sérios em relação à existência dos equipamentos. Porém, a visita da pesquisadora às unidades permitiu observar que as condições de conservação não eram adequadas. Das sete

unidades visitadas, seis tinham equipamentos e mobiliários antigos e sem manutenção. Os móveis, em sua maioria, estavam quebrados e enferrujados, muitos equipamentos não funcionavam ou estavam obsoletos. As cadeiras odontológicas eram antigas e funcionavam precariamente. Essa constatação, mais uma vez, indica investimentos insuficientes na Atenção Básica.

A partir dessas informações, é possível sugerir que a Estratégia de Saúde da Família do município não apresenta infraestrutura adequada. Uma das funções da Secretaria Municipal de Saúde seria garantir as condições de estrutura necessárias ao funcionamento das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas (BRASIL, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho consiste em um estudo de caso sobre a política e a configuração da Atenção Básica em Saúde no município de Três Rios, considerando o contexto político institucional, a configuração e organização da Atenção Básica, a estrutura e funcionamento das Unidades de Saúde da Família e a articulação entre os serviços de saúde.

A pesquisa identificou características da política de saúde no município que refletem a configuração da política nacional, mas também algumas singularidades.

Os serviços de saúde que compõem a rede própria municipal são relativamente restritos, compreendendo apenas as unidades de saúde da família, policlínicas, centros de atenção psicossocial e ambulatórios especializados. A rede privada é de ampla expressão no município.

A Atenção Básica do município segue a indução nacional de implantação de políticas como a Estratégia de Saúde da Família e a Saúde Bucal, que tiveram ampliação das equipes e representaram importante montante de recursos entre os componentes do Piso da Atenção Básica variável. É marcante no caso de Três Rios que a política de saúde foi fortemente influenciada pelo nível federal, com a instituição de vários programas e estratégias por meio de transferência de recursos financeiros.

O município de Três Rios reflete a realidade de parte expressiva dos municípios brasileiros com despesa municipal na área da saúde limitada ao mínimo de 15% da arrecadação fiscal estabelecido por lei e forte dependência das transferências intergovernamentais. Porém, houve aumento do aporte de recursos municipais destinados à Atenção Básica, o que pode sugerir que essa se tornou uma área importante para a gestão local.

A Atenção Básica do município está configurada principalmente pela Estratégia de Saúde da Família, mas apresenta também as policlínicas como importantes unidades de atendimento básico que oferecem serviços à população fora de área de abrangência da ESF. Identifica-se como dificuldade que algumas ações básicas de saúde ainda são ofertadas de forma centralizada nas policlínicas. Por exemplo, no período analisado, cerca de 80% das aplicações de vacinas do calendário básico foram realizadas na policlínica localizada no centro da cidade, sugerindo limites de resolutividade das unidades de Saúde da Família. Um dos problemas mais importantes levantados é a estrutura das unidades de saúde da família que, em sua maioria, apresentam infraestrutura inadequada e equipamentos em más condições de uso. Isso pode prejudicar o trabalho mais efetivo e de qualidade das equipes de Saúde da Família, pois não há condições de trabalho adequadas. Porém, foi identificado que há um movimento da gestão atual em melhorar as condições das Unidades de Saúde da Família, com reformas e reestruturação de algumas unidades, além da compra de equipamentos e mobiliário.

Em síntese, a análise da Atenção Básica em Saúde no município de Três Rios permitiu identificar uma série de dificuldades observadas no âmbito nacional, como forte indução de políticas de saúde pelo nível federal e problemas com a estrutura das unidades de saúde da família. Algumas características marcantes da política e da gestão do sistema municipal de saúde identificadas foram: as fragilidades históricas na gestão pública do SUS e a forte indução da política por atores como o Ministério Público e o Poder Judiciário.

O enfrentamento dessas dificuldades é fundamental para fortalecer a Atenção Básica no município, na perspectiva da estruturação de um sistema de saúde mais abrangente e resolutivo, norteado de fato pelos princípios do SUS de universalidade e integralidade da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília; 2006.
- FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Disponível em: <www.fns.saude.gov.br> Acesso em: 12 set. 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **BGE cidades@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 10 jan. 2009.
- LIMA, L. D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 12, p. 511-522, 2007.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento. **Plano Diretor de Regionalização**. Rio de Janeiro, 2001.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Tribunal de Contas. Secretaria Geral de Planejamento. **Estudo Socioeconômico 2007: Três Rios**. Rio de Janeiro, 2007.
- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Brasil). Departamento de Informática. **Informações de saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - Cadastramento Familiar**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFrj.def>> Acesso em: 7 out. 2010.
- TRÊS RIOS (RJ). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Programação Anual em Saúde - Agenda Municipal de Saúde Para 2009**. Três Rios, 2009.
- _____. Relatório da Atenção Básica. Três Rios, 2010.

REGULAÇÃO DE ACESSO AO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO EM UTI NO DF



Dagomar Henriques Lima

Auditor federal de Controle Externo no TCU;

Mestre em Administração pela UnB

RESUMO: Partindo da abordagem integradora da teoria da inovação em serviços, o processo de inovação foi estudado considerando a regulação de internação em unidades de terapia intensiva (RIUTI) no Distrito Federal (DF) como um feixe de cinco serviços elementares constitutivos. Baseando-se no conceito de inovação como variações nos componentes de vetores de características dos produtos dos serviços, foi possível identificar a variedade dos processos de inovação nos diferentes serviços e estabelecimentos e seus efeitos sobre os objetivos declarados da RIUTI. O setor público apresentou-se como protagonista do processo e indutor de inovações no setor privado, que foram necessárias para viabilizar a inserção desses estabelecimentos na RIUTI. Foram constatadas melhorias expressivas na equidade de acesso à internação em UTI no DF. Permanecem obstáculos estruturais e de gestão que impedem avanços adicionais na integralidade da atenção em saúde.

ABSTRACT: Drawing on the integrative approach of the theory of service innovation, the innovation process to enable the service of access regulation to intensive care units (RIUTI) in the Federal District has been studied considering the service as a bundle of five elementary constituent services. Based on the concept of innovation as variations in the components of vectors of characteristics of the service products, it was possible to identify the variety of innovative processes in distinct services and organizations and its effects over the declared objectives of the RIUTI. The public sector acted as a protagonist of the innovation process and induced innovations in the private sector. Significant improvements were found in the equity of access. Structural and management barriers remain and prevent further advances in the integrality of health care.

PALAVRAS-CHAVE:

Inovação; Regulação de Acesso; Sistema Único de Saúde; Teoria da Inovação em Serviços.

KEYWORDS:

Innovation; Access Regulation; Unified Health System; Theory of Innovation in Services.

INTRODUÇÃO

O objetivo geral deste artigo é descrever o processo de inovação na regulação de acesso ao serviço de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) no serviço público de saúde do Distrito Federal (DF). A pesquisa foi realizada com fundamento na abordagem integradora da teoria da inovação em serviços (GALLOUJ, 2002).

Neste artigo, a regulação de internação em UTI (RIUTI) é concebida como um feixe de cinco serviços elementares constitutivos (DJELLAL; GALLOUJ, 2005), sendo o principal deles a intermediação entre a oferta e a procura por internação em UTI. Busca-se caracterizar os diferentes serviços que compõem a regulação, bem como descrever os modos de inovação que se desenvolveram, visando a implantar a regulação. Além disso, examinam-se os efeitos das inovações implementadas sobre os serviços abrangidos pela RIUTI e sobre seus objetivos declarados.

A maior parte das pesquisas sobre inovação refere-se à indústria de transformação ou usa estrutura conceitual nela fundamentada, como reconhece o Manual de Oslo (OCDE, 2005, p. 22). Ainda segundo o manual, suas diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação são voltadas para empresas comerciais. Apesar de concordar que a inovação é importante para o setor público, o manual afirma que pouco se sabe sobre ela em setores não orientados ao mercado.

Do ponto de vista teórico, o setor saúde é objeto de estudo de diversos trabalhos sobre inovação em serviços, pois nele existem complexidades cuja análise permite compreender melhor as variáveis que atuam sobre os processos de inovação. Do ponto de vista da política de saúde, um dos problemas que ganharam relevância na agenda de discussões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) foi a oferta insuficiente de certos serviços, em especial os de alta complexidade,

com a conseqüente restrição do acesso ao direito à saúde. A situação é agravada pela falta de priorização do acesso segundo a necessidade de atendimento, com efeito negativo sobre a equidade do sistema (SANTOS *et al.*, 2008).

A regulação assistencial, na qual se insere a RIUTI, tem sido apresentada (CONASS, 2007) como uma proposta que visa a contribuir para a concretização dos princípios de acesso equitativo e atenção integral no SUS brasileiro, bem como alcançar ganhos de eficiência. Consiste na intermediação da oferta e da procura de serviços públicos de saúde por meio de centrais de regulação. A implantação de controles de acesso aos serviços de saúde caracteriza-se como mecanismo racionalizador, mas sua efetividade está em discussão. Existe, portanto, campo para investigar como se desenvolve o processo de inovação em RIUTI no DF.

Além desta introdução e da seção conclusiva, o artigo compõe-se de mais quatro partes. A primeira contextualiza a RIUTI no SUS e no DF; a segunda apresenta as formulações teóricas sobre inovação em serviços e inovação no setor público; a terceira descreve o método adotado, seguida da apresentação e discussão dos resultados.

A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

A regulação do acesso à assistência também é chamada de regulação de acesso ou regulação assistencial (BRASIL, 2008), sendo este último o nome que será usado daqui em diante. Trata-se de conceito que se insere no contexto da regulação em saúde e que vem sendo construído ao longo dos anos.

De perspectiva bastante geral, a regulação assistencial pode ser entendida como “intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde” (SANTOS; MERHY, 2006, p. 27). O Pacto pela Saúde define regulação assistencial como o “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que

intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles” (CONASS, 2007, p. 31). Essa definição deixa entrever que o processo de regulação envolve conhecimento técnico tanto em administração quanto no serviço de saúde prestado (SANTOS *et al.*, 2008). É possível identificar as seguintes finalidades das políticas de saúde e de sua ação regulatória: a) o equilíbrio macroeconômico de despesas e receitas, b) a eficiência microeconômica das organizações de saúde, c) a equidade, traduzida em garantia de acesso, integralidade, resolubilidade, universalidade da atenção à saúde e repartição equitativa dos meios, d) a redução do risco de doença e de outros agravos (SANTOS; MERHY, 2006; BRASIL, 2004a; FERREIRA, 2004; NASCIMENTO *et al.*, 2009). A regulação assistencial identifica-se especificamente com as finalidades de eficiência, integralidade e equidade.

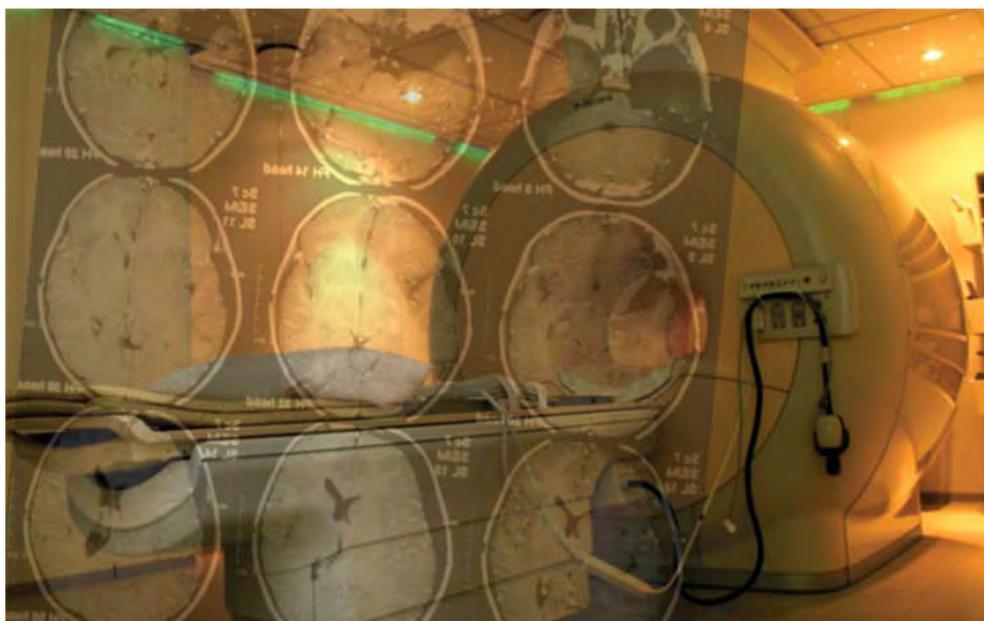
A finalidade de eficiência microeconômica traduz-se na otimização do uso dos recursos disponíveis nos estabelecimentos de saúde, evitando sobrecarregar ou subutilizar serviços de saúde em razão da demanda espontânea. Naturalmente essa finalidade também tem reflexos macro na racionalização e contenção dos gastos públicos, em especial nos níveis subnacionais de governo.

O princípio da universalidade é entendido como igualdade de direito ao acesso às ações e servi-

ços de saúde sem barreiras a todas as pessoas. No Brasil, onde existe grande desigualdade social, a efetivação do princípio da universalidade exige a explicitação do princípio da equidade. A equidade nos serviços de saúde requer que “não haja diferenças nos serviços onde as necessidades de saúde são as mesmas (equidade horizontal) ou que serviços reforçados sejam disponibilizados onde as necessidades de saúde sejam maiores” (MACINKO; STARFIELD, 2002, p. 3). Assim, a equidade em saúde é entendida como o reconhecimento das diferenças regionais, grupais e individuais nas necessidades de saúde e o correspondente desenvolvimento de ações para atendê-las, reduzindo a exclusão e beneficiando, prioritariamente, aqueles que possuem piores condições de saúde.

A integralidade é um dos princípios éticos do SUS e deve ser perseguida mediante a articulação de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários à efetiva melhoria dos níveis de saúde da população (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Entre os critérios para avaliação da dimensão da integralidade, Giovanella *et al.* (2002) destacam os seguintes: 1) funcionamento de centrais de marcação de consultas e de exames especializados e de centrais de internação, 2) protocolos de atenção para doenças/agravos específicos, 3) medidas de garantia da contrarreferência, 4) controle de fluxo de pacientes para outros



municípios, 5) monitoramento de filas de espera e mecanismos para sua redução. Os autores argumentam que a existência da central de regulação é um indicador da tentativa de organizar o sistema de saúde e de garantir acesso aos diversos níveis de complexidade da atenção. A operacionalização da regulação é estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais. Abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso, baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. Os complexos reguladores são formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação (BRASIL, 2008).

Para Magalhães (2002 *apud* SANTOS; MERHY, 2006), em um sistema regulado o usuário, ao adentrar a rede de serviços, passa a ser direcionado pelo sistema. Assim, na regulação do acesso pelas centrais de regulação, restringe-se o direito de escolha do usuário e em troca lhe é oferecida a promessa de garantia de acesso. No entanto, para alguns gestores, corre-se o risco de que a regulação assistencial transforme-se em apenas mais um mecanismo de racionalização do uso de recursos disponíveis em lugar de contribuir para efetivar os princípios da integralidade e da equidade (IBANHES *et al.*, 2007).

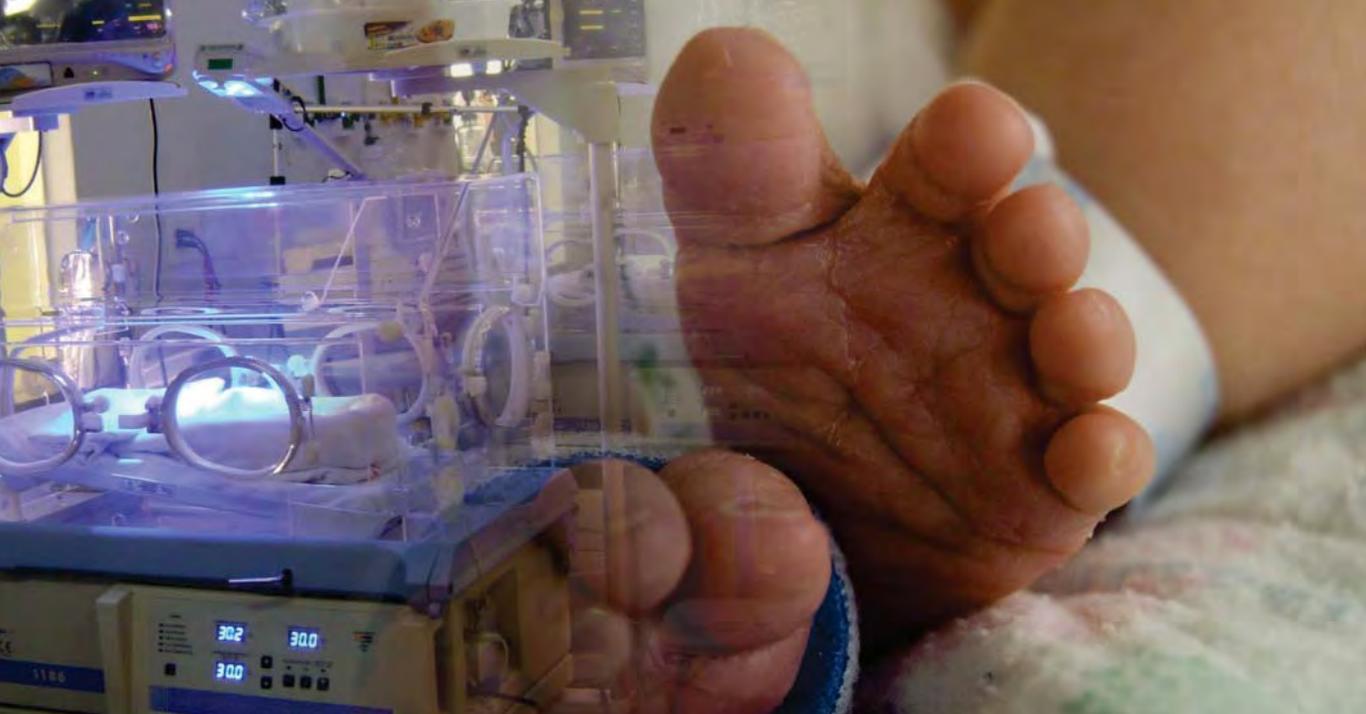
REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NO DISTRITO FEDERAL

O sistema de saúde do DF encontra-se em contexto peculiar. O DF tem atribuições e competências tributárias simultâneas de estado e de município (BRASIL, 2004a), o que aumenta suas responsabilidades na prestação de serviço, mas igualmente aumenta seu poder de arrecadação. Do lado da receita, o DF ainda recebe assistência financeira da União para os serviços de saúde (BRASIL, 2004a, art. 21; BRASIL, 2002b). Do lado da demanda, o sistema de saúde do DF atende não moradores, principalmente provenientes dos 22 municípios médios e pequenos

dos estados de Goiás e Minas Gerais, que formam a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE). Esse fluxo adicional de usuários corresponde a cerca de 16% na internação hospitalar e a 20% no atendimento em ambulatorio e na emergência (PIRES *et al.*, 2010). Deve-se levar em conta também que 21,9% da população do DF são cobertos por planos de saúde suplementar (ANS, 2009). Em 2009, o DF contava com cerca de 2,6 milhões de habitantes (IBGE, 2009).

Quanto à oferta de serviços públicos de saúde, a situação do DF é considerada razoável no contexto do país (PIRES *et al.*, 2010). No que se refere às UTIs, no DF há 341 leitos disponíveis para o SUS, sendo 62% na rede própria. Cerca de 92% dos leitos de UTI disponíveis para o SUS encontram-se regulados. O Ministério da Saúde estima que há necessidade de 4% a 10% do total de leitos hospitalares serem de UTI (BRASIL, 2002c). Por sua vez, a necessidade de leitos hospitalares seria de 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes. Assim, considerando a necessidade mínima de leitos hospitalares para 2,6 milhões de habitantes, o número de leitos de UTI dis-

No DF, há 341 leitos disponíveis para o SUS, sendo 62% na rede própria. Cerca de 92% dos leitos de UTI disponíveis para o SUS encontram-se regulados



poníveis para o SUS no DF seria equivalente a 5,2% dos leitos hospitalares, o que atende ao parâmetro do Ministério.

Os primeiros movimentos em direção à implantação da regulação assistencial no DF de forma sistematizada começaram em 2004, com a criação do Grupo Técnico de Regulação Assistencial (GTRA) (DF, 2004). O GTRA integrava a estrutura da Diretoria de Controle e Avaliação de Sistemas de Saúde (DF, 2007). O grupo revisou contratos e convênios, definiu fluxos e contrafluxos, estimou demanda reprimida por especialidade.

Em 2007, foi criada a Diretoria de Regulação (DIREG), subordinada à Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle (SUPRAC) da Secretaria de Estado de Saúde (SES). A DIREG tem três gerências de regulação: a da Atenção Ambulatorial (GERA), a da Internação Hospitalar (GERIH) e a de Alta Complexidade Interestadual (GERAC) (DF, 2007a).

O complexo regulador do DF é composto pelas centrais de Regulação da Internação Hospitalar (CRIH) e de Marcação de Consultas e Exames (CMCE), e pela Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC) (DF, 2009). Esta última não funciona efetivamente.

Na origem da implantação da regulação assistencial no DF havia a constatação da existência de problemas na rede de saúde distrital, diretamente relacionados com o acesso aos serviços. Entre os problemas, Camargos et al. (2006) citam a dificuldade de acesso à alta complexidade, a existência de longas filas de espera, a falta de priorização do acesso segundo a necessidade (DF, 2005). Os autores mencionam ainda a falta de controle do gestor distrital sobre a capacidade instalada e o total domínio dos profissionais de saúde sobre suas agendas. Além dessas, é possível identificar as seguintes motivações da SES para implantar a regulação: adequar a oferta de serviços aos parâmetros populacionais de prestação, ampliar o acesso, estruturar a rede hierarquizada e regionalizada, resgatar a resolutividade da atenção básica como nível inicial do sistema de saúde, promover a integralidade na atenção à saúde (DF, 2005, 2006c, 2009). Após iniciativas de regulação de alguns exames e consultas, em agosto de 2006 foi criada a Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) (DF, 2006b). A CRIH é o principal operador do sistema de RIUTI, constituindo-se em unidade organizacional da administração direta, que atua de forma alinhada com os obje-

tivos governamentais, sob controle hierárquico. Foram incluídos na regulação os leitos de terapia intensiva neonatal, pediátrica e adulto dos hospitais da rede própria, conveniada e contratada do DF. Foi determinado que caberia ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) o transporte inter-hospitalar de pacientes que necessitassem de internação em UTI. Ato contínuo, a SES publicou diretrizes para admissão e alta em terapia intensiva, o que caracterizou a aprovação do primeiro protocolo clínico e de regulação desta área no DF (DF, 2006a).

A maior parte da equipe de profissionais que trabalha na CRIH atua em regime de hora extra, com lotação normal em diversas unidades assistenciais. Dessa forma, o quadro varia muito em número, bem como em horas de trabalho individuais disponibilizadas para a regulação. Em média, a equipe de regulação de leitos de UTI é composta de 31 médicos reguladores, 12 a 15 enfermeiros controladores, 10 médicos supervisores e 10 enfermeiros analisadores. Equipes de dois médicos reguladores e um enfermeiro controlador se revezam em três turnos, nas 24 horas do dia.

Na RIUTI é usado módulo de sistema WEB para gerenciar o serviço, desenvolvido por empresa prestadora de serviços de informática para a SES/DF, chamado TrakCare™. O processo regulatório de internação em UTI se inicia com a inserção da solicitação médica de internação no sistema pela unidade solicitante, incluindo laudo técnico, que deve demonstrar a urgência da internação. O médico regulador classifica a solicitação por prioridade, segundo o risco (DF, 2006a). Simultaneamente, o enfermeiro controlador busca a vaga no sistema. Encontrada a vaga, o médico regulador identifica o médico que receberá o paciente e lhe repassa informações sobre as condições deste. O médico regulador comunica a alocação de vaga para a unidade solicitante, que chama o SAMU para realizar o transporte.

O processo está desenhado para funcionar por

meio do software, mas, na prática, há contatos telefônicos frequentes para completar informações do laudo técnico, informar a unidade executante sobre o encaminhamento do paciente e a unidade solicitante sobre a autorização da internação.

Apesar de o Manual de Implantação de Complexos Reguladores (BRASIL, 2006b) orientar que o escopo da CRIH devem ser os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros, o DF, demais unidades da federação e municípios têm autonomia para organizar seus complexos reguladores. Assim, o DF é o único cuja CRIH regula apenas leitos de UTI.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

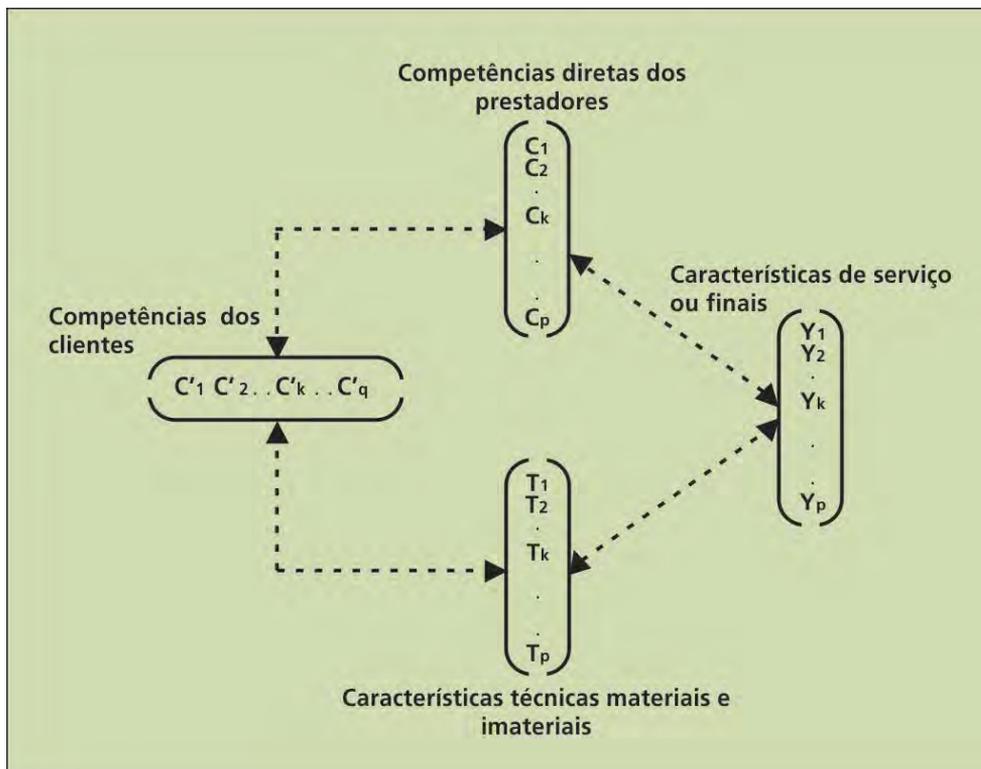
A fundamentação teórica do artigo é a teoria da inovação em serviços, em sua abordagem integradora. Essa abordagem, apesar de não ser específica para o setor com regulação política, vem sendo usada para estudar o setor público, principalmente os serviços de saúde em hospitais (WINDRUM, GARCÍA-GOÑI, 2008). Como o tema do artigo é o processo de inovação no acesso a um serviço público, será adotada a teoria de inovação em serviços que trata o setor público como protagonista do processo, e não apenas como financiador, regulador, consumidor ou produtor de bens e serviços complementares.

Adicionalmente, destaca-se que a teoria de inovação no setor público, com fundamento em escolas de administração pública, vem se fortalecendo a partir de estudos financiados pela União Europeia. Neste contexto, Koch e Hauknes (2005, p. 9) apresentam uma definição de inovação no setor público que reconhece o caráter contextual da natureza do resultado da inovação: “Inovação é a implementação ou desempenho de uma nova forma específica ou repertório de ação social, implementada deliberadamente por uma entidade no contexto dos objetivos e funcionalidades de suas atividades”. Essa definição permite caracterizar a regula-

ção assistencial como uma inovação no setor público e justificar o uso da teoria da inovação em serviços para analisá-la. A RIUTI representa a centralização da intermediação entre oferta e procura pelo serviço de internação em UTI, configurando uma nova forma de implementação desse serviço de saúde. Além disso, foi implantada deliberadamente pela SES/DF por meio de normas, tendo em vista o princípio da legalidade que impera no setor público. Essa nova forma de prestar o serviço foi adotada no contexto local do sistema de saúde, que apresenta deficiências comuns ao SUS, mas com especificidades decorrentes da estrutura local, da pressão de demanda proveniente de outros entes federados, pelas condições de financiamento e outros.

A definição de inovação no setor público, associada à concepção de inovação como variação nos vetores de características do serviço (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997), será usada neste artigo por permitir melhor operacionalizar a análise do processo de inovação no setor público. Gallouj e Weinstein (1997) estenderam e aperfeiçoaram um modelo anterior de cunho tecnicista (SAVIOTTI; METCALFE, 1984 *apud* GALLOUJ, 2002, p. 30), com base em seus estudos sobre inovação em serviços. Assim, no modelo desses autores, o produto do serviço é representado pelos vetores [C] de competências dos prestadores, [T] de competências técnicas tangíveis e intangíveis, [C'] de competências dos clientes e [Y] de características finais do produto, percebidas diretamente pelo cliente.

Figura 1 – Representação geral do produto em termos de vetores de características



Fonte: Vargas (2006, p. 68).

Como essa formulação é uma generalização de um modelo anterior usado para bens, ela permite analisar de forma unificada tanto bens quanto serviços. Outro avanço teórico dessa abordagem é a incorporação à análise das antes negligenciadas características técnicas imateriais, que são sistemas de competências formalizadas e codificadas. O desenvolvimento do modelo sob uma perspectiva evolucionária permite definir a inovação em termos de variações nos componentes dos vetores de características. Essas variações definem seis modos segundo os quais ocorre o processo de inovação (GALLOUJ, 2002). O primeiro modo ou modelo é o de inovação radical, no qual ocorre a criação de um novo conjunto de vetores de características, configurando um novo produto. Segundo o autor, a definição mais ampla deste modelo abrange ainda o caso no qual surgem novas competências de clientes e produtores, bem como novas características técnicas materiais e imateriais, mas as características finais do produto não se modificam significativamente.

A inovação de melhoria envolve mudança na qualidade das características do produto [Y], por meio de aperfeiçoamentos de componentes do vetor de competências diretas dos prestadores ou de características técnicas. A inovação incremental descreve a ocorrência de aperfeiçoamento das características finais do produto por meio da adição ou substituição de componentes dos vetores por novas características. A inovação por recombinação é o modelo segundo o qual componentes dos vetores de características dos produtos dos serviços são combinados ou dissociados para formar novo produto. A inovação por formalização é a sistematização documentada das características do produto, tornando-as mais visíveis e padronizadas. A inovação ad hoc é a construção conjunta de uma solução para o problema colocado pelo cliente, por meio da interação entre este e o produtor/prestador de serviço, o que provoca mudanças nas características do serviço.

MÉTODO

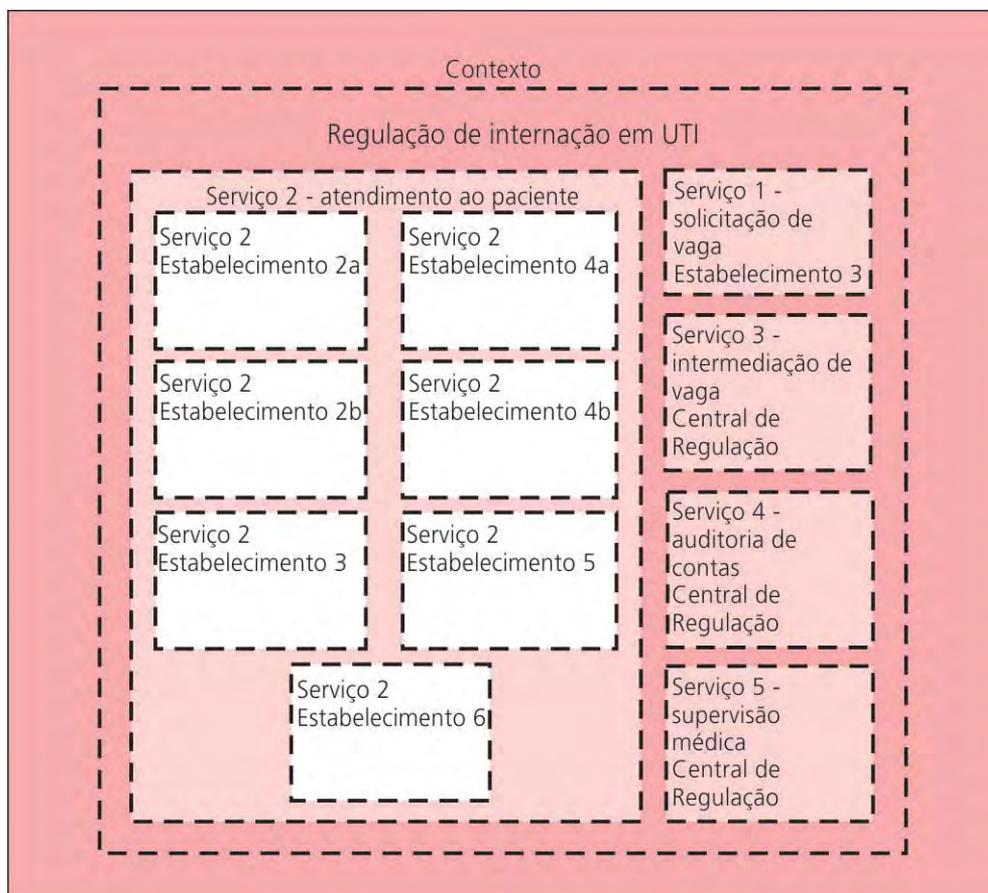
Esta pesquisa está registrada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), tendo sido aprovada pelo Parecer Complementar CEP/FS-UnB no 117/10, de 5/10/2010.

A pesquisa realizada é descritiva e qualitativa e tem caráter exploratório. Abrangeu entrevistas com 35 atores, entre especialistas (Esp) da SES/DF, médicos assistentes (Med), médicos reguladores e supervisores, enfermeiros controladores e analisadores (Reg), enfermeiros assistentes (Enf), administradores e funcionários administrativos de estabelecimentos de saúde (Adm). Além da Central de Regulação, dados foram coletados em três estabelecimentos de saúde públicos e três privados, perfazendo sete UTIs, sobre a dinâmica do processo, as relações entre os atores envolvidos, seus conflitos e expectativas. As quinze horas e dezessete minutos de áudio das entrevistas foram transcritas em 300 páginas de texto e analisadas por meio de análise de conteúdo (BARDIN, 2009), assistida pelo software Atlas TI 5.0. A análise identificou 618 menções, assinaladas por 38 códigos. A regra de enumeração das unidades de registro foi a da presença ou ausência. Dúvidas sobre a codificação de temas ou mesmo sobre a sua categorização foram dirimidas pela observação do contexto no qual a fala se inseria e da ênfase aplicada pelo entrevistado.

O método de pesquisa foi o estudo de caso único integrado (YIN, 2010). Trata-se de desenho no qual existe um caso único (a RIUTI), mas há múltiplas unidades de análise (os serviços elementares constitutivos). O desenho do projeto de pesquisa inclui a intenção de analisar o caso em relação às condições contextuais. As linhas pontilhadas indicam que os limites entre os casos integrados e entre os casos e o contexto não são rígidos (Figura 2).



Figura 2 – Tipo do projeto de estudo de caso – caso único integrado



Fonte: Adaptado de Yin (2010, p. 70).

Para operacionalizar um plano de análise que abrangesse a multiplicidade de funções observadas e que pudesse ser combinado com a representação vetorial do serviço (Figura 1), que é o modelo conceitual adotado, foi usada a noção de que o serviço pode ser decomposto em diferentes serviços elementares (S_{ij}) (Figura 2). Nessa notação, i representa o serviço e j representa o estabelecimento onde o serviço i é prestado, quando há mais de um estabelecimento que o presta (DJELLAL; GALLOUJ, 2005). Cada um dos serviços elementares constituintes da RIUTI (S_i) pode ser entendido por meio de um conjunto próprio de vetores de características. Sinteticamente, os serviços elementares são descritos a seguir. A solicitação de vaga (S_1) é realizada no hospital solicitante pelo médico que assiste o paciente. O processo regulatório de internação em UTI se inicia com a inserção no TrakCare da solicitação de internação pela unidade solicitante. A intermediação de vaga (S_2) é realizada pela central de regulação, o que abrange a priorização do paciente segundo o risco (DF, 2006a). Simultaneamente, o enfermeiro controlador busca a vaga no sistema. Encontrada a vaga, o médico regulador identifica o médico que receberá o paciente e lhe repassa informações sobre as condições do paciente. O médico regulador comunica a alocação de vaga para a unidade solicitante.

O atendimento ao paciente (S_3) abrange a preparação do leito, a liberação da vaga no sistema de regulação e os cuidados médicos e de enfermagem ao paciente recebido. A auditoria de contas (S_4) é serviço administrativo prestado pela Central de Regulação à SES/DF, por meio de enfermeiros analisadores. A SES precisa ter garantia de que os valores apresentados pelos hospitais contratados são efetivamente devidos. A supervisão médica (S_5) é prestada pela Central de Regulação, por médicos supervisores, para a SES/DF, que precisa ter garantia de que os procedimentos realizados nos pacientes encaminhados para

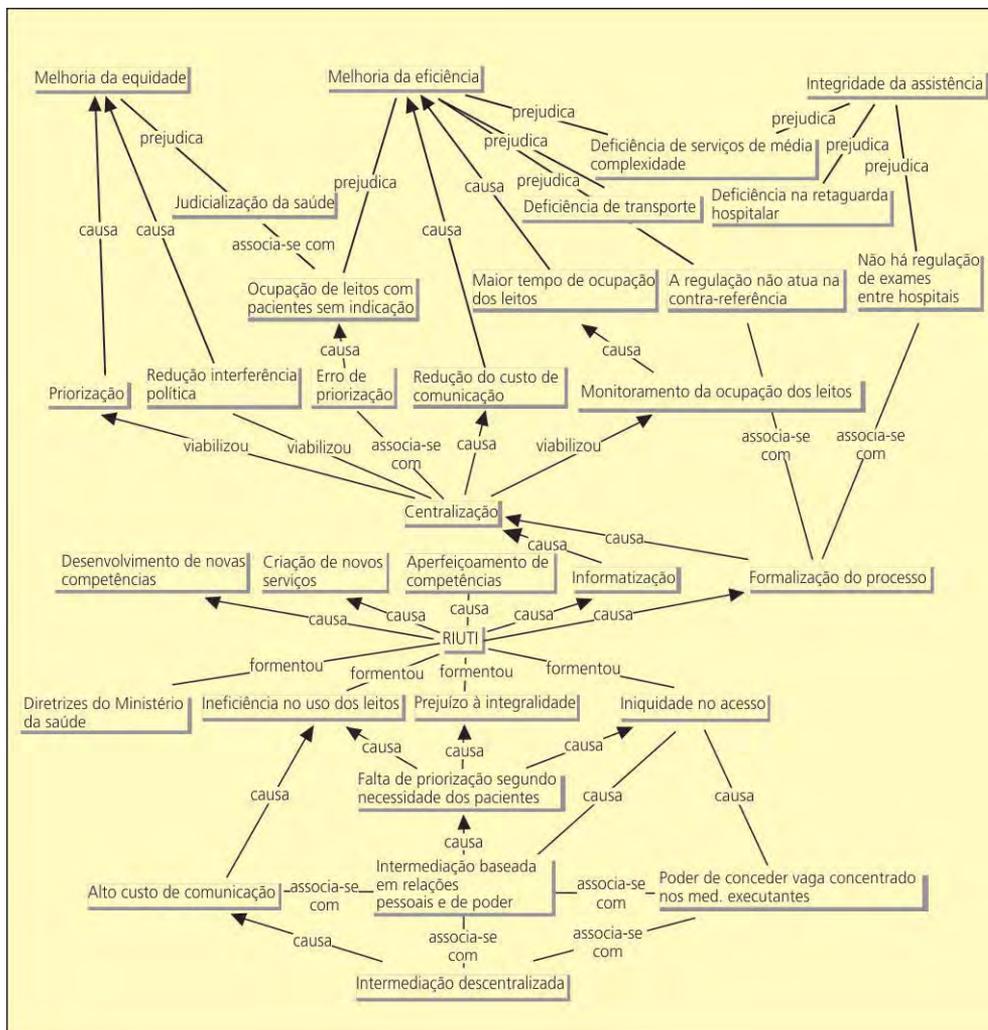
os hospitais privados são corretos e justificam a despesa incorrida.

A EFETIVAÇÃO DA RIUTI NO DF

Nesta seção, resultados da pesquisa são apresentados e discutidos em confronto com a abordagem integradora da teoria da inovação em serviços, considerando o estudo de caso único integrado, representado pela RIUTI no DF. A investigação dos resultados esperados com a implantação da RIUTI e dos resultados percebidos pelos entrevistados exige o exame dos documentos produzidos sobre a regulação nas esferas federal e distrital. Esses resultados têm natureza convencional e específica (GADREY, 2001). São expectativas dos atores, construídas ao longo de anos de discussões nos diferentes fóruns do SUS e experimentações localizadas. O exame dos documentos distritais revela a expectativa de melhoria nas dimensões de eficiência, equidade e integralidade da assistência. Segundo os entrevistados, é possível argumentar que o processo de inovação em RIUTI, em interação com o contexto do sistema de saúde do DF, provocou efeitos em cada uma das três dimensões identificadas, nem sempre no sentido de aperfeiçoamento, conforme retratado na Figura 3.

A figura resume a interpretação do pesquisador sobre o entendimento dos entrevistados acerca do processo de inovação em RIUTI. Os resultados são apresentados em síntese que une os muitos elementos das falas dos entrevistados e que explica a Figura 3 como um modelo empírico da origem, implantação e efeitos da RIUTI no DF. A intermediação entre demanda dos pacientes e oferta de vagas de internação em leitos de UTI já existia antes da implantação da regulação. Era realizada diretamente entre os estabelecimentos solicitantes e executantes, de forma descentralizada, com alto custo para os envolvidos em termos de tempo gasto com a comunicação e interferências políticas e de relações pessoais.

Figura 3 – O processo de inovação em RIUTI no DF



Fonte: Elaborado pelo autor, com base na análise de conteúdo das entrevistas.

As relações de poder tinham interferência na alocação de vagas, no lugar de critérios de priorização segundo a necessidade do paciente¹.

[...] tinha um paciente na emergência precisando de vaga em UTI e lá no próprio hospital não tinha vaga. O médico plantonista

ou, às vezes, até o enfermeiro, não sei, por causa da unidade funciona diferente, saía ligando, saía não, ligava em várias outras UTI pedindo vaga, entendeu? O negócio não era centralizado [...]. (Enf2, Estab2)

A RIUTI permitiu reduzir o custo de comuni-

1 Todas as falas dos entrevistados foram transcritas literalmente, sem qualquer tipo de correção.

cação e a interferência política por meio da centralização, viabilizada pela informatização, a qual também aumentou a transparência das informações.

Com a implementação da regulação, hoje a gente, o médico preenche o formulário, a gente entra na, no sistema, digita, automaticamente ele já cai na, na lista de espera, a gente imprime a folha, grampeia junto com o prontuário do paciente [...]. (Enf1, Estab1, sobre a centralização e informatização.)

Então eu acho que o gran..., a grande vantagem da, foi de tirar, né?, mais da mão de profissionais, de políticos esse poder de decidir, né?, quem interna. [...] Um diretor, um outro médico, um político, né?, pedia a vaga e o pessoal passava na frente. Hoje isso não acontece porque tá regulada, todo mundo sabe, né? Se acontece isso, né? (Med3, Estab2)

Como consequência da centralização, os médicos executantes perderam poder sobre a concessão de vagas. Além disso, tanto eles quanto os médicos solicitantes tiveram reduzida a responsabilidade de conseguir vagas para os pacientes. O processo passou a ser documentado, proporcionando maior segurança para os profissionais. Essas questões sobre poder e responsabilidade foram abordadas principalmente por profissionais de estabelecimentos públicos, pois nos privados a relação com a regulação é contratual e não há padrão de comparação entre períodos de intermediação de vagas antes e depois da regulação.

E aí a coisa, tá bom, cê tá mandando, né? Manda quem pode, obedece quem tem juízo, manda, tudo bem, né? Então, assim, é, te tira um bocado da autonomia enquanto intensivista, a Central de Regulação tirou naquele momento a autonomia da gente. (Med2)

Pra esse servidor, a criação da central tirou um peso das costas, porque informa a central e a central sabe onde tem leito, então pra, o benefício da central em relação ao serviço, em relação aos, aos servidores na verdade, foi compartilhar, foi se solidarizar, se solidarizar com, com essa questão de não conseguir leito. (Esp5)

Tema recorrente nas entrevistas foi o aperfeiçoamento de competências diretas dos prestadores, que afetaram o serviço de atendimento ao paciente. Esse aperfeiçoamento ocorreu como resposta a mudanças no perfil dos pacientes, conforme relatado pelos prestadores assistentes. A mudança foi mais intensa nos serviços prestados nos hospitais privados e nas UTIs adulto, mas houve relatos em todos os estabelecimentos executantes. Os pacientes passaram a ser mais graves ou acometidos de doenças crônicas ou de casos clínicos diferentes dos que eram recebidos anteriormente.

[...] a gente tem 12 pacientes do SUS, dos 14 leitos, e eles são todos muito graves, então isso mobiliza sempre treinamentos com a enfermagem, com os próprios colegas [...]. (Med6)

No DF há forte judicialização da internação em UTI. Entre os diversos conflitos que essa situação provoca está a questão de qual tabela usar para pagar as internações realizadas por força de mandado judicial. Isso provocou uma crise entre a SES/DF e os hospitais privados porque, em dezembro de 2010, os pagamentos das internações por mandado estavam atrasados há mais de um ano, mesmo para hospitais que cobram pela tabela SUS. As internações de pacientes regulados são pagas pela SES/DF segundo o prazo contratual de 90 dias. Assim, alguns estabelecimentos privados perceberam na contratação a possibilidade de ocupar seus leitos com pacientes regulados. Isso evitaria

No DF há forte judicialização da internação em UTI. Entre os diversos conflitos que essa situação provoca está a questão de qual tabela usar para pagar as internações realizadas por força de mandado judicial

o recebimento dos pacientes não regulados (internados por mandado) e, por conseguinte, evitaria incorrer em despesas de difícil recuperação (Adm7).

[...] quando eu comunico pra Central de Regulação que é um paciente regulado eles me mandam uma liminar, mas a liminar não paga há muito tempo, então, pro hospital é absolutamente desvantajoso. [...] Então, mesmo sendo da fundação, de alta complexidade, isso do ponto de vista do sistema privado, isso pode ser compensador, digo pode ser, se pagarem. (Med6, Estab5)

Também em função do aumento de demanda, a entrada dos estabelecimentos privados na RIUTI provocou mudanças na organização do serviço de auditoria de contas e a contratação de pessoal adicional nesses hospitais. Essa situ-

ação caracteriza a forma de inovação como de melhoria. Do lado da Central de Regulação, a criação da auditoria de contas foi uma inovação radical, mas os enfermeiros entrevistados que passaram a atuar como analisadores já tinham experiência como auditores no setor de saúde complementar:

Tivemos que se org..., se, se organizar melhor, de dividir o serviço, que o serviço aumentou, né? Como eu já te falei no começo com as contas, que eu fecho parciais a cada 15 dias, mas só posso mandar quando o paciente tem alta. Isso... isso, então isso dá, dá um certo desconforto, o trabalho aumentou. Aumentou muito o serviço, enfim. (Adm1, Estab4)

Não foi identificado processo significativo de desenvolvimento de novas competências no serviço de intermediação. Os médicos reguladores não mencionaram o desenvolvimento de competências para operação do sistema. Um dos controladores já tinha treinamento em informática em outro emprego e outro disse que aprendeu rapidamente a operar o sistema em serviço: “Eu fui aprendendo no dia a dia, eu não tive treinamento nenhum, tá?” (Reg6). A análise documental demonstra que os serviços de atendimento ao paciente e de solicitação de vaga passaram por um processo de codificação e formalização de procedimentos. A sistematização dos procedimentos padronizou e tornou mais transparentes os critérios de admissão e alta, bem como os procedimentos de solicitação e cessão de vagas em UTI. Isso caracteriza o modo de inovação por formalização nos serviços de atendimento ao paciente e de solicitação de vaga. Os procedimentos da regulação às vezes não são identificados como protocolos, mas como normas burocráticas ou obrigações contratuais (no caso dos estabelecimentos contratados). A edição dos protocolos também caracteriza um processo de inovação

por formalização no serviço de intermediação de vaga. Os prestadores do serviço de intermediação de vaga são os que mais aplicam os protocolos e demonstram maior conhecimento sobre eles.

Ele segue rotina, tem um protocolo do Ministério da Saúde, protocolo da Secretaria, discute o caso com o médico, porque aí ele prioriza a gravidade, prioriza o paciente, ou seja, estabelece uma gravidade, o quê que ele precisa, o médico informa o quê que ele precisa pro tratamento e ali você, então você classifica o doente em prioridade um, dois ou três. (Reg1)

A principal questão em eficiência é fazer os recursos renderem o máximo possível, o que se traduz, por exemplo, em minimizar o tempo de ociosidade dos leitos. Houve menção ao alcance desse objetivo tanto por assistentes quanto por reguladores. No primeiro caso, a menção foi feita por entrevistado do estabelecimento 2a, o qual representa uma situação peculiar porque era uma UTI especializada que passou a UTI geral. Os demais estabelecimentos públicos não relataram ociosidade anterior de vagas, mas a pressão da RIUTI para manter os dados de oferta de leitos atualizados e sua insistência para realizar a internação assim que o leito é liberado, o que também contribui para a redução do tempo durante o qual o leito fica vago:

[...] passa a haver uma melhor, a melhor utilização. Por quê? Quando não existia a regulação, o paciente morria duas horas da manhã e esse leito só vai tá..., você tinha que sair procurando, ligando pra todos os hospitais pra ver se tinha vaga de UTI. Hoje não, hoje é informatizado, quando o paciente, tira o doente do leito ou ele morreu, automaticamente aparece aqui a vaga [...]. (Reg1)

Um dos fatores que contribuíram para o melhor uso dos leitos foi o avanço na organização do sistema. O uso da regulação como ferramenta de gestão também favorece o ganho de eficiência, pois aperfeiçoa o processo, mediante mapeamento da oferta em tempo real, priorização e direcionamento da demanda:

Quantos pacientes eu tenho na lista? (?) quantos pacientes eu tinha na lista (de espera)? Eu num sabia. [...] (a regulação) é uma ferramenta de gestão que permita pra você desafogar, "Ó, eu vou direcionar pra cá, pra ali [...]. (Reg1)

Apesar desses ganhos, a regulação tornou mais evidentes problemas que ainda contribuem para a redução da eficiência do sistema. Em primeiro lugar, o uso dos leitos poderia ser melhorado caso houvesse regulação da contrarreferência, porque pacientes em alta médica da UTI poderiam ser transferidos para serviços de menor complexidade e custo para continuar o tratamento, liberando leitos de UTI.

E os leitos já são poucos e ficam bloqueados por um paciente de alta, então precisa ser melhorado. (Med3, Estab2)

Então, o paciente tá há um mês ocupando uma vaga de gente que tá morrendo lá fora. Então, isso é um, só, o nosso problema com a regulação é esse, alta médica. (Adm4, Estab5)

A garantia da contrarreferência é um dos critérios de avaliação da integralidade (GIOVANELLA et al., 2002), isto é, do atendimento ao paciente por todos os diferentes níveis de complexidade. Houve relatos de pacientes que foram mandados para casa porque não conseguiam vaga em enfermarias para continuarem o tratamento, apesar de estarem em alta da UTI.



A gente já teve um paciente aqui que médico mandou ele pra casa, o paciente tava estável já, tava bem, tava tranquilo, já tava ficando super estressado aqui dentro da UTI porque ele olhava prum lado, olhava pro outro, via todo mundo entubado [...] Todo santo dia eles ligavam e a gente falava que o paciente tava de alta e eles nunca conseguiram enfermaria para esse paciente. (Enf5, Estab4)

A segunda situação que diminui a eficiência do sistema pela ocupação desnecessária de leitos de UTI é a deficiência de serviços de menor complexidade que poderiam receber pacientes crônicos. Dependendo do caso, esses pacientes poderiam ser encaminhados para unidades de atenção intermediária em enfermarias, para hospitais de apoio ou até mesmo para casa, por meio da criação do serviço conhecido como home care. Não se trata de um efeito negativo da regulação, mas de maior transparência sobre essa deficiência, proporcionada pela regulação. O problema é agravado pelos efeitos da judicialização da internação em UTI, o que faz com que parte dos pacientes internados não tenha indicação, em desacordo com os protocolos de regulação:

Só que desses (leitos), seis são ocupados por pacientes crônicos, pacientes dependentes de tecnologia, não são pacientes de UTI, mas como num existe na Secretaria um local adequado pra esses pacientes e há, também, uma resistência muito grande

pelos equipes de saúde de uma forma geral em aceitarem esses pacientes, eles ficam na UTI. Esse é o grande problema da Secretaria de Saúde, de leitos de UTI, se tirassem esses pacientes a gente teria muito mais leitos [...]. (Med3, Estab2b)

O terceiro fator citado como prejudicial à eficiência da RIUTI é a demora excessiva para o transporte dos pacientes. A demora aumenta o tempo de ociosidade do leito e pode piorar a condição de saúde do paciente ou prejudicar sua recuperação. O problema de transporte afeta também a realização de exames fora do hospital de internação, o que prejudica a integralidade do atendimento em saúde do paciente internado em UTI:

Agora, pela deficiência de equipes e de ambulâncias é um fator, também, negativo, é a demora do SAMU pra trazer esses pacientes, demora muito. Tem pacientes que demoram 6, 12 horas pra chegar na UTI, do pedido da vaga até ocorrer a remoção. (Med3, Estab2)

Considerando os resultados apresentados, observa-se que o modelo visto na Figura 3 faz uma conexão entre a análise do processo de inovação na RIUTI no DF e a política de saúde local, representada por fatores que estavam na origem ou motivação da implantação da RIUTI e posteriormente nos seus resultados para o sistema de saúde.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Nesta seção, retomam-se os objetivos da pesquisa, reflete-se sobre suas contribuições teóricas e práticas, bem como se formulam recomendações para investigações adicionais sobre o tema.

O objetivo geral da pesquisa foi descrever os processos de inovação desenvolvidos ao longo da implantação da RIUTI no DF nos serviços que a constituem. Para alcançá-lo, foram descritos os processos de inovação nos diferentes serviços constitutivos da RIUTI. Assim, foi possível identificar inovações nos serviços elementares que compõem a RIUTI, bem como seus efeitos sobre esse serviço de assistência à saúde.

A descrição dos processos de inovação revelou que a implantação da RIUTI demandou o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de competências diretas dos diferentes prestadores, a incorporação de características técnicas e a criação de novas funções e serviços. Essas inovações ocorreram de forma bem diversificada em diferentes estabelecimentos e serviços constitutivos.

Igualmente diversificados foram os resultados do processo de inovação sobre os objetivos do SUS de prestar assistência à saúde de forma equânime, integral e eficiente. Fatores de contexto referentes à estrutura e à organização do sistema de saúde do DF atuaram de forma a favorecer ou limitar esses resultados. Ao lado de contribuições significativas para a melhoria da equidade de acesso e da eficiência no uso dos recursos existentes, ficaram mais evidentes as restrições à assistência integral à saúde dos pacientes, em razão da falta de garantia da contrarreferência e da deficiência da oferta de serviços de média complexidade. Para os gestores, esta pesquisa oferece uma descrição da percepção dos agentes envolvidos na regulação, tanto nos serviços de atendimento direto ao cidadão quanto nos serviços de suporte, nas esferas privada e pública. Apesar de não ter sido objetivo específico da pesquisa, há relatos sobre a qualidade dos diferentes serviços, bem como sobre obstáculos estruturais e de gestão à perseguição dos objetivos doutrinários do SUS. Os gestores podem usar esta pesquisa como subsídio ao processo de tomada de decisão sobre quais providências são urgentes e podem causar maior impacto sobre a qualidade da prestação de serviço. Claramente, a deficiência no sistema de contrarreferência impede avanços na integralidade da assistência, como alertado por Giovanella et al. (2002). Há indicações de que a solução ou redução do problema passa pelo aprofundamento do processo de regulação para os demais procedimentos ambulatoriais e hospitalares, pelo aperfeiçoamento do sistema de transporte, pela expansão da produção e da estrutura dos serviços de média complexidade. A pesquisa suscitou questões que podem ser objeto de investigação em outros estudos. A RIUTI está inserida na regulação assistencial, que no DF vem sendo implantada de forma extremamente gradual. Apenas consultas e exames identificados como os que apresentam maior deficiência no atendimento foram regulados de início. As internações fora de UTI não são reguladas nem o agendamento de cirurgias eletivas. A incorporação de novos procedimentos

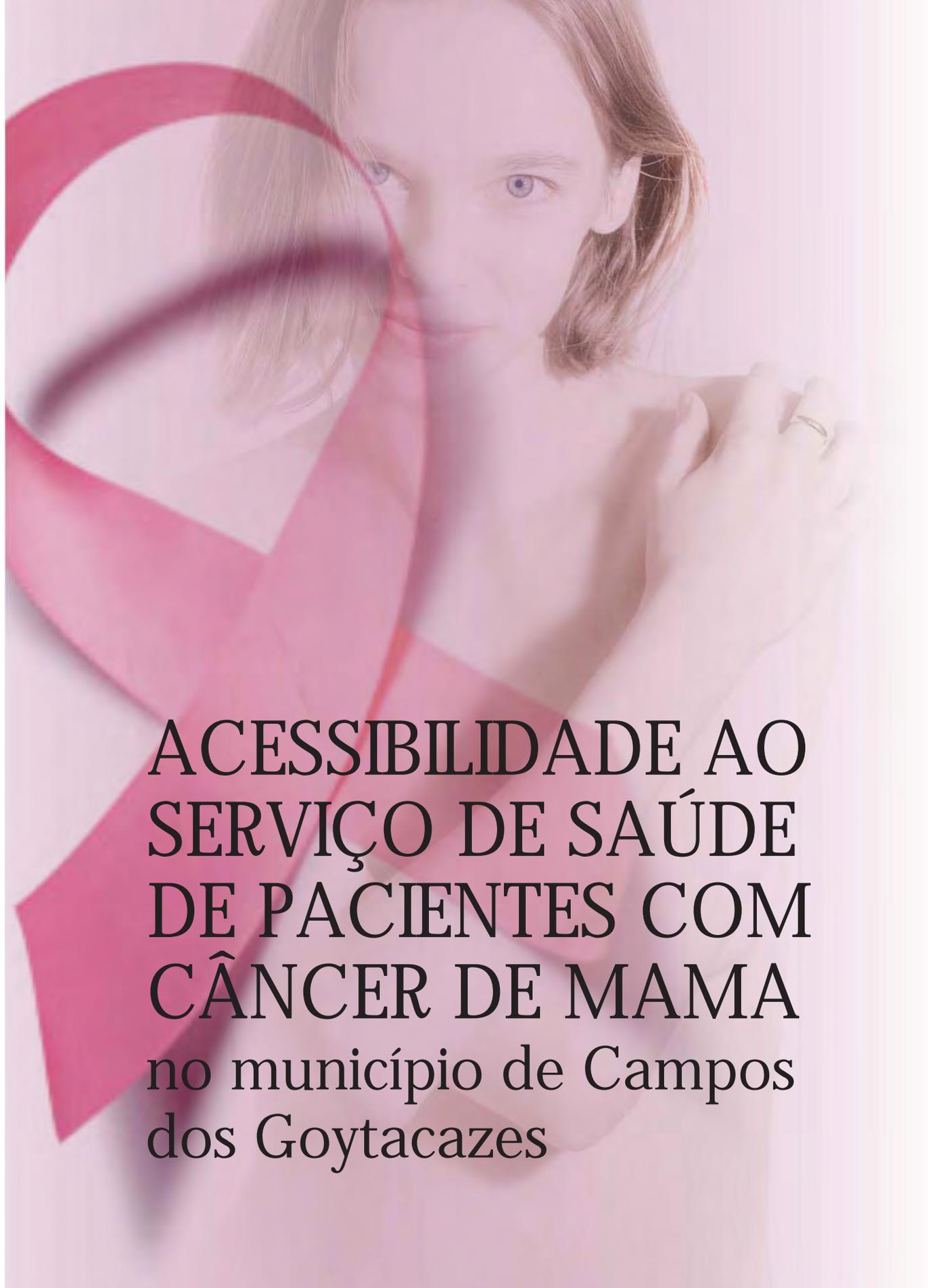
depende do interesse dos coordenadores de área e de uma abordagem apenas consultiva da equipe da Central de Regulação. Não estão claros quais os fatores que modulam a velocidade e a profundidade do processo de inovação em regulação assistencial no DF – se financeiros, se políticos, se de capacidade de gestão. Seria interessante investigar em que medida esses fatores atuam como obstáculos ou como propulsores ao processo (KOCH; HAUKNES, 2005, DJELLAL; GALLOUJ, 2008).

Finalmente, cabe destacar que pesquisas que incorporem referencial teórico que abranja as relações de poder no setor público poderiam enriquecer a compreensão do fenômeno da inovação no setor público e possivelmente contribuir para a formulação de teorias localizadas sobre inovação, a exemplo dos estudos de Koch e Hauknes (2005) e de Windrum e García-Goñi (2008).

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Cademo de Informação da Saúde Suplementar*: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, dez. 2009.
- BARATA, Luiz Roberto Barradas, TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dinio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, vol.13, n.1, p.15-24, 2004.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 4. ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BRASIL. *Lei nº 10.633, de 27 de dezembro de 2002*. Institui o Fundo Constitucional do Distrito Federal. Brasília, 2002b.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Implantação de Complexos Reguladores. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- _____. *Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008*. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2008.
- _____. *Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002*. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no SUS. Brasília, 2002c.
- CAMARGOS, C.N.; PRADO, C.C.L.; ASSIS, W.F.; MERÇON, J.R. Regulação assistencial e a sociedade do conhecimento: o caso do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, v. 17, n. 4, p. 303-308, 2006.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Regulação em Saúde*. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília, 2007.
- DISTRITO FEDERAL (Brasil). *Decreto nº 28.011, de 30 de maio de 2007*. Reestrutura a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2007a. Disponível em: <<http://sileg.sga.df.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 28 fev. 2010.
- _____. *Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal*. Brasília, 2007b. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_df.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2010.
- DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. *Cartilha de Regulação Assistencial*. Brasília, 2004.
- _____. *Ordem de Serviço Conjunta SUPLAN/SAS nº 1, de 16 de fevereiro de 2006*. Institui a regulação em oftalmologia. Brasília, 2006c. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=8548>. Acesso em: 13 mar. 2010.
- _____. *Ordem de Serviço Conjunta SUPLAN/SAS nº 6, de 12 de setembro de 2005*. Institui a regulação em dermatologia. Brasília, 2005. Disponível em: <www.saude.df.gov.br/sites/.../ordem%20de%20servico%20n%06.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2010.
- _____. *Portaria nº 41, de 30 de agosto de 2006*. Cria a Central de Regulação de Internação Hospitalar na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2006b.
- _____. *Portaria nº 42, de 31 de agosto de 2006*. Aprova as Diretrizes e Critérios para admissão e alta em Unidades de Terapia Intensiva na SES/DF. Brasília, 2006a.
- _____. *Portaria nº 189, de 7 de outubro de 2009*. Implantação do Complexo Regulador no Distrito Federal. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/default_ctd.cfm>. Acesso em: 21 abr. 2010.
- DJELLAL, F.; GALLOUJ, F. Mapping innovation dynamics in hospitals. *Research Policy*, n. 34, p. 817-835, 2005.
- FERREIRA, Ana S. Do que falamos quando falamos de regulação em saúde? *Análise Social*, Lisboa, n. 39, v. 171, p. 313-337, 2004.
- GADREY, J. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. In: Salerno, M.S. (Org.). *Relação de Serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Senac São Paulo, 2001.
- GALLOUJ, Faiz. *Innovation in the Service Economy: the new wealth of nations*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited, 2002.
- GALLOUJ, Faiz; WEINSTEIN, Olivier. Innovation in Services. *Research Policy*, n. 26, p. 537-556, 1997.
- GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.V.C.; CARVALHO, A.I.; CONILL, E.M.; CUNHA, E.M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.
- IBANHES, Lauro C.; HEIMANN, Luisa S.; JUNQUEIRA, V.; BOARETTO, Roberta C.; PESSOTO, Umberto C.;

- CORTIZO, Carlos T.; CASTRO, Iracema E. N.; ROCHA, Jucilene L.; KAYANO, Jorge; LUIZ, Olinda C.; BARBOZA, Renato; TELES JR., Emilio. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 23, v. 3, p. 575-584, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas de População para 1º de julho de 2009. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 14 ago. 2009.
- KOCH, P.; HAUKNES, J. *Innovation in the Public Sector*. Public Report n. D20. Oslo: NIFU STEP, 2005.
- MACINKO, J.A.; STARFIELD, B. Annotated bibliography on equity in health. *International Journal for Equity in Health*, Baltimore, v.1, n.1, 2002.
- NASCIMENTO, Adail A. M.; DAMASCENO, Ana K.; SILVA, Maria J.; SALES DA SILVA, Maria V.S.; FEITOSA, Aline R. Regulação em Saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, n. 14, v. 2, p. 346-352, 2009.
- ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). *Manual de Oslo*. 3. ed. Brasília: FINEP, 2005.
- PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], Rio de Janeiro, 2010, vol.15, supl.1, p. 1009-1019.
- SANTOS, Fausto P.; MERHY, Emerson E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro - uma revisão. *Interface*, Botucatu, n. 10, v. 19, p. 25-41, 2006.
- SANTOS, J. S.; KEMP, R.; SANKARANKUTTY, A. K.; SALGADO JÚNIOR, W.; SOUZA, F. F.; TEIXEIRA, A. C.; ROSA, G. V.; CASTRO-E-SILVA, O. Protocolo clínico e de regulação para o tratamento de icterícia no adulto e idoso: subsídio para as redes assistenciais e o complexo regulador. *Acta Cir. Bras.* [online], São Paulo, v.23, supl.1, p. 133-142, 2008.
- VARGAS, E. R. *A Dinâmica da Inovação em Serviços*: O Caso dos Serviços Hospitalares no Brasil e na França. Tese (Doutorado em Administração), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- WINDRUM, P.; GARCÍA-GOÑI, M. A neo-Schumpeterian model of health services innovation. *Research Policy*, n. 37, p. 649-672, 2008.
- YIN, Robert. *Estudo de caso*: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.

A woman with light brown hair and blue eyes is looking directly at the camera. She is wearing a large, vibrant pink ribbon that loops around her neck and shoulders. Her hands are clasped in front of her chest, and she is wearing a gold ring on her left hand. The background is a soft, light pink color.

**ACESSIBILIDADE AO
SERVIÇO DE SAÚDE
DE PACIENTES COM
CÂNCER DE MAMA
no município de Campos
dos Goytacazes**

Cristiano Salles Rodrigues

Mestre em Planejamento Regional e Gestão de Cidades – UCAM;
Professor da Faculdade de Medicina de Campos

Gustavo Henrique Naves Givisiez

Doutor em Demografia - Departamento de Geografia de Campos;
Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional – UFF

RESUMO: O câncer de mama é uma das causas de maior mortalidade e morbidade por câncer no mundo e, no Brasil, é a maior causa de morte por câncer entre as mulheres. O acesso e o tempo para que ocorra seu diagnóstico e tratamento variam, dependendo de fatores diversos, e, nesses termos, o objetivo é verificar se há relação entre a distância da moradia da paciente e o estabelecimento de referência da doença no município. A metodologia usa análise de sobrevivência não paramétrica (*Kaplan-Meier*) e função de risco (*Hazard*) a partir de registros médicos de pacientes atendidas no Hospital Escola Álvaro Alvim, em Campos dos Goytacazes (RJ), entre 1999 e 2007. Os resultados corroboram com hipóteses sugeridas pela literatura e indicam que as pacientes em estágio mais avançado da doença residiam em locais mais distantes do centro de diagnóstico.

ABSTRACT: *The breast cancer is a major cause of morbidity and mortality from cancer in the world and, in Brazil, is the major cause of cancer deaths among women. The time elapsed access between the diagnosis and treatment vary, depending on various factors, and, in these terms, the objective of this paper is to verify whether there is relation between the distance from the residence of the patient and the health facility. The methodology uses nonparametric survival analysis (Kaplan-Meier) and risk function (Hazard) and the data are medical records of patients attended at Hospital University Alvaro Alvim, in Campos dos Goytacazes (RJ), between 1999 and 2007. The results confirm the literature and indicate that patients, with more advanced disease, lived in more distant places of the Diagnostic Centre.*

PALAVRAS-CHAVE:

Acesso aos Serviços de Saúde;
Análise de Sobrevida;
Neoplasias da Mama.

KEYWORDS:

*Access to Health Services;
Survival Analysis; Breast
Neoplasms.*

INTRODUÇÃO

No Brasil, a incidência e a mortalidade por câncer de mama vêm aumentando largamente nas últimas décadas. Faz-se relevante mencionar dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) – órgão governamental de referência nacional para o tratamento dessa doença – que indicam que o câncer de mama representa um terço de todos os cânceres em mulheres, assumindo a liderança no ranking da mortalidade feminina. A incidência e a mortalidade dessa patologia, em parte, são explicadas pelos processos relacionados à vida urbana e pela chegada da “vida moderna”, que, ao longo dos anos, modificou os hábitos de vida da mulher. Fatores como aumento na ingestão de gorduras e álcool, uso de contraceptivos hormonais por períodos prolongados, menor número de filhos e em idade mais avançada, redução do período de amamentação, uso do tabaco, obesidade e sedentarismo se relacionam com o aumento da incidência desta patologia nos últimos anos (GODINHO e ROCHA, 2004).

Em meio a essa transformação social, o perfil da mulher atendida pelos serviços de saúde se alterou ao longo dos anos, bem como a prevalência de doenças que a acomete. O retardo no diagnóstico influencia diretamente na abordagem da mulher, furtando-lhe a oportunidade de submeter-se a um tratamento conservador, diminuindo, então, sua expectativa de vida e, conseqüentemente, aumentando as taxas de mortalidade desta doença.

Ao novo planejador e gestor do sistema de saúde cabe primeiramente entender que o perfil da mulher atendida mudou drasticamente nestas últimas décadas, pois, “no decorrer do século XX, as mulheres no Brasil reduziram sua prole, em média, em 5,5 filhos, enquanto houve um ganho de 35 anos na expectativa de vida dos brasileiros” (BERQUÓ, 2001).

O objetivo geral deste estudo é verificar se há

relação entre a distância da moradia da cliente à região central da cidade, com o retardo do diagnóstico e tratamento do câncer de mama feminino no município de Campos dos Goytacazes. Para alcançar este objetivo, é necessário cumprir os seguintes pontos específicos: identificar e contextualizar os locais procurados pela população para o atendimento em saúde, bem como o tempo entre o diagnóstico e o tratamento efetivo; localizar geograficamente os equipamentos urbanos de saúde utilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – mamógrafos; apresentar os entraves existentes na estrutura do serviço de saúde local pesquisado e os entraves quanto à acessibilidade da população feminina ao serviço de saúde local pesquisado. A hipótese a ser testada no presente estudo é a seguinte: mulheres que residem mais distantes dos equipamentos urbanos de saúde, com condição socioeconômica desfavorável, se apresentam no momento do diagnóstico em estágio mais avançado da doença. Este estudo pode revelar os entraves que retardam o diagnóstico e o tratamento, permitindo, a partir disso, propor a reestruturação do serviço de saúde pública local, para que cumpra seu verdadeiro papel social.

Para elucidar as questões propostas e dar maior relevância ao tema, o procedimento metodológico foi o estudo de caso, de natureza quantitativa (por meio de levantamento de dados de 211 prontuários de pacientes acometidas por câncer de mama) entre os anos 1999 e 2007. Para este estudo foi selecionado o Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA) no município de Campos dos Goytacazes. Cidade de porte médio, localizada na Região Norte do Estado do Rio de Janeiro, que apresenta características peculiares úteis à pesquisa proposta.

Este trabalho é fruto da dissertação defendida no curso de Mestrado de Planejamento Regional e Gestão de Cidades, da Universidade Cândido Mendes (UCAM), unidade Campos dos Goytacazes. Inicialmente apresenta-se a

realidade do câncer de mama feminino no Brasil e os fatores relacionados ao aumento de sua incidência e mortalidade. A partir da revisão da literatura, descreve-se um breve histórico do câncer de mama e os fatores ligados às dificuldades de acesso da paciente ao serviço público de saúde local.

Após análise dos resultados, são apresentados os entraves relacionados ao acesso da cliente ao serviço de saúde, os fatores que possam estar associados ao retardo do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama, e a promoção de nova leitura da realidade local, propondo um modelo de localização-alocação do serviço de saúde, proporcionando assim, uma melhor qualidade de atendimento e redução dos impactos negativos à população que necessita dos serviços especializados.

O CÂNCER DE MAMA E A ACESSIBILIDADE AO SISTEMA DE SAÚDE

O câncer de mama é uma patologia cercada de estigmas, preconceitos e mitos, que nos últimos anos tem registrado aumento significativo de sua incidência no Brasil. Vale ressaltar que essa doença vem, com o passar dos anos, apresentando taxas de mortalidade crescente no país, atingindo progressivamente um número cada vez maior de mulheres.

Trata-se da quinta causa de morte por câncer em todo o mundo e o segundo tipo de câncer mais frequente. A cada ano, esta doença causa 502.000 óbitos (7% das mortes por câncer; quase 1% do total de mortes por todas as causas) em todo o mundo. Mais de um milhão de novos casos são diagnosticados anualmente, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2004). No Brasil, o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2008).

As taxas de incidência desta patologia variam de acordo com as regiões brasileiras. As Regiões Sul

No Brasil, o
câncer de mama
é o que mais
causa mortes
entre as
mulheres

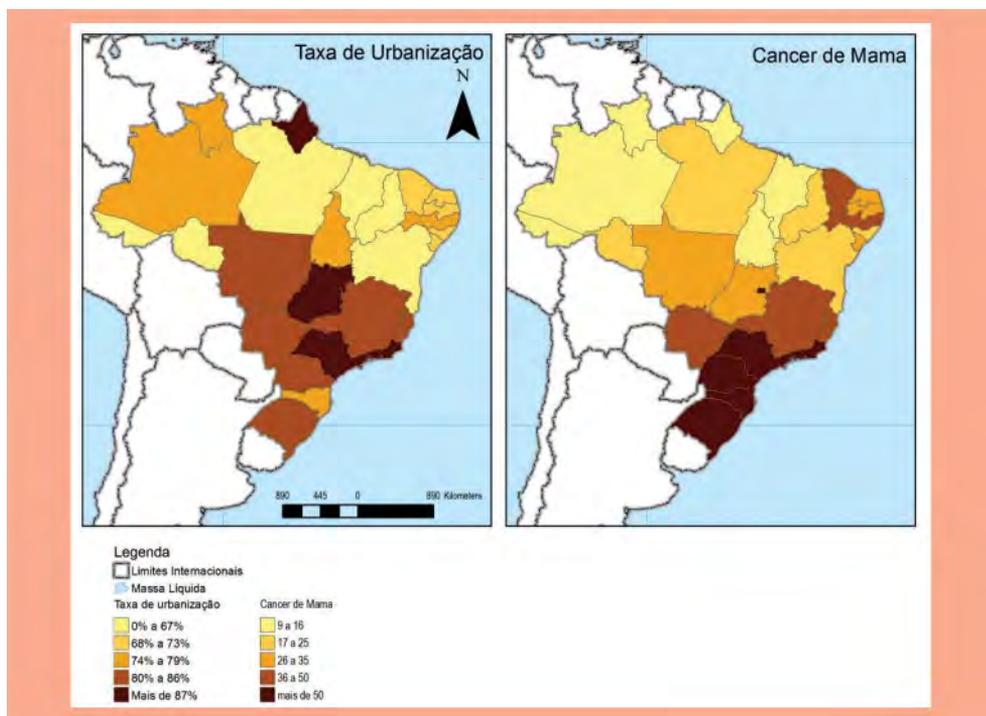
e Sudeste possuem as maiores taxas brutas de incidência de câncer de mama, apresentando taxas menores de incidência nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste. E quanto à Região Norte é a que apresenta menor índice (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2008).

Se não fosse sua ocorrência causada por múltiplos fatores associados, poderia se estabelecer uma relação direta entre a incidência do câncer de mama e o grau de urbanização, pois dentro do território brasileiro, as regiões com maiores aglomerados urbanos – Sul e Sudeste (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2008) – apresentam as maiores taxas de incidência.

Ao compararmos os dados das taxas brutas de incidência, em relação à taxa de urbanização – Figura 1 nota-se que nos estados e regiões onde a incidência de câncer de mama é maior, o grau de urbanização também é mais elevado, sendo o contrário também verdadeiro.

Analisando somente as taxas de urbanização em comparação com as taxas brutas de incidência de novos casos de câncer de mama por 100.000 mulheres, pode-se afirmar que as regiões onde se encontram as maiores taxas de urbanização são as regiões com as maiores taxas brutas de incidência de novos casos da doença (MOLINA *et al*, 2003).

Figura 1: Taxa de Urbanização e Taxa de Incidência de câncer de mama, segundo a Unidade da Federação. Brasil. 2000 e 2008



Fonte: IBGE (2000 e 2005) e INCA (2009)

Com relação ao conceito de acessibilidade nos serviços de saúde há variações quanto à terminologia da palavra por parte de vários autores. Tendo em vista que há uma articulação entre o acesso e a utilização de serviços de saúde, Donabedian (1972) define acessibilidade “como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população”. Na expressão do autor, vale ressaltar que a acessibilidade é mais abrangente do que a simples oferta de recursos de um determinado sistema de saúde.

A acessibilidade determinada pela ideia de complementaridade entre características da oferta e da população é desenvolvida, segundo Frenk (1985), como “relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados ‘resistência’ e as correspondentes

capacidades da população para superar tais obstáculos ‘poder de utilização’”.

O acesso à saúde extrapola a assistência e envolve vários aspectos e fatores como: condição socioeconômica, cultural, localização geográfica dos equipamentos de saúde, transporte, renda, escolaridade etc. Todos, com maior ou menor influência sobre a saúde, o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama, têm impacto direto na sobrevivência e na qualidade de vida da mulher. Múltiplas variáveis influenciam na acessibilidade da mulher ao serviço de saúde local. Sendo assim, “as características da população podem afetar diretamente a utilização e a satisfação por parte dos consumidores, independentemente das propriedades do sistema” (FRENK, 1985). Outro grande desafio do setor de saúde envolve a localização dos equipamentos de saúde e a dimensão destes serviços. Segundo Godinho

e Koch (2002), a infraestrutura representa importante limitação ao acesso da população aos benefícios oferecidos pelo uso regular da mamografia.

Os equipamentos para a realização de mamografia instalados no Brasil são insuficientes para atender a demanda da população e, nos locais onde existe número suficiente de aparelhos, estes estão mal distribuídos geograficamente, com restrição do acesso da população de baixa renda ao exame. (GODINHO e KOCH, 2002)

Em conformidade com a literatura, o município de Campos dos Goytacazes, selecionado como área de estudo, possui em sua sede uma complexa infraestrutura urbana, onde se concentra pouco mais da metade da população e, nos distritos, observam-se características rurais com infraestrutura deficitária.

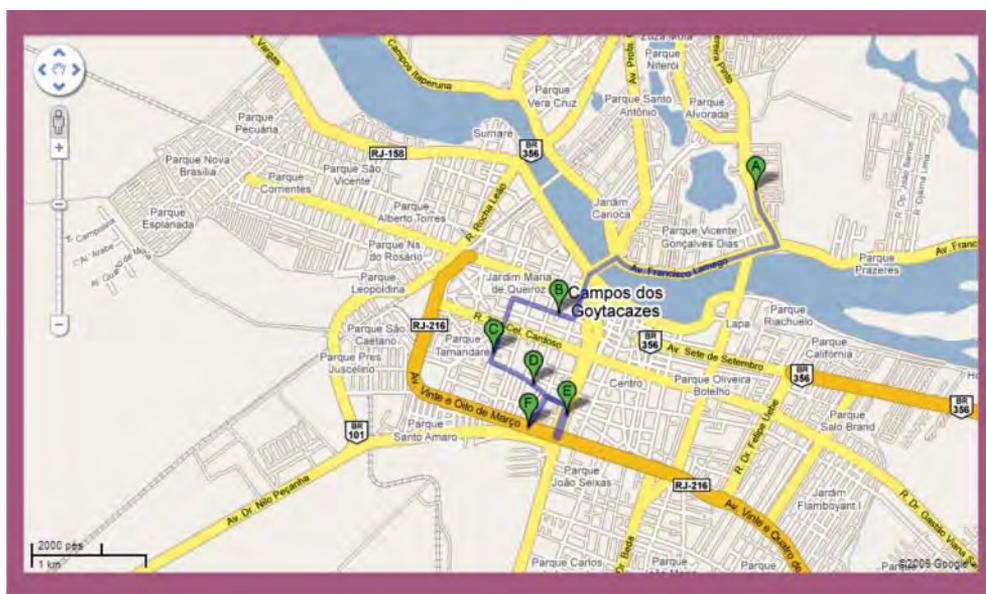
Com uma população de 407.168 habitantes,

de acordo com o censo demográfico de 2000, é a sétima cidade mais populosa do estado e a primeira fora da Região Metropolitana. Sendo o maior município do Estado do Rio de Janeiro em área territorial, constitui-se de uma região produtora de petróleo. Possui, portanto, uma das economias mais ricas do Brasil em números absolutos e realidades muito opostas.

O município possui 11 mamógrafos cadastrados, porém só cinco atendem a demanda do SUS e estão alocados de forma centralizada, conforme apresentado na Figura 2.

No município de Campos dos Goytacazes, assim como no Brasil, os mamógrafos possuem distribuição centralizada no distrito sede, dificultando o acesso da população que reside em regiões distantes e de baixa renda a este serviço. Outro aspecto limitador é o papel do médico na detecção precoce do câncer de mama. Na visão de Godinho e Koch (2002), o médico representa o maior elemento limitador ao uso da mamografia. O tempo destinado às consultas costuma ser

Figura 2: Distribuição dos mamógrafos na cidade de Campos dos Goytacazes



Fonte: Elaborado pelo autor com dados do Google maps <<http://maps.google.com/maps>>.

inadequado e a necessidade de produtividade impede um contato verbal efetivo.

Molina *et al* (2003) mostraram em seu estudo que o exame de mamografia não foi solicitado pelo médico em 64,4% das mulheres entrevistadas em sua pesquisa. Mas, em relação ao interesse em se submeter à mamografia, caso estivesse disponível o exame, 83,1% das mulheres entrevistadas mostraram-se interessadas em fazê-lo.

Trufelli *et al* (2008) observaram que o maior intervalo dentre as fases compreendidas desde o sintoma clínico até o tratamento específico ocorreu entre a mamografia e a realização da biópsia, sendo este significativamente maior quando comparado a outros intervalos (ANOVA, $p < 0,001$). A mediana de tempo dos intervalos entre a mamografia e a biópsia neste estudo foi de 72 dias, com variação entre quatro e 1.095 dias, de tempo mínimo e máximo de espera.

METODOLOGIA

A presente investigação é um estudo retrospectivo (num intervalo de tempo compreendido entre julho de 1999 e dezembro de 2007) que propõe uma análise da natureza quantitativa de caráter descritivo-exploratório em que o pesquisador “observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los” (CERVO e BERVIAN, 1996).

Após estudo teórico, partiu-se para a pesquisa de campo – estudo de caso com a intenção de investigar 211 prontuários de pacientes com diagnóstico de câncer de mama, para que se pudesse constatar na prática se existe relação entre a distância de moradia da cliente à região central da cidade com o retardo do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama feminino no município de Campos dos Goytacazes.

A busca nos dados extraídos dos registros administrativos de prontuários médicos permitiu que fossem selecionadas mulheres diagnosticadas

com câncer de mama, que tiveram seu primeiro contato no Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA). Do presente estudo foram excluídas pacientes que não apresentavam informações essenciais nos prontuários referentes aos intervalos descritos adiante, aquelas cujo registro não foi localizado, pacientes residentes em outro município e aquelas que realizaram seus exames fora do sistema público de saúde.

Para a análise estatística, utilizou-se o programa SPSS® versão 13.0 (SPSS® Inc; Illinois USA). Os valores obtidos pelo estudo, de cada variável quantitativa, foram organizados e descritos por meio de mediana, da média e do desvio padrão. A comparação entre variáveis quantitativas foi realizada com a aplicação do teste do Qui-quadrado e, para todos os testes empregados, adotou-se o valor de significância estatística menor ou igual a 5% ($p = 0,05$).

Além da análise descritiva dos dados, para se alcançar o objetivo deste trabalho, foram utilizados os métodos de função de sobrevivência não paramétrica (**Kaplan-Meier**) e função de risco (**Hazard**). “A análise de sobrevivência descreve diretamente a experiência de sobrevivência da coorte em estudo, enquanto a função de risco informa sobre a probabilidade da ocorrência do evento investigado condicionada à sobrevivência no tempo t ” (OLIVEIRA *et al* 2006). Estudos desse tipo têm sido escolhidos quando a variável dependente de interesse é o tempo decorrido até o aparecimento de algum evento definido.

O procedimento metodológico se baseia na informação do tempo transcorrido entre eventos. Com base nos estudos realizados por Trufelli *et al* (2008), os intervalos de tempo analisados, nesta pesquisa, foram os tempos transcorridos entre os seguintes eventos: 1) data da suspeita da doença até a de entrada na base de registro hospitalar; 2) data da entrada e a realização da biópsia; 3) data da biópsia e da entrega do seu resultado; 4) momento da entrega do resultado da biópsia e data da realização da cirurgia; e 5)

o tempo compreendido entre a suspeita até a realização do tratamento cirúrgico.

A distância da residência da paciente ao centro urbano da sede, mais especificamente, ao HEAA, local de referência do município para o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama, é outra covariável analisada. Essa distância foi mensurada pela utilização da ferramenta **Google maps**, baseada no endereço referido da paciente em relação ao HEAA.

RESULTADO E DISCUSSÃO

No presente estudo em que analisamos os prontuários de 211 pacientes do sexo feminino, apresentaram idade média de 54,4 anos e variação de idade mínima de diagnóstico aos 26

anos e máxima aos 91 anos. Em todos os casos selecionados, o diagnóstico e o tratamento cirúrgico do câncer de mama foram realizados no Hospital Escola Álvaro Alvim.

Estes dados são compatíveis com os números nacionais já que, segundo o INCA, no Brasil o acometimento mais marcante se faz em média aos 52 anos de idade e, segundo Cintra *et al* (2008), “a taxa de câncer de mama varia de acordo com a faixa etária, exibindo um aumento contínuo com a progressão da idade, aumento que, em muitos países, é frequentemente seguido de uma redução após a menopausa”. Quanto ao estadiamento clínico apresentado no momento do diagnóstico, 11,4% das pacientes estavam no estágio clínico I da doença, 54% no estágio clínico II, 31,3% no estágio clínico



III e 3,3% no estágio clínico IV. A análise do estadiamento clínico de um tumor é feita de acordo com a Classificação TNM.

O estadiamento de um tumor no momento do diagnóstico trata-se de uma covariável importante nos modelos, pois guarda estreita relação com a sobrevida da paciente. Quanto mais avançado o tumor, menor a sobrevivência; assim, aquelas que no momento do diagnóstico se apresentam com estadiamentos III e IV (estágios clínicos avançados da doença) possuem sobrevida menor.

Cintra *et al* (2008) relatam que “no Brasil, predomina o estágio III no momento do diagnóstico, sendo que, recentemente, tem sido observada uma diminuição de casos com estágio IV e um aumento daqueles com estágio II”. No entanto, neste trabalho, a tendência relatada é uma realidade diferente da que fora relatada por Cintra *et al* (2008). É importante verificar que na amostra estudada predominou o estágio clínico II com reduzidos casos de pacientes no estágio IV.

Dos prontuários analisados, 34,6% das pacientes se apresentaram no momento do diagnóstico em estágio avançado da doença, ou seja, estágio clínico III ou IV. Este resultado é semelhante ao levantamento feito por Trufelli *et al* (2008) pois, em seu estudo, 31,9% das pacientes se apresentaram em estágio avançado da doença.

Entretanto, apenas 11,4% das pacientes, no momento do diagnóstico, estavam com a doença em seu estágio inicial - estágio clínico I, contrastando com os resultados obtidos por Trufelli *et al* (2008), em que 25,7% das pacientes foram diagnosticadas no estágio inicial da doença. Estes dados apresentados podem indicar um retardo no diagnóstico precoce do câncer de mama no município de Campos dos Goytacazes.

Sendo assim, seguiu-se a tendência nacional de aumento de casos no estágio clínico II, aquém, entretanto, quando o assunto é o diagnóstico

precoce do câncer de mama, o que torna este estudo relevante no conhecimento da realidade local, para que possam ser estabelecidas políticas de saúde que permitam uma abordagem terapêutica adequada.

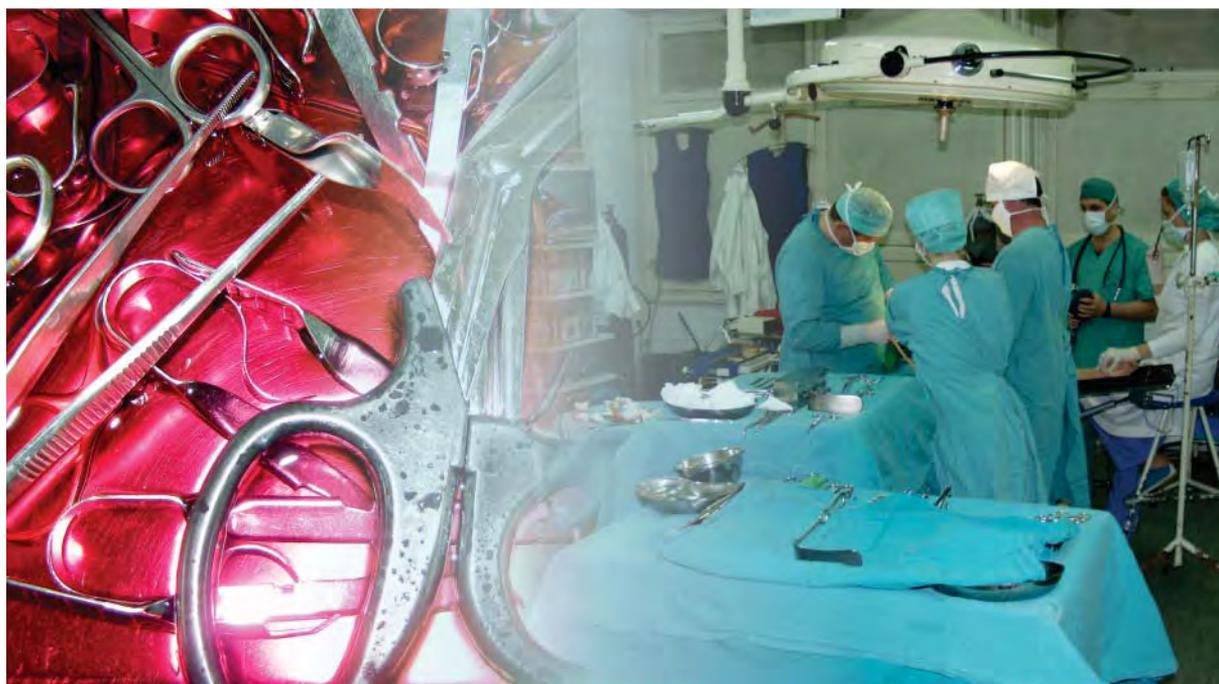
Ao ser analisada a distância da residência da paciente em relação ao centro diagnóstico estudado, observa-se que 50% das mulheres residiam a até 8km do hospital de referência.

Nesta descrição, é importante frisar que a maior distância observada é de 72,5km, o que ressalta a grande dimensão territorial do município de Campos dos Goytacazes. Este dado reforça o fato da importância do investimento em políticas públicas voltadas para o transporte, pois, conforme já relatado, “o grau de acesso real aos serviços de saúde depende da distância que se deve percorrer para obtê-los, do tempo que leva a viagem e do seu custo” (UNGLERT *et al*, 1987).

Ao serem analisados os intervalos de tempo propostos neste estudo, observa-se que a mediana do tempo entre a data de entrada – primeira consulta com o especialista – até a realização da biópsia foi de um mês, com variação de zero a nove meses.

A mediana do tempo compreendido entre a realização da biópsia e a entrega do resultado anatomopatológico foi de um mês, variando de zero a seis meses. O intervalo de um mês pode ser considerado como elevado e reflete outro gargalo a ser vencido pela mulher acometida por câncer de mama no município de Campos dos Goytacazes. Esse entrave deve ser sanado na gestão do sistema pelo gestor ou planejador das políticas públicas de saúde.

A mediana do tempo transcorrido entre a entrega do resultado anatomopatológico até a realização do tratamento cirúrgico foi estimada em dois meses e o seu intervalo variou de zero a 18 meses. A grande variação encontrada neste intervalo deve-se aos diferentes tipos de tratamento para cada estadiamento clínico do tumor.



A mediana do período de tempo entre a entrada e a realização da cirurgia foi de seis meses, com intervalo variando entre zero e 21 meses. O tempo transcorrido desde a suspeita até o momento da cirurgia teve mediana estimada em 13 meses, variando de quatro a 71 meses. Outra variável a ser observada é o tempo transcorrido entre a suspeita clínica e a primeira consulta com o especialista no hospital de referência.

Este dado reflete um gargalo a ser transpassado pelas pacientes, demonstrando a importância da reestruturação da rede de saúde local, criando um efetivo sistema de referência e contrarreferência, bem como a criação de centros secundários para o diagnóstico e o tratamento da doença. Devido à inexistência de centros secundários de referência para as pacientes com suspeita de câncer de mama, a triagem é realizada nos centros terciários, retardando o tratamento daquelas que realmente necessitam e, devido ao grande tempo de espera para uma consulta especializada, algumas desistem de

procurar este atendimento, já que geralmente, são assintomáticas nos estágios iniciais da doença.

Trufelli *et al* (2008) encontraram maior atraso na condução dos casos de câncer de mama, o intervalo entre a mamografia e a realização da biópsia. Entretanto, neste trabalho, não há relato quanto ao intervalo de tempo, referido pela paciente, entre a suspeita da doença e a primeira consulta especializada.

Diante desse quadro, chama a atenção o intervalo entre o momento da suspeita até o tratamento efetivo com mediana de 13 meses, ou seja, as pacientes levaram em média, desde o momento em que suspeitaram da doença – o câncer de mama, mais de um ano para obter seu efetivo tratamento pela rede local que presta serviço ao SUS. Vimos, assim, que o elevado tempo para a instituição do efetivo tratamento demonstra a expressiva ineficiência do sistema de saúde, demonstrando que urge a necessidade de uma reestruturação dessa rede de assistência local.

ANÁLISE DE SOBREVIVÊNCIA

Ao ser analisada a curva de sobrevivência das pacientes, no período entre a primeira consulta especializada até o momento da cirurgia, observa-se que 50% das pacientes estudadas receberam tratamento nos seis primeiros meses. Na curva de sobrevivência do intervalo de tempo entre a primeira consulta até a cirurgia em relação ao estadiamento clínico, observa-se semelhança no tempo de tratamento entre os estágios clínicos I e II em relação aos estágios III e IV. Seis meses após a primeira consulta, constata-se que 60% das mulheres em estágios iniciais tinham sido tratadas, enquanto apenas 20% das mulheres em estágio clínico avançado tinham sido efetivamente tratadas no mesmo período de tempo.

Quando é analisado somente o intervalo de tempo entre a suspeita até a primeira consulta especializada em relação ao estadiamento clínico do tumor, analisa-se a seguinte questão: quanto maior é o estadiamento do câncer de mama, maior é o intervalo de tempo entre a suspeita e a primeira consulta especializada.

Doze meses após a suspeita, 90% das mulheres em estágios clínicos iniciais tinham sido atendidas por especialistas, entretanto apenas 10% das pacientes com estágio clínico IV conseguiram atendimento especializado em um ano. Por outro lado, o retardo na procura por atendimento especializado pode ter levado essas mulheres a se apresentarem no momento do diagnóstico em estágio mais avançado da doença.

A curva de sobrevivência do intervalo entre a suspeita da doença até o momento da cirurgia, em relação à cor de pele declarada, apresenta diferença estatisticamente significativa. As mulheres de cor negra apresentaram intervalo de

tempo maior entre a suspeita e o tratamento cirúrgico realizado ($p < 0,01$), o que pode estar associado à desigualdade de acesso aos serviços de saúde.

Segundo estudo de Cintra *et al* (2008),

[...] a raça negra, em geral, está associada a um fator de pior prognóstico quando comparada a outros grupos racial-étnicos, muito provavelmente em consequência do diagnóstico tardio da doença, do acesso mais dificultado a assistência terapêutica e a diferença de tratamento e resultados.

A diferença no diagnóstico do câncer de mama em relação à idade pode estar relacionada à maior oportunidade de as mulheres serem examinadas, pois as mais jovens, por estarem no menacme, frequentam mais os consultórios médicos e hospitais. Segundo Molina *et al* (2003), “as mulheres mais idosas são as que apresentam uma maior prevalência e um alto índice de mortalidade pelo câncer de mama e por isso deveriam ter oportunidades maiores de diagnóstico precoce do câncer de mama”. No presente trabalho, os cruzamentos entre as variáveis de distância e o estágio da doença não revelaram significância estatística. Assim como observado no fator idade, demonstram que as mulheres que residem mais distantes do centro de referência possuem maior risco de se apresentarem no momento do diagnóstico em estágios mais avançados da doença, principalmente no estágio IV.

As características da população local acometida por câncer de mama observado neste estudo tornam-se uma importante ferramenta na mão de um planejador para a implantação de políticas públicas de saúde voltadas para a mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em meados do século XX, a atitude da sociedade, em geral, era de acreditar que o câncer de mama era sinônimo de morte e que seu tratamento raras vezes levava à cura. Atualmente o câncer de mama é considerado um grave problema de saúde pública, representando um terço dos cânceres em mulheres com taxas crescentes de incidência e mortalidade. Pela pesquisa, observa-se que essa tendência crescente de novos casos deve-se a uma série de fatores externos, dentre eles: a urbanização crescente com a adoção de estilo de vida favorável a carcinogênese, o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, o aumento da população idosa.

Tendo em vista a importância dessa doença no âmbito da saúde pública no Brasil, assim como a carência de estudos sobre as características do câncer de mama na mulher brasileira, torna-se necessário ampliar os conhecimentos sobre essa doença em nosso país, a fim de que possam ser estabelecidas políticas de saúde que propiciem abordagens terapêuticas mais eficazes.

Este estudo revelou que nas pacientes pesquisadas no HEAA, o maior atraso na condução dos casos de câncer de mama ocorreu entre a suspeita clínica e a primeira consulta com o especialista no hospital de referência, uma média de 8,36 meses. Este dado demonstra a dificuldade de acesso da paciente ao centro de referência, seja pela distância entre sua residência e o centro de referência ou pela deficiência dos meios de transportes disponíveis no município. O estudo também demonstrou que a maior demora no diagnóstico está relacionada a estágios mais avançados da doença e chama a atenção quanto ao intervalo existente entre a suspeita até a realização do tratamento cirúrgico, com mediana estimada em 13 meses.

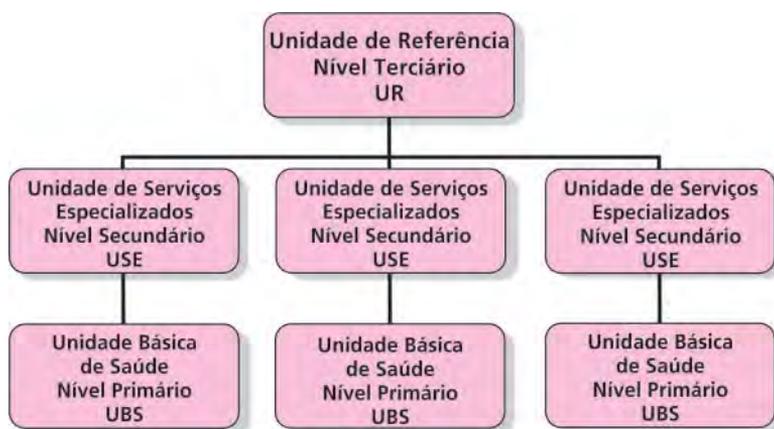
Na busca de atingir o objetivo proposto conforme fora explicitado na introdução deste trabalho, no estudo de caso, não se observou relação estatística entre a distância do centro diagnóstico e o estágio clínico da doença, uma vez que mais de 50% das pacientes selecionadas residiam há mais de 8km de distância do centro diagnóstico, apresentando em certos casos, distância superior a 70km. Com base na apuração dos dados, existe uma grande necessidade de promover políticas públicas voltadas ao esclarecimento desses segmentos populacionais quanto à importância do autoexame e da mamografia, como exame periódico de rastreio, bem como promover o envolvimento dos profissionais de saúde, principalmente o médico, para que realmente exerça seu papel nessa cadeia – de prevenção e promoção da saúde.

Refletir sobre pacientes com diagnóstico de câncer de mama no município de Campos dos Goytacazes constituiu-se num grande desafio, uma vez que sintetizar sobre um tema tão delicado implicou não só o risco de se cometer omissões, as quais não poderiam ser desconsideradas, como também o risco de não se conseguir tratar esse assunto com a devida criticidade.

Propõe-se, então, com base nos resultados deste estudo, hierarquizar e distribuir espacialmente os serviços públicos especializados de saúde em três níveis, conforme a Figura 3.



Figura 3: Estrutura hierárquica com sistema de referência e contrarreferência.



Fonte: Elaborado pelo autor com dados de registros em prontuários do HEAA.

Com base em dados referentes à etnia e ao nível socioeconômico, constatou-se que uma das principais ações na prevenção do câncer de mama é promover políticas públicas voltadas para o esclarecimento da população de maior risco, quanto à importância do autoexame e da mamografia como exame periódico de rastreamento.

As políticas sugeridas neste trabalho alteraram a política municipal de atendimento à mulher. Adotou-se o sistema de referência e contrarreferência, bem como a criação de unidades de serviços especializados em nível secundário, alocados estrategicamente no entorno da sede do município, viabilizando o acesso da paciente aos serviços médicos especializados e reduzindo, assim, o tempo de diagnóstico e de tratamento, não só do câncer de mama, mas de outras patologias que acometem a mulher.

Enfim, conclui-se este estudo acreditando que o êxito no tratamento do câncer de mama feminino requer maior acessibilidade da paciente ao serviço hospitalar local, implantação de estratégias voltadas para o diagnóstico precoce e maior investimento em equipamentos de infraestrutura do sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS

- ADAY, L.; ANDERSEN, A. R. *Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica*. Chicago: Health Services Research, 1974.
- BERQUÓ, E. Evolução demográfica. In: SACHS, I.; WILHEIM, J.; PINHEIRO, P. S. (Orgs). *Brasil: um século de transformações*. São Paulo: Companhia das Letras, cap. 1, p. 14-37, 2001.
- BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T.; FAERSTEIN, E.; LATORRE, M. R. Técnicas de análise de sobrevida. *Cademo de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, Mai/Jun, 2002.
- CERVO, L. A.; BERVIAN, P. A. *Metodologia Científica*. São Paulo: Mackron Books, 1996.
- CINTRA, J. R. D.; GUERRA, M. R.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 339-346, 2008.
- DONABEDIAN, A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *Milbank Mem Fund Quart.* 1972; 50., apud GIOVANELLA L., FLEURY S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In: EIBENSCHUTZ, C. O. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- FRENK, J. El Concepto y la Medicion de Accesibilidad. *Revista de Salud Pública de México*, México, p. 438-453, 1985.
- GERRA, R. M.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. C. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev. Bras. de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.
- GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia – uma contribuição a “base para um programa de detecção precoce do câncer de mama”. *Radiol Bras.*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 139-145, 2002.
- GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. Rastreamento do Câncer de Mama: aspectos relacionados ao médico. *Radiol Bras.*, São Paulo, v. 37, n. 2, 2004.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Câncer de Mama*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336>. Acesso em: 14 nov. 2008.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Controle do Câncer de Mama. Documento de Consenso*. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em:<<http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2008.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Estimativas para incidência e mortalidade por câncer 2008*. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/realeases/press_estimativas2008.html>. Acesso em: 14 nov. 2008.
- MOLINA, L.; DALBEN, I.; LUCA, L. A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 185-190, 2003.
- OLIVEIRA, E. L.; RIOS-NETO, E.G.; OLIVEIRA, A. M. H. C. Transições dos jovens para o mercado de trabalho, primeiro filho e saída da escola: o caso brasileiro. *R. Bras Est Pop.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 109-127, 2006.
- TRUFELLI, A. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev. Assoc. Med. Bras*, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 72-76, 2008.
- UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.21, p. 439-446, 1987.
- VERAS, R. P.; KALACHE, A.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial um desafio novo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, p. 200-210, 1987.

A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: um desafio para a interação com o SUS



Érica Mascarenhas Soffritti

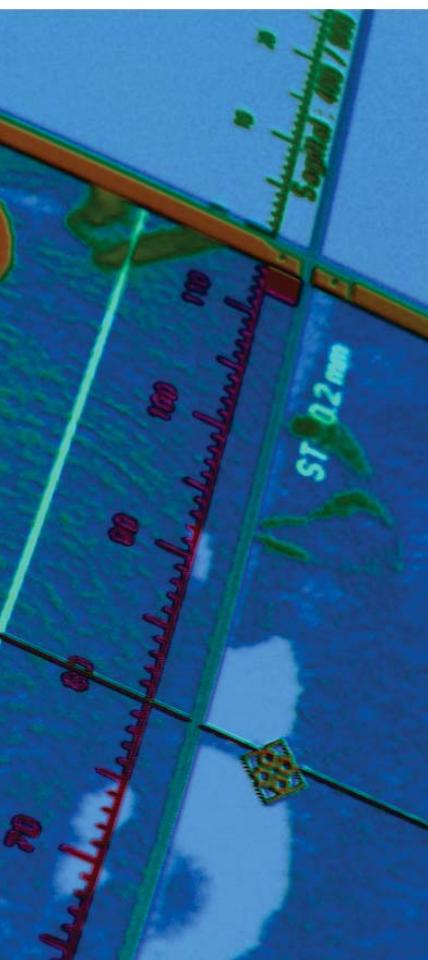
Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro;
Especialista em Saúde da Família pela Universidade Castelo Branco;
Especialista em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz

PALAVRAS-CHAVE: Inserção;
Saúde Bucal; Estratégia
Saúde da Família; Sistema
Único de Saúde.

KEYWORDS: *Insert;
Oral Health; Family Health
Strategy; Health System.*

RESUMO: O objeto deste estudo são os desafios enfrentados pela inserção da saúde bucal na equipe de saúde da família. O objetivo geral é a reflexão sobre as principais dificuldades enfrentadas visando à interação das práticas de saúde bucal com o Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo específico é reforçar o papel da odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF) e ressaltar a necessidade de adequar os seus profissionais a esse novo contexto de trabalho. Para discutir o assunto, foram analisadas publicações científicas que abordam essas dificuldades, como a universalização do acesso, a contextualização da promoção de saúde bucal na ESF, a adequação dos profissionais de odontologia e a vivência multiprofissional. Concluiu-se que os desafios enfrentados pela inserção da saúde bucal na ESF são muitos e a criação de espaços para a reflexão desses desafios se constitui em peça fundamental para a modificação das práticas dos serviços públicos de saúde e, com isso, uma reorientação do modelo assistencial no SUS.

ABSTRACT: *The object of this study is the challenges faced by the inclusion of oral health in the family health team. The overall objective is to reflect on the problems faced in order to interact with the practices of oral health with the Health System (SUS). The specific objective is to strengthen the role of dentistry in the Family Health Strategy (ESF) and underscore the need to adapt their professional work in this new context. To discuss the matter, were analyzed scientific publications that address these difficulties, such as universal access, the contextualization of oral health promotion in the ESF, the adequacy of dental professionals and multidisciplinary experience. It was concluded that the challenges faced by the inclusion of oral health in the ESF are many and creating spaces for reflection these challenges constitutes cornerstone for the modification of the practices of public health services and, therefore, a reorientation of care model in the SUS.*



INTRODUÇÃO

Durante anos foram estabelecidos vários modelos de atenção à saúde no país e o Sistema Único de Saúde (SUS) sofreu inegáveis transformações (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006, p. 219). Em 1994, o Ministério da Saúde institucionalizou o Programa de Saúde da Família (PSF) que vem se destacando como estratégia para reorganização do sistema de atenção básica à saúde, visando principalmente à reversão do modelo assistencial vigente, por meio da mudança do objeto da atenção, da forma de atuação e organização geral dos serviços, estruturando a prática assistencial em novas bases e critérios. É uma proposta sintonizada com os princípios do SUS e voltada para a abordagem da promoção da saúde (COSTA; CARBONE, 2004, p. 8).

Verifica-se que muitos municípios reorganizaram suas práticas sanitárias construindo modelos alternativos de atenção à saúde. Mediante isso, a discussão sobre a inserção e o papel das diferentes categorias profissionais no SUS tem tido cada vez mais espaço, principalmente em função do momento de mudança dos paradigmas que suportam os diferentes modelos (AERTS; ABEGG; CESA, 2004, p.132).

Conforme essas observações e a necessidade de reflexão a respeito das perspectivas de consolidação do PSF e dos possíveis avanços do SUS, o presente estudo se propõe a discutir, após análise das publicações científicas, os desafios enfrentados pela inserção da saúde bucal na equipe de saúde da família, visando à interação das práticas de saúde bucal com o SUS. Assim como reforçar o papel da odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF) e ressaltar a necessidade de adequar esses profissionais ao novo contexto de trabalho.

UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Os dados sobre acesso a serviços odontológicos no Brasil mostram que um baixo percentual da população refere alguma modalidade de assistência odontológica (LEAL; TOMITA, 2006, p. 158). A comparação de dados entre a pesquisa divulgada em 1998 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a de 2008 pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) apresenta uma melhora no acesso da população ao atendimento, no entanto, o número dessa demanda ainda é considerado elevado se o percentual for calculado para toda a população do país (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2010).

O projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira, realizado nos anos de 2002 e 2003, constatou que existem desigualdades regionais marcantes, piores proporções

na Região Norte e melhores na Região Sul (BRASIL, 2004).

O Brasil tem um efetivo de dentistas entre os maiores do mundo (cerca de 220.000 cirurgiões-dentistas registrados no Conselho Federal de Odontologia, o que corresponde a 20% do total mundial de CDs), mas a distribuição interna é desigual. A fixação de profissionais no interior do país, e a formação voltada para atender no âmbito da saúde coletiva são os principais desafios (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010). No estudo de Leal e Tomita (2006), os gestores entrevistados apresentam percepção da dificuldade de acesso à atenção odontológica nos serviços públicos ofertados em seus municípios e propiciam uma reflexão sobre as principais dificuldades no enfrentamento da equação demanda-efetividade da assistência odontológica. Algumas percepções expressas por responsáveis pela elaboração de políticas de saúde demonstram o paradoxo de conhecer princípios

importantes que norteiam o SUS, que, contudo, não balizam, na prática, o planejamento das ações programáticas em saúde bucal.

Observa-se que, sob o pretexto de um patrimônio herdado dos programas centrados no atendimento à saúde do escolar, o acesso do “restante” da população à assistência odontológica ocorre de maneira desigual, não organizada e os indicadores empíricos que mostram a baixa efetividade deste sistema são as filas de usuários à espera de atendimento (LEAL; TOMITA, 2006, p. 159).

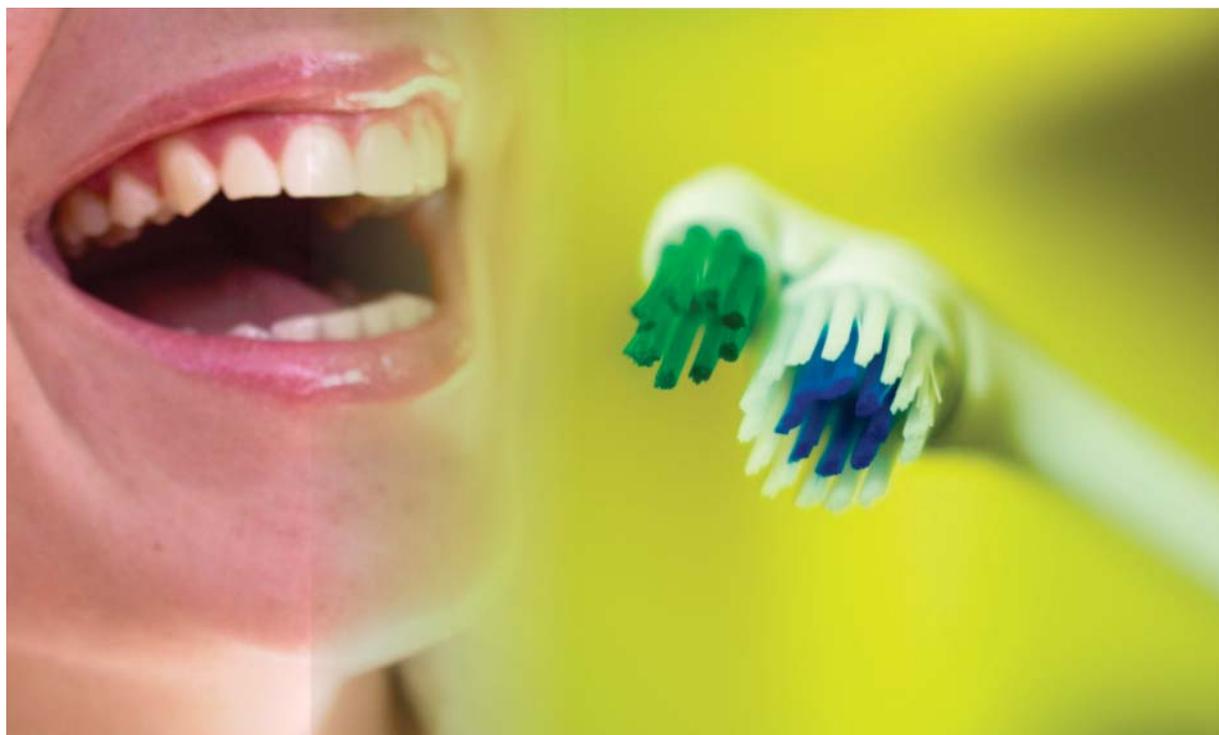
CONTEXTUALIZANDO A PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA ESF

Com o desenvolvimento da biologia, da microbiologia e a conseqüente descoberta dos microorganismos causadores de doenças, a medicina teve um grande impulso e buscou se estruturar como prática científica. Houve um forte estímulo para a especialização e para as atividades de pesquisas, visando ao conhecimento das doenças no corpo dos indivíduos e intervenções para a sua reparação (OLIVEIRA; LIMA JÚNIOR; SOARES; MAIA, 2008, p. 75).

Os interesses econômicos e as necessidades de acúmulo de capital estimularam um modelo de assistência à saúde baseado no consumo de consultas médicas, procedimentos, equipamentos e medicamentos e na oferta de uma atenção especializada e hospitalar (BRASIL, 2005).

O trabalho odontológico caracteriza-se por forte vinculação à tecnologia, com níveis crescentes de sofisticação, custos elevados e, por isso, baixa permeabilidade à população, não permitindo à maioria das pessoas alternativa à submissão à intervenção mutiladora - protética de baixa qualidade, como forma de alívio ao problema, com menor custo possível. Em decorrência dessas características históricas, somadas à conjuntura de política universitária no Brasil, a atual crise deste modelo de odontologia já se prenunciava há décadas, por razões como a falta de impacto social, baixa eficácia e grande dificuldade de acesso aos serviços (SILVEIRA FILHO, 2002, p. 28).

A concepção do processo saúde-doença tende a ficar reduzida ao biológico, excluindo-se outros componentes subjetivos e sociais que possam estar envolvidos. Podemos dizer que esse modo predominante das práticas em saúde resulta em limites importantes na percepção das



necessidades de atenção e na efetividade das intervenções (BRASIL, 2005).

Outro aspecto a ser destacado é que não é apenas a subjetividade do usuário que tende a ser desconsiderada, mas também a subjetividade dos profissionais. As concepções dos profissionais sobre o sistema de saúde e o serviço público, as concepções sobre o direito do usuário e o envolvimento com o trabalho podem, por exemplo, influenciar na atenção prestada ao usuário. Nesse sentido, podemos nos lembrar dos profissionais que, em condições de trabalho semelhantes, se responsabilizam e tratam de forma diferenciada o usuário caso ele seja do serviço público, do convênio ou do consultório particular (BRASIL, 2005).

A educação em saúde tem sido praticada pelas equipes de saúde bucal (ESBs), porém geralmente abordada de maneira tradicional, sem a participação da comunidade nesse processo, restringindo-se, na maioria das vezes, a palestras ou vídeos educativos. Para que a educação em saúde se torne efetiva, é preciso que não só os profissionais que lidam com a odontologia participem desse processo. É fundamental o relacionamento do cirurgião-dentista com os outros integrantes da unidade básica de saúde (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006, p. 219).

Os métodos preventivos tradicionais estão ancorados em percepções do modo de aprender baseado na memorização de informações, o que não satisfaz o objetivo do SUS, que é a transformação do conhecimento capaz de efetivar-se em geração de autonomia dos próprios cuidados com a saúde (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006, p. 219).

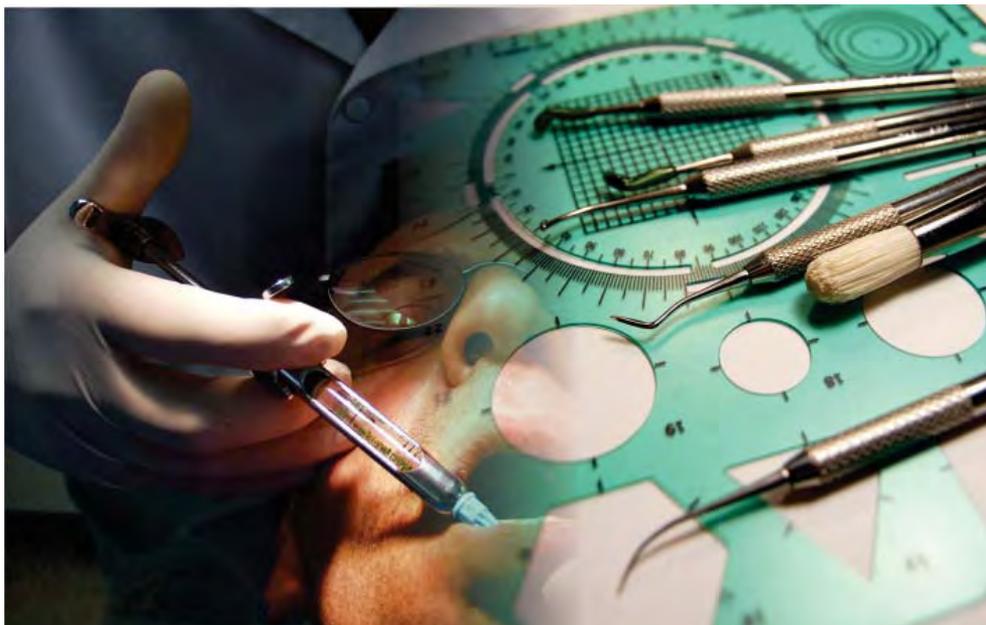
Vale assinalar que está ocorrendo uma relevante evolução na filosofia de educação e treinamento dos recursos humanos, refletindo-se na clínica sob a forma de uma sensível mudança no paradigma de prática da profissão em vários países do mundo. Apesar da enorme letargia das faculdades em atualizar os seus arcaicos currículos em sintonia com os novos conhecimentos, mesmo no Brasil já se observa uma

nítida tendência mudancista que está atingindo até mesmo os outrora inexpugnáveis “Templos das restaurações”. Tudo isso tendo como pano de fundo uma sensível evolução dos indicadores socioeconômicos e culturais de diversos países (KRIGER, 2003, p. 13).

O marcante declínio na prevalência e na severidade das doenças cárie e periodontal, embora as razões para esse declínio não estejam ainda integralmente esclarecidas e dimensionadas, certamente guarda relação direta com o aumento e a universalização da exposição das pessoas ao flúor em suas variadas formas de administração (KRIGER, 2003, p.13).

Por outro lado, alguns acreditam ainda que, embora o consumo total de sacarose não tenha declinado na maior parte dos países (e até mesmo tenha aumentado em alguns deles), está em marcha uma mudança no seu perfil de consumo pelas crianças e adolescentes, o que significaria que provavelmente temos uma

A educação em saúde tem sido praticada pelas equipes de saúde bucal (ESBs), porém geralmente abordada de maneira tradicional, sem a participação da comunidade nesse processo



dieta menos cariogênica hoje do que há 15 ou 20 anos (KRIGER, 2003, p.14).

No entanto, o impacto das expressivas reduções já descritas em inúmeras populações ainda não foi suficientemente forte para conseguir excluir as doenças mediadas por placas bacterianas da lista das condições mórbidas que mais flagelam os seres humanos, e cujo tratamento mobiliza grandes volumes de recursos financeiros. O tratamento odontológico, na maioria dos países industrializados, inscreve-se entre as principais fontes de despesas relacionadas com a manutenção de saúde (KRIGER, 2003, p.14).

A NECESSÁRIA ADEQUAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

NA QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O modelo de formação universitária em saúde

vigente no país historicamente tem definido um perfil de profissional voltado para uma prática individualista, de visão fragmentada, centrada em procedimentos, o que não é adequado à filosofia de trabalho do PSF (CARVALHO; PAVIANI; CORRÊA, 2004, p. 176). Além disso, os cursos de graduação não contêm, na grade curricular, o treinamento para o trabalho em equipe multiprofissional dificultando o estabelecimento das rotinas práticas dos serviços (PIRES, 2009, p. 154).

Por muitos anos, para a maioria dos trabalhadores em saúde, o trabalho em saúde pública foi considerado como de pouca relevância, não sendo também prioridade, tanto na formação acadêmica quanto na busca de aperfeiçoamento para os profissionais dos serviços (CARVALHO; PAVIANI; CORRÊA, 2004, p.176). Com isso, grande parte dos egressos das mais diferentes graduações do país ainda chega ao campo de trabalho sem ter claramente o conceito nem a forma de operacionalizar, na prática, a promoção da saúde (MATOS; TOMITA, 2004, p. 1542). E, apesar do esforço realizado, não se obtém o impacto esperado e os usuários dos

serviços de saúde acabam recebendo a culpa pela sua incapacidade de compreender o que foi “ensinado” (BARROSO, 2006, p. 184).

Só recentemente, as novas diretrizes curriculares do Ministério da Educação (MEC) apontam para uma integração serviço-ensino-pesquisa, favorecendo um perfil de egresso mais adequado à realidade social do país e contribuindo para uma ação-intervenção transformadora dos modelos vigentes (MORITA; KRIGER, 2006, p.20).

A distribuição dos profissionais que atuam no PSF por faixa etária mostra que a maior parte (68%) tem menos de 40 anos de idade. Um terço tem menos de 30 anos, o que caracteriza uma força de trabalho bastante jovem. Sobre a escolaridade, 84% do total de CDs cadastrados aparecem como somente graduados. Nas ESBs esse percentual é ainda maior (92%). Analisando em conjunto com a informação sobre a idade dos profissionais, esses dados evidenciam o PSF como oportunidade de primeiro emprego e, ao mesmo tempo, também reforçam a necessidade de se promover a educação permanente e o estímulo à atualização e ao desenvolvimento profissional das equipes (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

Esse quadro vem acompanhado de desafios para a adequação da formação para o trabalho em consonância com os princípios do SUS e da necessidade de se promover uma melhor distribuição de profissionais entre as regiões brasileiras (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010). Para que haja mudança no modelo de atenção, existe a necessidade de formar um novo perfil de profissional, salientando que, se a formação dos profissionais não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia a dia. A Estratégia Saúde da Família trata de resgatar habilidades perdidas pela tecnologia excessiva e abusada e não da adaptação de novos padrões de excelência (GARCIA; PINTO; ODONI; LONGHI; MACHADO; LINEK; COSTA, 2007, p.149).

NAS FORMAS CONTRATUAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A alta ocorrência de cárie e a vigência de um modelo de prestação de serviços tradicionalmente focado na doença e no sistema privado concretizaram ainda mais o pensamento de que quanto maior o número de cirurgiões-dentistas no mercado, melhores seriam as condições de saúde bucal da população. Entretanto, o excesso de profissionais só foi sentido após os anos 1980, com o aumento da oferta de serviços e a redução da procura motivada pela recessão econômica e pelo desenvolvimento de tecnologias preventivo-promocionais, como a fluoretação da água e os dentifrícios fluoretados (AGRIPINO; SULIANO; SERRA; SOUZA, 2007, p. 213).

Acrescenta-se, também, a essa crise de mercado a concentração de profissionais em grandes centros urbanos, como foi mencionado anteriormente, sendo geralmente menor a escolha de pequenas cidades e zonas rurais para atuação. Estados como Roraima, Acre e Amapá são considerados receptores de profissionais. O local de graduação tem forte relação com o local de exercício profissional (86% inscrevem-se no mesmo estado e 12% migram para outro estado depois de iniciada atividade profissional). Assim, uma grande demanda reprimida de pessoas carentes de tratamento foi formada entre aquelas que não tiveram acesso a serviços curativos nem se beneficiaram das ações preventivas (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010). Nas últimas décadas o exercício da profissão de CD tem passado por profundas modificações, resultado da influência de diversos fatores. Percebeu-se a progressiva incorporação de tecnologia, de especialização, a redução de exercício liberal estrito, a popularização dos sistemas de odontologia de grupo, o aumento do percentual de profissionais com vínculo público, sobretudo com o crescimento expressivo dos postos de trabalho na rede pública de serviços de odontologia. A participação

do CD na ESF e o surgimento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) na rede do SUS têm grande impacto nesses números. O aumento de registros no Conselho Federal de Odontologia (CFO) em 2007 de concluintes do curso de graduação de odontologia revela reaquecimento da profissão. Os concluintes, em geral, se inscrevem no CFO no ano subsequente (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

A seleção dos profissionais para integrar as equipes do PSF realizou-se, em várias localidades, sem processo seletivo. O estudo de Souza (2005) apud Araújo (2006) sobre a incorporação da saúde bucal no PSF no Rio Grande do Norte aponta a precária relação de trabalho, evidenciada pelas formas informais de vinculação e de contratação desses profissionais, observando-se um grande número de dentistas mantendo uma relação com o município, firmada por meio de contratos temporários e com seleção por indicação. A inclusão do cirurgião-dentista, tal como ocorre com outros profissionais, é definida por relações pessoais e políticas. No momento em que as ESBs foram contratadas, os profissionais passaram a ser capacitados, durante uma semana, para o trabalho no PSF.

Hoje a relação com o mercado é instável, com precariedade de vínculos, chocando-se com a necessidade de estabelecimento de vínculo com o território, estipulada na ESF, segundo o MS. As desmotivações com as condições de trabalho, infraestrutura e incentivos, a ausência em muitos setores de planos de carreira e remunerações inadequadas são mais algumas questões que devem ser realmente postas em reflexão para a busca de soluções (GIL, 2005, p. 491; MEDEIROS, 2007, p. 380).

VIVÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: UMA PROPOSTA PARA AGREGAR SABERES

Entende-se que a prática dos médicos é fundadora da técnica científica moderna na área da saúde e, portanto, núcleo original em que

outros serviços especializados derivaram. Os trabalhos que se separam ou se agregam às atribuições do médico configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais que são necessárias à totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral à saúde. No entanto, configuram-se não somente trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto à sua valorização social. Isso significa que algumas profissões são “superiores” a outras, e que há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais. Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional expressa tanto diferenças quanto desigualdades entre as áreas e, concreta e cotidianamente, entre os agentes - sujeitos do trabalho (PEDUZZI, 2001, p. 103). Os profissionais de saúde, médicos e não médicos, tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, mesmo quando tecem discurso crítico acerca da divisão dos trabalhos. Todos partilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear – a assistência médica individual. Assim, a reiteração das relações de subordinação pode ser compreendida considerando-se a tendência dos sujeitos de reiterar as práticas sociais de seu tempo histórico, e a alienação do agente de sua própria capacidade de ser sujeito no sentido de posicionar-se diante das situações e tomar decisões, ciente das regras e dos valores que fundamentam os consensos (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 455).

Nesse sentido, observa-se que, na situação de trabalho coletivo em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração na equipe. À medida que o trabalho em equipe é construído, efetivamente, na relação intrínseca entre

trabalho e interação, quanto mais próximo do estatuto de sujeito ético-social dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem em situações livres de coação e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho (PEDUZZI, 2001, p. 103).

O planejamento e a avaliação das ações concentram-se nos profissionais de nível superior, de forma individualizada. A programação, realizada nesses moldes, é socializada na reunião semanal de equipe, na qual os agentes comunitários e os profissionais de nível médio não se sentem à vontade para opinar sobre o que está sendo proposto. Nesse sentido, pode-se inferir que as decisões relacionadas à concepção do trabalho não têm sido compartilhadas por todos. Esse fato acaba por comprometer a construção do projeto comum, uma vez que este pressupõe a participação de todos os membros nos diversos momentos do processo de trabalho (SILVA, 2005, p. 31).

As ações em equipe não pressupõem abolir as especificidades de cada categoria profissional, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção. Os profissionais de saúde destacam a necessidade de preservar as especificidades de cada categoria, o que implica manter as diferenças técnicas correlatas. No entanto, também expressam a necessidade de flexibilizar a divisão das tarefas. Entende-se flexibilidade como a coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais e ações que são executadas, indistintamente, por agentes de diferentes campos de atuação. Ou seja, os profissionais realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais há integrados saberes provenientes de distintos campos como

As ações em equipe
não pressupõem abolir
as especificidades de
cada categoria
profissional

recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e outros (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2000).

De acordo com Araújo (2006) há falta de integração do cirurgião-dentista com todos os outros profissionais da equipe nuclear, principalmente com os agentes comunitários de saúde, que poderiam auxiliar na captação dos grupos prioritários.

É preciso construir conjunta e participativamente a adesão da população, a execução do trabalho focado na família e na comunidade com equidade e co-responsabilidade na integralidade das ações, garantindo a resolutividade (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 150). É fundamental também ouvir, cuidar e atender com qualidade, ampliando o acesso e resgatando o legítimo papel da saúde bucal no contexto da saúde, com ações odontológicas articuladas à saúde geral e através de ações inter-setoriais (CARVALHO; PAVIANI; CORRÊA, 2004, p. 176). Condições de trabalho, salários, competências e responsabilidades são temas que mais promovem a segmentação dentro da equipe, são fatores que dificultam a autoconsideração por parte da equipe como um coletivo organizado para a produção de ações de saúde (PEDROSA; TELES, 2001, p. 303).

Há possibilidade de construção de uma equipe integrada, mesmo nas situações nas quais se mantêm relações assimétricas entre os distintos profissionais. Desde que haja complementaridade e colaboração no exercício da autonomia técnica e não haja independência dos projetos de ação de cada agente (NUNES, 2002, p. 250). A prática de negociação nos momentos de conflito é fundamental para um bom andamento do serviço e para a qualidade da assistência prestada. Jamais existirá uma fórmula ou uma forma única de transpor os conflitos que surgirão nas equipes de trabalho, mas a melhor maneira de resolvê-los é através da negociação, em que as propostas são feitas e em seguida negociadas (RADDATZ; SANTOS; GARLET, 2010).

DISCUSSÃO

Em decorrência das características históricas, somadas à conjuntura de política universitária no Brasil, o modelo hegemônico se mostrou ineficaz por razões dramáticas, tais como falta de impacto social, baixa eficácia e grande dificuldade de acesso aos serviços. O alto custo da atenção odontológica não permite alternativa a grande parcela da população senão a submissão à intervenção mutiladora - protética de baixa qualidade, como forma de alívio ao problema, com menor custo possível (SILVEIRA FILHO, 2002, p. 28).

Observa-se a expansão das ESBs no PSF nos estados brasileiros, entretanto a inclusão dessas equipes em alguns municípios está se dando de maneira desorganizada, sem planejamento

por parte da gestão, o que acarreta apenas um acréscimo de horas de atendimento e aumento do número de pacientes e procedimentos. Procedimentos esses centrados na resolução imediata dos problemas de saúde bucal, atendendo apenas à demanda espontânea, sem a preocupação de realizar o tratamento do usuário de forma integral. Dessa forma não há uma real melhoria das condições de saúde bucal da população (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006, p. 219). Nota-se que a dificuldade de inserção no mercado e as precárias condições de trabalho para o cirurgião-dentista têm impulsionado esse profissional a buscar alternativas, mesmo distante dos seus ideais de realização profissional. São raros aqueles que fazem opção pelo trabalho no PSF por sua filosofia e proposta de atenção à saúde (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006, p. 219). A dificuldade de trabalhar no PSF, relatada pelos cirurgiões-dentistas, é reflexo do modelo de saúde ainda vigente, o cirúrgico-restaurador, no qual a quantidade de procedimentos predomina na mentalidade desses profissionais e dos gestores (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006, p. 219). É igualmente importante conhecer o território em que se trabalha, compreendendo-o como um espaço social peculiar, historicamente construído, onde acontece a vida das pessoas e são estabelecidas as relações entre estas e destas com as diversas instituições existentes (culturais, religiosas, políticas, econômicas, entre outras) e, com isso, fazer o planejamento local num processo de trabalho integrado, em equipe, cuja expressão máxima venha a consolidar-se na estratégia das Linhas do Cuidado (BRASIL, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela amplitude do tema abordado, não se pretende afirmar que com este estudo se tenha esgotado o assunto, nem que as questões apresentadas não estejam sendo discutidas ou em processo de mudança, pelo contrário, são dinâmicas e sofrem modificações contínuas ao longo do tempo. Os desafios enfrentados pela inserção da saúde bucal no PSF são muitos e a criação de espaços para a reflexão desses desafios se constitui em peça fundamental para a modificação das práticas dos serviços públicos de saúde e, com isso, uma reorientação do modelo assistencial no SUS.

REFERÊNCIAS

- AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.131-8, 2004.
- AGRIPINO, G. G.; SULLIANO, A. A.; SERRA, A. C.; SOUZA, E. H. A. de. A Odontologia e o Programa Saúde da Família: novos desafios e perspectivas. *Odontologia Clínico-científica*, Recife, v.6, n.3, p.213-8, jul./set. 2007.
- ALBUQUERQUE, V. S. Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Campinas, v. 31, n. 3, p. 296-303, 2007.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: Construindo “novas autonomias” no trabalho. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 5, n. 9, p.150-3, ago. 2001.
- ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: Um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.455-464, mar./abr., 2007.
- ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.219-27, 2006.
- BARROSO, M. G. T. et. al. Ensino de educação em saúde, interdisciplinaridade e políticas públicas. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 19, n. 3, p.182-187, 2006.
- BEZERRA, G. de S.; SALES, T. R. R. L.; VIANA, J. de M. *A equipe de Saúde da Família na busca pelo trabalho coletivo*. Disponível em: <www.webartigos.com/articles/29129/1/A-EQUIPE-DE-SAUDE-DA-FAMILIA-NA-BUSCA-PELO-TRABALHO-COLETIVO/pagina1.html>. Acesso em: 18 mar. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997. 36 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília, 2004. 68 p.
- _____. *Saúde Bucal*. Brasília, 2006. 92 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 104 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Educação. *Portaria Interministerial nº 2.101*. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PROSAÚDE – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2101.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2008.
- CARDOSO, J. P. et. al. Formação Interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 20, n. 4, p. 252-8, 2007.
- CARVALHO, D. Q.; ELY, H. C.; PAVIANI, L. S.; CORRÊA, P. E. B. A dinâmica da equipe de saúde bucal no Programa saúde da Família. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v.18, n.1, p.175-84, jan./jun. 2004.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Em 10 anos, cai 7,8% o número de brasileiros que nunca foram ao dentista*. 2010. Disponível em: <<http://cfo.org.br/todas-as-noticias/noticias/em-10-anos-cai-78-o-numero-de-brasileiros-que-nunca-foram-ao-dentista/>>. Acesso em: 1º jun. 2010.
- COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. *Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. 198 p.
- FACÓ, E. F. et. al. O cirurgião-dentista e o Programa Saúde da Família na microrregião II, Ceará, Brasil. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 18, n. 2, p. 70-77, 2005.
- GARCIA, M. A. A.; PINTO, A. T. B. C. e S.; ODONI, A. P. de C.; LONGHI, B. S.; MACHADO, L. I.; LINEK, M. D. S.; COSTA, N. A. A interdisciplinaridade necessária à Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Campinas, v. 31, n. 2, p.147-55, 2007.
- GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em Saúde da Família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-8, mar./abr. 2005.
- KOSTER, I. Promoção da saúde e recursos humanos em saúde. *Informe-se em Promoção da Saúde*, Niterói, n. 1, p. 5-6, jul./dez. 2005. Disponível em: <www.uff.br/promocaodasaude/recurshuma.pdf>. Acesso em 22 jul. 2008.
- KRIGER, L. et. al. *ABOPREV: Promoção de saúde bucal*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. 504 p.
- LEAL, R. B.; TOMITA, N. E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.155-60, 2006.

- MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1538-44, nov./dez. 2004.
- MEDEIROS, C. L. A. et. al. Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 379-88, maio/ago. 2007. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a07.htm>. Acesso em: 22 jul. 2008.
- MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press, 2010. 96 p.
- MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudança nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista da ABENO**. Brasília, v. 4, n.1, p. 17-21, 2006.
- NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, mar./abr. 2008.
- NUNES, E. D. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 249-58, set./dez. 2002.
- OLIVEIRA, E. T.; LIMA JÚNIOR, J. F.; SOARES, F. N. C. S.; MAIA, E. R. A odontologia social no contexto da promoção da saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.21, n.1, p.75-9, 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Representação do Brasil; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Pólo de Capacitação em Saúde da Família. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde**. Brasília, 2000. 80p.
- PEDROSA, J. I. dos S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, fev. 2001.
- PIRES, R. O. M. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n.30, p.153-66, jul./set. 2009.
- RADDATZ, M.; SANTOS, J. L. G. dos; GARLET, E. R. **Trabalho em equipe: dificuldades e desafios na atenção à Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.126.pdf>. Acesso em 20 mar. 2010.
- RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. de S. **O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2010.
- ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n.6, p. 1027-34, nov./dez. 2005.
- SILVA, I. Z. de Q. J. da; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n.16, p. 25-38, set. 2004/ fev. 2005.
- SILVEIRA FILHO, A. D. et. al. **Os dizeres da boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: Cebes, 2002. 198 p.