

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**Cássia Regina Gotler Medeiros**

**Redes de Atenção em Saúde: o Dilema dos Pequenos Municípios**

**Porto Alegre**

**2013**

**Cássia Regina Gotler Medeiros**

**Redes de Atenção em Saúde: o Dilema dos Pequenos Municípios**

Tese apresentada como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Tatiana Engel Gerhardt

**Porto Alegre**

**2013**

#### CIP - Catalogação na Publicação

Medeiros, Cássia Regina Gotler  
Redes de Atenção em Saúde: o Dilema dos Pequenos  
Municípios / Cássia Regina Gotler Medeiros. -- 2013.  
201 f.

Orientadora: Tatiana Engel Gerhardt.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Saúde Coletiva. 2. Políticas Públicas de Saúde.  
3. Assistência à saúde. 4. Avaliação em Saúde. 5.  
Doenças Cardiovasculares. I. Gerhardt, Tatiana Engel,  
orient. II. Título.

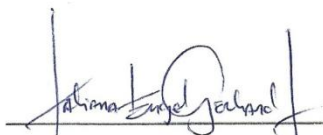
**CÁSSIA REGINA GOTLER MEDEIROS**

**Redes de atenção em saúde: o dilema dos pequenos municípios**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 02 de abril de 2013.

**BANCA EXAMINADORA**



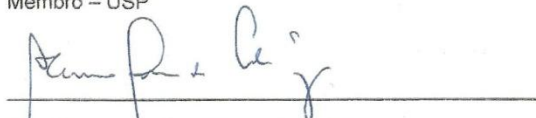
Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt:

Presidente – PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Ana Luiza Viana:

Membro – USP




Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Júnior:

Membro – UFF



Profa. Dra. Alcides Miranda:

Membro – EENF-UFRGS



Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel:

Membro – PPGENF-UFRGS

*Dedico este estudo aos usuários, pesquisadores e trabalhadores em saúde, que incansavelmente lutam para a construção de um sistema de saúde que promova a diminuição das iniquidades sociais.*

## AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por terem confiado no meu potencial no momento da aprovação na seleção para o doutorado. A todo corpo docente, pelas contribuições na minha formação e aprendizado, assim como aos técnicos que sempre estiveram disponíveis e atenciosos com minhas solicitações.

Aos colegas que compartilharam seus saberes, afeto e amizade durante o decorrer do curso, especialmente aos do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva.

Aos colegas da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, pelo apoio e por “segurarem a barra” durante o período de meu afastamento parcial para o doutoramento. À colega Regina Sulzbach, pela ajuda na procura dos dados secundários de procedimentos e exames.

Ao Centro Universitário UNIVATES, pelo apoio com a liberação de horas para estudo; especialmente à coordenação do curso de enfermagem, Arlete Eli Kunz da Costa, à ex-diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, atualmente Pró-reitora de Ensino, Luciana Carvalho Fernandes e a atual Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Magali Teresinha Quevedo Grave.

Às colegas e amigas que me substituíram em algumas disciplinas durante o afastamento parcial: Alceli Maria Fontanari Estrela Brasil, Ana Lúcia Bender Pereira e Maria Bernardete Koch Kranz. A Rafaela Mulinari Paludo, pela transcrição das entrevistas e auxílio na execução e transcrição dos grupos focais.

Aos sujeitos do estudo, que foram fundamentais para a realização do mesmo, dispondo-se a compartilhar comigo suas vivências e fornecendo os dados documentais dos municípios e serviços. Aos usuários que conversaram comigo, expondo sua experiência de adoecimento e suas angústias.

Aos professores da banca de qualificação e da banca final, pelas pertinentes e importantes considerações que certamente contribuíram para a qualidade deste estudo.

À minha amiga e orientadora Tatiana Engel Gerhardt, exemplo de coerência entre o discurso acadêmico e a prática de vida. Agradeço o carinho com que orientas, sempre reforçando positivamente o trabalho e respeitando as diferenças.

À minha família, que sempre me incentivou a seguir em frente nos estudos e deu-me condições e apoio para concretizar este objetivo. A meus pais e irmãos, a minha irmã Sônia, por ouvir minhas idéias e sempre achar tudo muito legal e a meus filhos Jean Gabriel, Felipe e Gabriela, pela paciência e auxílio nas minhas dificuldades com a tecnologia da informática.

Especialmente, ao meu companheiro de jornada, Edegar, que sempre esteve ao meu lado, para que eu pudesse realizar o doutorado, além de compreender o estresse do momento.

Cada uma destas pessoas está em uma parte desta obra, constituindo junto comigo este todo que agora apresentamos.

## RESUMO

O avanço da descentralização e a consolidação da municipalização na área da saúde após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) têm ocorrido gradualmente e com diferenças significativas entre regiões e entre municípios. Realizamos uma investigação que teve como objetivo geral analisar a rede de atenção à saúde aos portadores de doenças cardiovasculares em dois municípios de pequeno porte pertencentes à 16ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS. A abordagem foi qualitativa, do tipo estudo de casos múltiplos comparados. Partimos da tese de que municípios com semelhante estrutura de serviços de saúde, número de habitantes e condições socioeconômicas obtêm resultados diferentes no coeficiente de mortalidade (CM) por doenças cardiovasculares devido à organização e funcionamento de sua rede de atenção à saúde. A coleta e produção dos dados ocorreram por meio de pesquisa documental, grupos focais com equipes gestoras municipais e entrevistas com servidor da gestão estadual e gestores do serviço de referência regional em cardiologia, resultando em um total de 13 sujeitos. A trajetória assistencial percorrida por 4 usuários portadores de doenças cardiovasculares também foi utilizada na análise da rede de atenção à saúde. A interpretação de sentidos e a triangulação de dados foram a forma de tratamento do material empírico. A análise, baseada nos dois referenciais teóricos escolhidos (OPAS, 2011<sup>a</sup> e Fleury e Ouverney, 2007), expôs uma rede de atenção à saúde parcialmente integrada e relações de interdependência que, embora complementares, apresentam interesses divergentes e pouca confiança entre os atores – condição que dificulta o estabelecimento da governança em rede. São fatores que facilitam a organização e o funcionamento da rede: a definição clara do território e das referências regionais; a existência da Comissão Intergestores Regional (CIR) como espaço de pactuação e controle, mesmo que seus atores ainda não tenham assumido na plenitude seu papel; e a Atenção Básica como porta de entrada para o atendimento. Como dificuldades, salientamos: a pouca integração clínica e dos sistemas de informação entre os serviços da rede; a centralidade do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria Estadual da Saúde (SES) no estabelecimento de regras e domínio de recursos, gerando relações de coerção e não de cooperação entre os entes federados; pouco planejamento e monitoramento de avaliação da rede; baixa capacidade gerencial nos municípios e parâmetros definidos fora da rede – isto é, pelo MS; a quase ausência da participação social na governança da rede; o modelo de atenção ainda pouco atuante nas ações de promoção à saúde, prevenção às doenças e na intersectorialidade. Os mecanismos de cooperação identificados são motivados pela



interdependência de recursos entre os atores e, como tais, são mantidos enquanto esta necessidade estiver presente. Os atores não aprofundam a cooperação além da prestação pontual de serviços. Não observamos o acompanhamento do usuário ao longo da rede pelos profissionais de saúde. A coordenação da constituição e funcionamento da rede está bastante concentrada na SES, embora a CIR seja o espaço oficial para isto. Ressaltamos o poder dos prestadores privados em todo o processo, fazendo com que o resultado nem sempre seja o mais adequado para atender as necessidades em saúde da população regional. A análise das trajetórias assistenciais dos usuários do SUS revelou obstáculos importantes para a integralidade e equidade na atenção à saúde destes municípios. As principais diferenças entre os municípios que parecem ter influência sobre o CM são: o tempo de emancipação do município e estruturação dos serviços de saúde, principalmente a Estratégia de Saúde da Família; o acesso precoce a exames e procedimentos preventivos; a diferença de expansão territorial e área rural; e a composição etária da população em relação ao percentual de idosos.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva. Políticas Públicas de Saúde. Assistência à saúde. Avaliação em Saúde. Doenças Cardiovasculares.

## ABSTRACT

The advancing decentralization and the consolidating municipalization in health care post Sistema Único de Saúde (SUS) creation have grown very differently when comparing regions and counties. We've launched an investigation to analyze cardiovascular diseases-aimed health care in two small sized counties belonging to the 16<sup>th</sup> Coordenadoria Regional de Saúde do RS. We've approached the subject as a quality survey, comparing multiple cases. Our starting point was the notion that counties with similar health services structure, population and socio-economic profiles obtain different cardiovascular mortality rates due to their variant health care organization and operation. Data was produced and acquired through desk research, focus groups with state management teams and interviews with state and referral cardiology service managers, a total amount of 13 persons. Also, the analysis comprises health assistance paths covered by 4 distinct patients with cardiovascular diseases. The empirical material was handled in thorough rendering and triangulation. The analysis was based on two previously chosen theoretical backgrounds (OPAS, 2011<sup>a</sup> and Fleury & Ouverney, 2007) and exposed a partially incorporated health care system and interdependence relations which, despite being complementary, show divergent interests and little trust between actors – condition that toils the establishment of intertwined governance. Listed next are factors that ease health care organization and operation: clear definition of state territory and referral services; Comissão Intergestores Regional (CIR)'s existence as a control and settlement negotiation mediator – even though their actors haven't fully taken over their functions; Primary Health Care as a service gateway. As difficulties encountered, we list: little clinical and information systems integration in health care; Ministério da Saúde (MS) and Secretaria Estadual da Saúde (SES)'s centrality in establishing rules and steering resources, thus creating coercing relationships; little planning and health care evaluation monitoring; counties have little managing aptitude and guidelines are defined elsewhere – in other words, by the MS; the near absence of social participation in health care governance; model care is still not fully active in health promoting events, in preventing illnesses and in intersectorality. The identified cooperation mechanisms are motivated by interdependence in resources between actors and, as such, they are maintained whenever necessary. Actors do not deepen cooperation beyond specific service providing. We have not followed the user through the system as they exchanged medical professionals. SES coordinates system constitution and operation, even though CIR is officially in charge of that. We highlight private providers' power throughout the process, not always adequately obtaining results which answer to the

people's health necessities. SUS users' health assistance paths' analysis revealed noteworthy obstacles to the integrity and equity in health care. The key mortality rate influent differences between counties are: counties' emancipation date and their health services organization – especially Estratégia de Saúde da Família; early access to medical examinations and preventive procedures; different territorial expansion and rural area extension; counties' age group when compared to the elderly percentage.

**Keywords:** public health, public health policies, health care, health evaluation, cardiovascular diseases

## RESUMEN

El avance de la descentralización y la consolidación de la municipalización en el área de la salud tras la creación del Sistema Único de Salud (SUS) están ocurriendo gradualmente y con diferencias significativas entre regiones y entre municipios. Hicimos una investigación que tuvo como objetivo general analizar la red de atención a la salud de portadores de enfermedades cardiovasculares en dos pequeños municipios que pertenecen a la 16ª Coordinadoría Regional de Salud del RS. El abordaje fue cualitativo, del tipo estudio de casos comparados múltiples. Empezamos con la idea, en principio, de que municipios con semejante estructura de servicios de salud, número de habitantes y condiciones socioeconómicas obtienen resultados distintos en la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares debido a la organización y funcionamiento de su red de atención a la salud. La recolección y producción de los datos ocurrió a través de investigación documental, grupos focales con equipos gestores municipales y entrevistas con funcionario de la gestión estadual y con gestores del servicio de referencia regional en cardiología, totalizando 13 sujetos. La trayectoria asistencial recorrida por 4 usuarios portadores de enfermedades cardiovasculares también se utilizó en el análisis de la red de atención a la salud. La interpretación de sentidos y la triangulación de datos fueron la manera de tratarse el material empírico. El análisis, basado en las dos referencias teóricas elegidas (OPAS, 2011<sup>a</sup> y Fleury y Ouverney, 2007) expuso una red de atención a la salud parcialmente integrada y relaciones de interdependencia que, aunque complementarias, presentan intereses divergentes y poca confianza entre los actores – condición que dificulta el establecimiento de la gobernanza en red. Son factores que facilitan la organización y el funcionamiento de la red: la definición clara del territorio y de las referencias regionales; la existencia de Comisión Intergestora Regional (CIR) como espacio para concertar y controlar, aunque sus actores todavía no hayan asumido totalmente su papel; y la Atención Básica como pistoletazo de salida para el atendimento. Como dificultades, se presentan: poca integración clínica y de los sistemas de información entre los servicios de la red; la centralidad del Ministerio de Salud (MS) y de la Secretaría Estadual de Salud (SES) en el establecimiento de reglas y dominio de recursos, generando relación de coerción y no de cooperación entre los entes federados; poca planificación y monitoreo de evaluación de la red; baja capacidad gerencial en los municipios y parámetros fuera de la red, es decir, por el MS; la casi ausencia de la participación social en la gobernanza de la red; el modelo de atención aún poco activo en las acciones de promoción a la salud, prevención de enfermedades y en la intersectorialidad. Los mecanismos de cooperación identificados son

motivados por la interdependencia de recursos entre los actores y, siendo así, son mantenidos mientras esta necesidad esté presente. Los actores no profundizan la cooperación para más allá de la prestación puntual de los servicios. No se observó el acompañamiento del usuario a lo largo de la red por los profesionales de salud. La coordinación de la constitución y el funcionamiento de la red están casi totalmente en manos de la SES, a pesar de la CIR ser el espacio oficial para ello. Ponemos en relieve el poder de los prestadores privados en todo proceso, lo que hace que el resultado ni siempre sea el más adecuado para atender a las necesidades en salud de la población regional. El análisis de las trayectorias asistenciales de los usuarios del SUS reveló obstáculos importantes para la integralidad y equidad en la atención a la salud de estos municipios. Las principales diferencias entre los municipios que parecen tener influencia sobre la tasa de mortalidad son: el tiempo de emancipación del municipio y estructuración de los servicios de salud, principalmente la Estrategia de Salud de la Familia; el acceso precoz a exámenes y procedimientos preventivos; la diferencia de expansión territorial y área rural; y la composición etaria de la población con respecto al porcentual de ancianos.

**Palabras clave:** Salud Colectiva. Políticas Públicas de Salud. Asistencia a la Salud. Evaluación en Salud. Enfermedades Cardiovasculares.

*“Nosso pensamento filosófico não significa nada e não tem o menor conteúdo - Nada tem valor e significado incondicionados, a não ser a vida; todo o demais, pensamento, invenção e saber, só tem valor na medida em que de algum modo se refere ao que é vivo, parte dele e visa refluir para ele”.*

*“O fabricante (colorista), homem originalmente prático, que todos os dias tem inevitavelmente de lidar com as cores, cuja convicção é sensível ao lucro ou prejuízo, à perda de tempo ou de dinheiro, e que deseja progredir e igualar ou ainda superar o que foi feito por outros – tal homem é muito mais rápido em perceber o vazio, o erro de uma teoria do que um douto, cuja palavra herdada vale como moeda corrente, ou do que um matemático, cujas fórmulas permanecem sempre verdadeiras, mesmo quando já não concorda com aquilo a que se aplicam”.*

*Johann Wolfgang von Goethe (trad. de Gianotti, 1993)*

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01</b> – Estruturação assistencial estabelecida pela estratégia da NOAS 01.....	40
<b>Figura 02</b> – Macrorregiões e áreas de abrangência das Coordenadorias Regionais de Saúde/RS.....	41
<b>Figura 03</b> – Mapa da 16ª Regional de Saúde/RS.....	43
<b>Figura 04</b> – Regiões de Saúde do RS.....	43
<b>Figura 05</b> – Regiões de Saúde vinculadas à 16ª CRS.....	44
<b>Figura 06</b> – Trajetória assistencial do usuário U1A.....	155
<b>Figura 07</b> – Trajetória assistencial do usuário U2A.....	157
<b>Figura 08</b> – Trajetória assistencial do usuário U1B.....	159
<b>Figura 09</b> – Trajetória assistencial do usuário U2B.....	161
<b>Figura 10</b> – Mortalidade por DCV por ano, segundo município, no período de 2003 a 2009.....	170

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01</b> – Macrorregiões/RS, segundo número de municípios e população, 2002.....	41
<b>Quadro 02</b> – Relação dos municípios que compõe a 16ª CRS, com suas respectivas microrregiões, população e distância da sede (municípios em negrito são sedes de módulo assistencial).....	42
<b>Quadro 03</b> – Elementos institucionais de definição de um padrão de interdependência em rede.....	58
<b>Quadro 04</b> – Evaluando la progresión hacia Redes Integradas de Servicios de Salud: desde la fragmentación absoluta hasta los sistemas integrados.....	60
<b>Quadro 05</b> – Barreiras e facilitadores da conformação de RISS.....	62
<b>Quadro 06</b> – Quadro geral de análise por objetivos específicos.....	71
<b>Quadro 07</b> – Procedimentos Município A (CM<) relacionados às DCV.....	81
<b>Quadro 08</b> – Procedimentos Município B (CM>) relacionados às DCV.....	81
<b>Quadro 09</b> – Quadro comparativo de dados dos municípios A (CM<), B (CM>) e do RS.....	170



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica  
AC - Alta Complexidade  
ACS - Agentes Comunitários de Saúde  
AIH - Autorização de Internação Hospitalar  
APS - Atenção Primária em Saúde  
ASSEDISA - Associação dos Dirigentes Municipais da Saúde  
AVC - Acidente Vascular Cerebral  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CEO - Centro Especializado em Odontologia  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CIB e CIT - Comissões Intergestores Bi e Tripartite  
CIES - Comissão de Integração Ensino-Serviço  
CIR - Comissão Intergestores Regional  
CM - Coeficiente de Mortalidade  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública  
COEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
COGERE - Colegiado de Gestão Regional  
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
CONSISA - Consórcio Intermunicipal de Saúde  
Cosems e Conasems - Colegiados de secretários municipais e estaduais de saúde  
CRAS - Centro de Referência em Assistência Social  
CRS - Coordenadoria Regional de Saúde  
DAC - Doenças do aparelho circulatório  
DAS - Departamento de Ações em Saúde  
DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis  
DCV - Doenças cardiovasculares  
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica  
EC 29 - Emenda Constitucional 29  
ECG - Eletrocardiograma  
ESF - Estratégia de Saúde da Família

Hab - Habitantes  
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica  
HBB - Hospital Bruno Born  
HE - Hospital Estrela  
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio  
IDESE - Índice de Desenvolvimento Social e Econômico  
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano  
IML - Instituto Médico Legal  
Km - Quilômetro  
MC – Média Complexidade  
MEC - Ministério de Educação e Cultura  
MS - Ministério da Saúde  
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde  
NOB - Normas operacionais básicas  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
OPAS - Organização Panamericana de Saúde  
PDI - Plano Diretor de Investimentos  
PDR - Plano Diretor de Regionalização  
PIB - Produto Interno Bruto  
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio  
PPI - Programação Pactuada e Integrada  
PPI - Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde  
PSF - Programa de Saúde da Família  
Rename - Relação Nacional de Medicamentos  
RISS - Redes Integradas de Serviços de Saúde  
RS - Rio Grande do Sul  
SAE - Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids  
SAMU - Serviço de Assistência Municipal de Urgência  
SES - Secretaria Estadual de Saúde  
SES/RS - Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul  
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TI - Tecnologia de Informação

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNA-SUS - Universidade Aberta do SUS

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USF - Unidade de Saúde da Família

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	20
<b>2 ENTENDENDO E DELINEANDO O PROBLEMA DE PESQUISA</b> .....	24
2.1 A dependência intermunicipal implícita na descentralização e na estratégia de regionalização da atenção à saúde.....	24
2.2 Redes de atenção em saúde, na perspectiva da integralidade e equidade .....	32
2.3 Portadores de doenças cardiovasculares e acesso/utilização de serviços de saúde ...	35
2.4 Aproximando-se da região em estudo .....	40
<b>3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE</b> .....	51
3.1 Avaliação de redes de atenção em saúde .....	55
3.2 A trajetória assistencial como ferramenta para avaliação na perspectiva do usuário .....	63
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	67
4.1 Objetivo Geral.....	67
4.2 Objetivos Específicos.....	67
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	68
5.1 Tipo de estudo .....	68
5.2 Campo do estudo e unidade de análise .....	70
5.3 Entrada no campo empírico e coleta de dados .....	71
5.4 Análise e apresentação dos dados empíricos .....	74
5.5 Considerações bioéticas.....	76
<b>6 OS DADOS FALAM: CONHECENDO A REDE, COM SUAS TRAMAS E NÓS</b> .....	77
6.1 Aumentando a lente e ajustando o foco: qual a situação dos pequenos municípios? .....	77
6.2 Modelo assistencial: a configuração da rede de atenção à saúde .....	82
6.2.1 Organização e funcionamento da rede de atenção à saúde dos portadores de DCV na perspectiva da equipe gestora do município A (CM<) .....	84
6.2.2 Organização e funcionamento da rede de cuidados aos portadores de DCV na perspectiva da equipe gestora do município B (CM>).....	97
6.2.3 Organização e funcionamento da rede de cuidados aos portadores de DCV na perspectiva da gestão regional.....	106
6.2.4 Organização e funcionamento da rede de cuidados aos portadores de DCV na perspectiva da gestão do serviço de referência regional .....	111

<b>6.3 Espaços e estratégias de cooperação e coordenação da rede de atenção à saúde: a interdependência e a governança .....</b>	<b>115</b>
6.3.1 O papel da Coordenadoria Regional de Saúde e da Comissão Intergestores Regional na integração e construção da rede de atenção à saúde .....	116
6.3.2 Ruídos e deficiências operacionais e na comunicação entre serviços e níveis de densidade tecnológica .....	120
6.3.3 Regulação, monitoramento e avaliação: ações que não saem do papel .....	128
6.3.4 Poder, autonomia e interesses: centralidade no Estado, regulação da oferta e investimentos pelo prestador, conformismo dos municípios .....	134
6.3.5 A ausência do controle social .....	144
<b>6.4 Analisando a rede de atenção à saúde a partir da visão das equipes gestoras e do referencial teórico .....</b>	<b>145</b>
<b>6.5 As trajetórias assistenciais revelando a rede de atenção à saúde dos portadores de DCV .....</b>	<b>151</b>
6.5.1 Histórias de vida e adoecimento: trajetórias assistenciais .....	152
6.5.2 Caindo entre os nós da rede: o <i>composé</i> descombinado da utilização dos serviços de saúde.....	162
<b>6.6 Análise comparada: diferenças e semelhanças entre os municípios .....</b>	<b>169</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES.....</b>	<b>174</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>181</b>
<b>APÊNDICE 1 – DIÁRIO DE CAMPO .....</b>	<b>193</b>
<b>APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA PESQUISA DOCUMENTAL .....</b>	<b>194</b>
<b>APÊNDICE 3 – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL .....</b>	<b>195</b>
<b>APÊNDICE 4 – ENTREVISTA COM SERVIDOR DA GESTÃO REGIONAL .....</b>	<b>197</b>
<b>APÊNDICE 5– ENTREVISTA COM GESTOR DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA REGIONAL EM CARDIOLOGIA.....</b>	<b>198</b>
<b>APÊNDICE 6 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O USUÁRIO PORTADOR DE DCV .....</b>	<b>199</b>
<b>APÊNDICE 7 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES DOS MUNICÍPIOS .....</b>	<b>200</b>
<b>APÊNDICE 8 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTOR REGIONAL, GESTOR DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA REGIONAL E USUÁRIOS .....</b>	<b>201</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta tese de doutorado insere-se na linha de pesquisa “Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - PPGENF/UFRGS, trazendo como tema a rede de atenção em saúde em pequenos municípios.

O avanço da descentralização e a consolidação da municipalização na área da saúde após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) têm ocorrido gradualmente e com diferenças significativas entre regiões e entre municípios. Conforme Mendes (2002), o SUS vem sendo socialmente construído num movimento do tipo incrementalismo lento – especialmente através de normas operacionais consensadas pelos três níveis de governo e materializadas em portarias ministeriais. Fleury e Ouverney (2007) afirmam que a edição de normas de regulamentação tornou o município o ente central do sistema, complementando o processo de descentralização e de fixação dos novos núcleos de gestão local de forma gradual, considerando as características do modelo tributário e da tradição patrimonialista do sistema político regional.

Uma das características do Brasil é o grande número de pequenos municípios, 61% destes apresentando menos de 15.000 habitantes. O retrato no Rio Grande do Sul não é diferente: 75,4% de nossos municípios são pequenos. Na 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), de onde serão extraídos os casos para esta tese, esta porcentagem sobe para 85,7% – 36 entre 42 municípios.

No meu cotidiano de trabalho como especialista em saúde na 16ª CRS – órgão da Secretaria Estadual de Saúde (SES) com sede no município de Lajeado, vinculada ao Departamento de Ações em Saúde (DAS) –, acompanho e monitoro algumas políticas e programas de saúde e observo diferenças importantes nos indicadores municipais.

Pensando nestas diferenças, realizamos um estudo envolvendo os municípios da região (MEDEIROS; MENEGHEL; GERHARDT, 2012), com o objetivo de descrever o perfil de mortalidade pelas principais doenças do aparelho circulatório no período de 2003 a 2007. Com este perfil, intencionamos relacionar o coeficiente de mortalidade (CM) do período com algumas variáveis socioeconômicas, de investimento, de cobertura e de acesso em saúde, buscando identificar alguns fatores que poderiam ser significativos para explicar diferenças entre os municípios.

Os resultados deste estudo motivaram o aprofundamento da questão, tendo em vista que, embora as condições sejam muito semelhantes entre os municípios, as diferenças nos indicadores são expressivas. Carvalho e Cunha (2006) referem que diferentes serviços de saúde ou municípios com a mesma quantidade de recursos podem produzir resultados absolutamente diversos, dependendo de como articulam estes recursos. Afirmam, também, que a compreensão que se tem sobre saúde e doença condiciona o olhar sobre a realidade definindo o que é problema de saúde e assumindo papel determinante sobre as características organizativas do setor da saúde.

A maioria dos municípios da região encontra-se em situação de grande dependência externa em relação a referências de média (MC) e alta complexidade (AC) – com algumas dificuldades de acesso a estes serviços e diferentes formas de organização da atenção básica (AB) e na estrutura dos serviços de saúde –, configurando deficiência na constituição de redes de atenção em saúde, conforme acompanhamento no meu cotidiano de trabalho. Conforme a OPAS (2011<sup>a</sup>), a municipalização tem avançado, mas subsistem alguns problemas derivados do pequeno porte da maioria dos municípios brasileiros, o que afeta a racionalidade de escala e compromete a eficiência do sistema de saúde em termos de resolutividade e qualidade.

A Regionalização é uma das diretrizes propostas pelo SUS para organizar as redes de atenção à saúde, garantindo as referências e contrarreferências. Esta seguia, até 2012, os critérios estabelecidos pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) (RS, 2002), em que os municípios estavam agrupados por módulos de saúde – sendo um deles o município-sede, que, *a priori*, é referência para a MC. Um ou mais módulos formavam as microrregiões de referência e, na organização da SES, estas agrupadas formavam a macrorregião de saúde. A macrorregião dos Vales é formada pelas 8<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 16<sup>a</sup> CRS e tem como principais pólos assistenciais as cidades de Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul e Lajeado, que por sua proximidade com a capital não possuem um pólo centralizado de referência. Considerando as Normas Operacionais de Atenção à Saúde (NOAs) (BRASIL, 2001/02), todos os municípios da 16<sup>a</sup> CRS habilitaram-se na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, o que implica que deveriam planejar, regular, coordenar e avaliar os serviços em seu território, identificando as necessidades de sua população e mantendo-se associados às diretrizes definidoras do SUS. Mesmo com a descentralização e a proposta de que os municípios cada vez mais se tornem responsáveis pela gestão da saúde, a região, não diferente do restante do país, apresenta muitas dificuldades em avançar na tomada de algumas decisões e nas responsabilidades demandadas (MEDEIROS et al, 2010<sup>a</sup>).

Com a publicação, em 2006, da Portaria 399/GM – que divulga e aprova as diretrizes

do Pacto pela Saúde –, o Ministério da Saúde (MS) buscou enfrentar os problemas estruturais, econômicos e de gestão apresentados pelo SUS, definindo prioridades que são articuladas em torno de três eixos estruturantes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. Esta normatização destaca o papel central das regiões de saúde, enquanto espaços territoriais, onde se deve organizar a rede de ações e de serviços de saúde a fim de que sejam cumpridos os princípios constitucionais da universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado (BRASIL, 2006<sup>a</sup>).

Um dos grandes nós críticos do SUS são as questões relacionadas à referência e contrarreferência, incluídas nas propostas de regionalização do sistema (RS, 2002); a maioria dos estudos avaliativos sobre o SUS, no entanto, tem se concentrado na AB (FACCHINI et al, 2008; CAMARGO JR et al, 2008; BAPTISTA; MARCON; SOUZA, 2008). A exclusividade do enfoque na AB é contraditória à ideia de integralidade e equidade, pois não dá conta de todas as necessidades de saúde da população. A maior parte das propostas tecno-assistenciais desenvolvidas para o SUS centram-se na reorganização da AB; é fundamental, porém, que haja transformações em outros níveis do sistema de saúde para que se possa cumprir a promessa de um sistema único e organizado para a integralidade, que funcione como “malha de cuidado ininterrupto à saúde” e não como um sistema burocrático e despersonalizado de encaminhamentos (BRASIL, 2005).

No Brasil, faltam-nos estudos avaliativos sistemáticos e rigorosos que permitam estabelecer de forma mais definitiva os resultados da descentralização do SUS. Pode-se, contudo, hipotetizar que os ganhos em equidade no acesso ocorreram com a municipalização do SUS, mas houve problemas de eficiência, efetividade e da qualidade dos serviços (MENDES, 2002, p. 5)

Apresentou-se como um desafio o entendimento das deficiências e potencialidades da organização e funcionamento da rede de atenção à saúde em pequenos municípios e também de quais estratégias são utilizadas pela gestão e pelos usuários para garantir o acesso aos serviços de saúde. Portanto, esta investigação trouxe como avanços a avaliação da rede de atenção em saúde – e não somente da AB –, a avaliação sob a ótica do usuário e a avaliação da regionalização em saúde como produtora da equidade e integralidade. Principalmente, a contribuição deste estudo foi a análise do espaço local – ou seja, do município –, com suas estratégias para dar conta da complexidade das questões da área da saúde que se apresentam cotidianamente.

A velocidade das transformações globais dá o tom da instabilidade e da complexidade. Mas nos interessa muito, aqui, as transformações que são sentidas no



local. Então, a complexidade é característica também do local. E, se isto é correto, o local não é espaço da simples execução de ações resultantes de decisões em níveis hierárquicos superiores das estruturas organizacionais piramidais. A partir do processo de Reforma Sanitária, é o município (espaço local) o novo intrómetido, e ele entra na gestão do SUS carregando a sua principal característica: a complexidade (RIGHI, 2002, p 91).

Optamos por utilizar as doenças cardiovasculares (DCV) como condição marcadora devido à relevância epidemiológica que estas patologias representam para a saúde no Brasil e na região; escolhemo-las, também, por serem classificadas como condições crônicas, cuja atenção é de longo prazo e exige uma rede múltipla e articulada de serviços de saúde para garantir resolutividade. De acordo com Mendes (2008), as condições crônicas têm período de duração mais ou menos longo e tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente, e esta situação de saúde não pode ser resolvida por um sistema de saúde fragmentado e organizado para responder apenas às condições agudas.

As principais DCV (Infarto Agudo do Miocárdio, Doenças Isquêmicas do Coração e Doenças Cerebrovasculares) estão incluídas na lista de internações sensíveis à atenção primária em saúde (APS) (ALFRADIQUE et al, 2009) e na lista de óbitos evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde (MALTA et al, 2007). Para prevenir internações e evitar óbitos é necessária uma rede organizada e articulada; a análise desta rede é, portanto, apropriada para avaliar a qualidade e resolutividade de um sistema de saúde.

Reforçando a relevância do tema proposto por este estudo está a edição da Portaria do MS/4729 em 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para organização da rede de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2010<sup>d</sup>), e o lançamento, em junho de 2011, no RS, do Projeto Estratégico Redes de Atenção Integral à Saúde, a partir do fortalecimento da Atenção Primária (RS, 2011).

A tese está estruturada em 7 capítulos. O capítulo 2 traz uma revisão de literatura e contextualização da região em estudo com a finalidade de entender o problema, seguido pelo capítulo 3, que trata do referencial teórico que auxiliou na construção das categorias analíticas. O capítulo 4 estabelece os objetivos gerais e específicos, e o 5 explicita o caminho metodológico escolhido. O capítulo 6 traz a apresentação e análise das informações e o último, traça considerações.

## 2 ENTENDENDO E DELINEANDO O PROBLEMA DE PESQUISA

Partindo das considerações iniciais colocadas na introdução, buscou-se, na revisão da literatura e na contextualização da região em estudo, entender e delinear o problema de pesquisa, apresentado neste capítulo, em quatro subtítulos: “A dependência intermunicipal implícita na descentralização e na estratégia de regionalização da atenção à saúde”; “Redes de atenção em saúde, na perspectiva da integralidade e equidade”; “Portadores de doenças cardiovasculares e acesso/utilização de serviços de saúde” e “Aproximando-se da região em estudo”.

### 2.1 A dependência intermunicipal implícita na descentralização e na estratégia de regionalização da atenção à saúde

Uma das diretrizes do SUS, estabelecida pela Constituição Brasileira de 1988 e regulamentada pela Lei 8080/90, afirma que as ações e serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Conforme Mendes (2002), a ideia de regionalização de serviços de saúde não é nova: surgiu no Reino Unido, na segunda década do século XX, com a proposta de regionalização dos serviços de saúde feita pelo Relatório Dawson. No entanto, para ser realizada com eficácia, exige a obediência aos fundamentos da gestão dos sistemas de serviços de saúde que a determinam – ou seja, são governados por princípios e leis universais próprios, relativos à descentralização dos sistemas de serviços de saúde, à economia de escala<sup>a</sup>, à economia de escopo<sup>b</sup>, às relações entre escala e qualidade e ao acesso aos serviços de saúde.

---

<sup>a</sup> Economia de escala: refere-se a uma situação em que os custos médios de longo prazo caem com o crescimento da escala ou do volume de atividades, sendo o longo período um tempo suficientemente longo para permitir todos os insumos serem variáveis (ALETRAS; JONES; SHELDON, 1997, apud MENDES, 2007).

<sup>b</sup> Economia de escopo: Ocorrem quando o escopo ou a variedade dos serviços ofertados por uma mesma unidade produtiva aumenta (ALETRAS; JONES; SHELDON, 1997, apud MENDES, 2007).

O que está implícito na questão da regionalização é a mudança de um modelo centralizador para a descentralização da gestão e assistência à saúde, incluída nos processos de redemocratização do Estado Brasileiro. A partir disto, criaram-se sistemas estaduais e municipais de saúde com novas relações entre as esferas de governo e também com a sociedade e o mercado.

Para viabilizar a construção do Sistema Único de Saúde, tomaram-se medidas iniciais para integrar a rede de serviços, bens e profissionais de saúde. Medidas posteriores – normas operacionais básicas – possibilitaram a transferência de poder do nível central para os municípios e estados, com a criação do Sistema Único de Saúde nos níveis local e regional, e do Estado para a sociedade, com a criação dos mecanismos de controle social (FLEURY; OUVÉNEY, 2007, p. 113).

O processo deu-se de forma gradual, por meio da adesão dos municípios e estados às modalidades de gestão; no entanto, o estímulo à integração horizontal dos entes da Federação era pouco, o que se mostrou estratégico no início desta década (FLEURY; OUVÉNEY, 2007). As normas operacionais básicas (NOB 91, 93 e 96) se mostraram ineficientes para o processo, pois apresentavam um tom tecnocrático que acabaram por consolidar o município “como um mero prestador de serviços, com pouca autonomia para organizar redes de atenção à saúde em seu território” e ampliar “o processo de reconcentração de competências regulatórias sobre as ações assistenciais no Ministério da Saúde” (PASCHE et al, 2006, p 417 e 418).

A descentralização consolidada pela Constituição de 1988 gerou o fenômeno do federalismo municipal, caracterizado pelo status de membros da Federação concedido aos municípios, conduzindo a intensa criação de pequenos municípios – sendo que, daqueles criados de 1984 a 1997, 94,5% têm menos de 20.000 habitantes (MENDES, 2001). Entre eles, segundo Fleury e Ouverney (2007), há grandes assimetrias no que se refere à capacidade de provisão de serviços, sendo raros os que dispõem de bases de serviços que consigam prover atenção integral aos cidadãos. Pasche et al (2006) também consideram que o processo de regionalização foi bastante heterogêneo, devido às diversidades regionais e desigualdades de capacidade técnica e de gestão entre as equipes locais, determinando avanços significativos em algumas regiões e redes fragmentadas em outras.

Conforme Mendes (2002) os processos descentralizatórios sempre apresentarão debilidades e fortalezas, mas uma das propostas mais consistentes para uma descentralização ótima está em instituir níveis mesorregionais, entre o nível central e o local, chamados de microrregião de saúde. Isto pode compatibilizar o acesso pronto a serviços eficientes, efetivos

e de qualidade com a proximidade dos problemas locais e da população. As NOAS contém esta ideia na sua proposta, ao organizar o sistema de assistência à saúde em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões, considerando características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios e outras (BRASIL, 2001 e 2002).

As NOAS 01/2002 retomaram a regionalização, buscando oferecer meios de integração entre sistemas municipais de saúde sob a coordenação dos gestores estaduais, na tentativa de superar barreiras e diferenciais de acesso entre cidadãos de localidades diferentes.

O grande desafio estava em garantir a equidade e a integralidade do acesso e da atenção à saúde da população de municípios com pequena infraestrutura de serviços, principalmente aqueles com poucos habitantes. Conforme Fleury e Ouverney (2007), a estratégia da NOAS para garantir a equidade e integralidade consiste no aprofundamento da interdependência dos municípios, orientada pelo processo de planejamento territorialmente referenciado. O planejamento é inserido no processo de regionalização da assistência pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento de ordenamento do processo que resultou de uma elaboração conjunta que envolveu, de forma direta e constante, o intercâmbio técnico e político dos municípios com a esfera estadual. Um dos mecanismos desenvolvidos para este planejamento foi a Programação Pactuada e Integrada (PPI), pela qual os municípios com oferta excedente em determinados serviços podem atender a outros com oferta insuficiente. Outro mecanismo foi a criação de consórcios intermunicipais de saúde, que reuniram municípios vizinhos que coordenam em conjunto a rede de oferta de serviços.

Esperava-se que os instrumentos propostos (PDR, PPI e Plano Diretor de Investimentos (PDI)) “fossem suficientes para reequilibrar o funcionamento do sistema, garantindo integralidade e equidade no acesso de cidadãos brasileiros oriundos de diferentes municipalidades” (MACHADO, 2009, p 108).

A PPI tem sido duramente criticada por sua incapacidade operacional, conforme Almeida et al (2010, p 48):

Não podemos mais conviver com uma PPI da assistência virtual, em que recursos financeiros são alocados para as referências que não são garantidas, gerando duplo prejuízo ao gestor que não tem o seu paciente atendido e tem de desembolsar recursos financeiros próprios para assegurar esse acesso previsto e não realizado de acordo com o que foi pactuado, sendo causa de várias demandas judiciais atualmente verificadas no SUS... É inútil argumentar que é falha de acompanhamento da PPI e que pode ser reprogramada, pois sabemos como é difícil reduzir teto financeiro, seja de gestor ou de prestador.

Mendes (2001) já alertava para o risco da municipalização autárquica, que expande a atenção médica sem nenhuma articulação regional, pulverizando recursos públicos e gerando brutais ineficiências e que isto resulta na fragilidade regulatória das Secretarias Estaduais da Saúde. Propôs a microrregionalização cooperativa, institucionalizando os sistemas microrregionais de serviços de saúde, com base na cooperação gerenciada.

Nesse paradigma, os municípios continuam como os gestores principais dos sistemas de serviços de saúde no âmbito local, mas organizam-se em microrregiões, de forma cooperativa. A microrregião é transformada num espaço dialógico de negociação e pactuação, mantendo-se, contudo, com a Secretaria Estadual da Saúde e com os municípios a capacidade de gestão do sistema, no que concerne aos interesses de sua população. (MENDES, 2001, p. 39)

A regionalização, embora tenha sido bastante discutida entre as esferas de governo, pouco avançou, não se efetivando como um lugar importante de mudança, exigindo um novo pacto de gestão que possibilitasse ampliar o grau de responsabilidades entre os gestores, corrigindo distorções como os mecanismos de repasse de recursos e qualificando os processos de gestão. Esta pactuação deveria ampliar a autonomia decisória da esfera municipal, com o apoio e a cooperação técnica e financeira das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde (PASCHE et al, 2006).

A regionalização é concebida como um processo dinâmico, que depende da ação de entidades diversas – principalmente dos municípios, que deveriam ter maior poder decisório. No entanto, a análise da NOAS revelou a preponderância do gestor estadual, o que gera constantes conflitos de governança, dificultando o processo de trabalho coletivo. A coordenação centralizada na Secretaria Estadual de Saúde padroniza processos, instrumentos e mecanismos, o que reduz a flexibilidade operacional, considerando que cada região de saúde possui sua dinâmica própria de intercâmbio de recursos e serviços. Outro aspecto que reduz a capacidade de governança do SUS, em relação à NOAS, é o fato de as decisões serem tomadas somente entre gestores no interior da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), excluindo a sociedade civil – uma vez que os conselhos municipais não participam de forma direta dos principais planos e diretrizes, diminuindo a legitimidade das decisões (OUVERNEY, 2005).

A esfera municipal é o *locus* de desenvolvimento e implantação de inovações gerenciais, que constrói estratégias de trabalho que influenciam diretamente na relação com os cidadãos. É o município que efetivamente organiza a oferta de ações e serviços necessários à população, com capacidade política para inserir demandas por meio das diversas instâncias de

intermediação como as comissões intergestoras bi e tripartite (CIB e CIT), os colegiados de secretários de saúde municipais e estaduais (Cosems e Conasems) e as conferências de saúde. Portanto, “a incorporação da gestão de redes ao processo de regionalização da saúde reafirma os princípios de construção do SUS e contribui decisivamente para fortalecer as suas bases de gestão de interdependências” (FLEURY; OUVÉRY, 2007, p 119).

Os pactos intermunicipais conviveram com tensões ora latentes, ora manifestas, consolidando a percepção de que a alocação prévia dos recursos para procedimentos de MC e AC para atender a população nos municípios de referência não teria sido suficiente para superar condutas autointeressadas dos pactuantes. As tensões se tornaram menos visíveis, deslocando-se para a equalização das oportunidades de acesso para indivíduos de diferentes segmentos. Estes diferenciais de acesso são de difícil mensuração; há grandes limitações técnicas devido ao funcionamento precário dos sistemas de informação, que não identificam residências de pacientes atendidos em procedimentos de MC ambulatorial e também não cruzam informações entre procedimentos executados e tetos físicos e financeiros pactuados. Outra limitação é a política, devido a problemas relacionados à regulação do acesso assistencial e constrangimentos na aplicação de punição aos transgressores do pacto, que mantém suas prerrogativas junto ao SUS mesmo não cumprindo o pactuado (MACHADO, 2009).

Estudo de Arretche e Marques (2007) concluiu que o sistema público de saúde permitiu a generalização da transferência das funções de oferta de serviços básicos de saúde para os municípios, mas não produziu equalizações nos padrões de oferta destes serviços. As regras que orientaram as transferências federais estiveram mais orientadas para a promoção da descentralização do que para a promoção da redução das desigualdades entre os municípios.

Outra estratégia de consolidação da descentralização e regionalização foi a edição da Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006<sup>a</sup>), que divulga o Pacto pela Saúde – consolidação do SUS – e aprova as diretrizes operacionais a ele inerentes, constituídas de três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Nessa perspectiva, de acordo com Fadel et al (2009), o Pacto de Gestão surgiu como uma oportunidade real de melhoria no acesso e na qualidade dos serviços e de resolução dos problemas operacionais não equacionados com as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e as NOAS, possibilitando, assim, a redução das iniquidades, no que diz respeito às ações e serviços em saúde.

Transcrevemos, na íntegra, o que a portaria nº 399/06 estabelece sobre o Pacto de Gestão:

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da **gestão compartilhada e solidária** do SUS. Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais. Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação. Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos. As prioridades do Pacto de Gestão são:

DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.

ESTABELECEER AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL, 2006<sup>a</sup>).

O texto da portaria parece responder às críticas que existem sobre as normas e portarias anteriores, pois ao desburocratizar os processos e respeitar as singularidades regionais, objetiva garantir a autonomia municipal; ainda, ao buscar critérios equitativos de repasse de recursos, tenta corrigir as distorções neste repasse. Enquanto reforça a territorialização, institui colegiados de gestão regional – incluindo todos os gestores municipais e estaduais –, reitera a importância e se compromete com a qualificação da participação e do controle social, propondo, assim, uma gestão que se fundamenta na interdependência das redes.

“O Pacto de Gestão alimentou-se de críticas e reflexões sobre a dinâmica das relações intergovernamentais estabelecidas na implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002” (MACHADO, 2009, p 106).

A territorialização da assistência à saúde é construída pelo aprofundamento da interdependência municipal, com ênfase nas relações horizontais – que impulsionam e garantem os princípios da universalidade, equidade e integralidade. A existência da rede pressupõe o reconhecimento do outro como parceiro, levando ao diálogo na busca de objetivos e estratégias comuns, em uma sociedade rica e plural (FLEURY; OUVÉRY, 2007).

Conforme Machado (2009), uma das marcas do Pacto de Gestão, no que diz respeito a organizar a atenção à saúde e estabelecer parâmetros para a firmação de um pacto intergovernamental, é o propósito de promover uma *regionalização solidária e cooperativa*, adjetivação curiosamente recorrente no texto da Portaria Ministerial. Oliveira et al (2010) afirmam que o objetivo de sair de uma prática fragmentada e individualista para a construção de uma regionalização solidária e cooperativa exige do gestor e de todos os envolvidos a abertura para o novo, acolhendo as diferentes concepções e trabalhando com o coletivo, a fim de que todos se interliguem em um esforço conjunto.

Num momento em que se consolida o processo de descentralização da saúde, é preciso redefinir o papel dos municípios na construção de um sistema mais solidário. Isto se refere diretamente à nova função dos municípios-polo na atenção aos municípios menores - função que, anteriormente, era dos gestores estaduais, que continuam corresponsáveis, junto à esfera federal, pela saúde da população (FRANÇA; GUERREIRO; ARAÚJO, 2010). Conforme estes autores, o pacto apresenta como pontos nevrálgicos: a sustentabilidade política, devido à longa história de exercício do poder em bases autoritárias e centralizadas, pouco pérvias às práticas democráticas e solidárias, emperrando os colegiados de decisão; os recursos humanos, tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo, cujo problema é induzido pela discrepante formação e educação desenvolvida nas escolas e universidades, que não os prepara para exercer suas ações no sistema; e a adoção da Vigilância à Saúde como essencial ao desenvolvimento da atenção integral à saúde, trazendo consigo a ideia de monitoramento e avaliação e que não é uma realidade concreta em termos da organização do setor saúde.

O Pacto de Gestão manteve os principais instrumentos das NOAS 01/2002, PDR, PPI e PDI e o reconhecimento estratégico da regulação do acesso assistencial, com a necessidade de implementar os complexos reguladores. Agregou a isto outros elementos importantes: flexibilização do desenho da regionalização em cada unidade da federação; criação dos Colegiados de Gestão Regional como espaço decisório; extinção das habilitações de estados e municípios em condições de gestão com prerrogativas previamente definidas; e atribuição da responsabilidade da regulação das referências intermunicipais ao gestor estadual, que se relacionaria com centrais municipais de regulação. Há elementos de continuidade significativos para que se mantenha um ambiente de relações intergovernamentais conflituosas e não cooperativas: municípios “exportadores” de serviços controlam acesso e cumprimento dos pactos, e ainda ficam com resíduos de recursos não utilizados nos fundos municipais de saúde quando tem gestão sobre a MC e AC. Mantém-se, portanto, assimetrias na regulação do acesso e defasagem dos parâmetros financeiros da tabela SUS para a MC e



AC (MACHADO, 2009).

Verifica-se que o SUS é uma política social complexa, que é constituída por uma arena de conflitos onde atuam diversos grupos de interesse que, por vezes, a sustentam e legitimam e, outras vezes, estabelecem nós críticos que tensionam sua implementação. A tendência de manter relações predatórias por recursos e ausência de comportamentos cooperativos demanda a formulação de incentivos para induzir os diversos atores a um comportamento cooperativo (VIANA; FARIA; PACÍFICO, 2006).

A regionalização solidária e os Colegiados Gestores Regionais podem se constituir em espaços da produção de redes; é na região que, concretamente, a rede de saúde existe. Ao mesmo tempo, a rede de saúde produz território e, especialmente, produz valores para os lugares. É urgente reconhecer que o processo de descentralização gerou certo isolamento dos municípios, situação que precisa ser revista. Para tanto, é necessário analisar as redes produzidas com os referenciais que queremos superar e a produção de novos referenciais para a gestão em redes (RIGHI, 2010, p. 71).

Na situação em que se encontra a implementação do SUS, acreditamos que são necessários estudos que avaliem a organização e funcionamento da rede de atenção à saúde nos pequenos municípios e a capacidade destes em garantir a integralidade e a equidade em saúde para seus usuários, pois são estes municípios que apresentam a maior dependência externa. Neste contexto, a governança do sistema apresenta uma tensão permanente entre os diversos atores envolvidos, sejam eles do município, Estado ou União, ou mesmo entre prestadores de serviço públicos e privados. A gestão dos fluxos na rede convive constantemente com a dialética cooperação/competição entre os entes federados e prestadores de serviço. Associa-se a isto a pressão exercida pelo usuário na tentativa de garantir a adequação dos fluxos oferecidos pela gestão às suas necessidades e seu direito à saúde e cidadania.

As dificuldades da gestão municipal em garantir uma AB resolutiva e de qualidade e os entraves em viabilizar o acesso dos usuários que necessitam atenção especializada têm levado muitos municípios a buscar autossuficiência na oferta dos serviços, agravando os problemas de ineficiência na gestão dos recursos, sem resolver os problemas da integralidade da atenção (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

## 2.2 Redes de atenção em saúde, na perspectiva da integralidade e equidade

É um desafio para o SUS qualificar e personalizar a relação entre os níveis de atenção, especialmente entre a AB e os outros serviços. O processo de regionalização e descentralização tem contribuído com este desafio, mas o caminho ainda é longo. Quando municípios menores “compram” consultas ou tratamentos em municípios maiores, quase sempre se institui um problema de qualidade na atenção a pacientes graves e crônicos. O que ocorre, frequentemente, é uma fragmentação da atenção no momento em que estes pacientes necessitam de uma ação de coordenação clínica e de um fluxo de comunicação entre esta e os outros serviços de saúde (CUNHA, 2010).

A atual situação de saúde no Brasil, com predomínio das condições crônicas, requer a construção social de redes de atenção à saúde, superando os sistemas fragmentados e voltados para a atenção das condições agudas (MENDES, 2008). Em face do problema da fragmentação dos modelos assistenciais, é atributo inerente às reformas das políticas públicas a integração dos serviços de saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

O conceito de integralidade remete ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 331).

No entanto, de acordo com Righi (2010), a integração de serviços com características semelhantes – denominada integração funcional – é apenas um dos aspectos da produção das redes de saúde, pois a rede que interessa para a ampliação da democracia e qualificação do SUS não pode se reduzir a articulação de serviços de um entorno funcional, mas valorizar o entorno territorial. Pensar o SUS apenas como uma rede hierarquizada induz a visualização e produção de redes homogêneas em níveis hierárquicos, impedindo que se veja o território sob a rede. O conceito de redes de produção de saúde procura dar conta da co-produção tensa entre a rede assistencial, com suas próprias normas, e o território, que não é apenas espaço de demanda ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial.

Conforme Mendes (2008), as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde que tem por conteúdos básicos: apresentar missão e objetivos comuns; operar de forma cooperativa e interdependente; intercambiar constantemente seus recursos; ser estabelecida sem hierarquia entre os diferentes componentes, relacionar-se horizontalmente em todos os pontos – estabelecer um contínuo de

atenção em todos os níveis, convocar a atenção integral; funcionar sob a coordenação da atenção primária à saúde (APS); prestar atenção oportuna, segura e efetiva; focar-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; ter responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e gerar valor para esta.

A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Cada serviço pode ser repensado como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita, sendo um desafio “conectar” essas redes assistenciais na rede de serviços de saúde (MALTA; MERHY, 2010).

Várias iniciativas em países da América Latina e no Caribe têm sido empreendidas com a finalidade de integração de serviços de saúde, de acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Estes esforços, porém, somente se justificam na medida em que conduzem a serviços mais acessíveis, de maior qualidade, com melhor relação custo-benefício e que satisfaçam aos usuários (OPAS, 2008).

As barreiras mais comuns à implantação das redes de atenção à saúde são, de acordo com Mendes (2007, p. 22):

[...] os sistemas de informação deficientes; a atenção primária à saúde de baixa qualidade; o protagonismo da atenção especializada; a cultura organizacional com base na autonomia dos serviços; os incentivos econômicos em sentido contrário ao da conformação das redes de atenção à saúde; a debilidade na gestão integrada dos sistemas de saúde; a valorização relativa, pelos usuários, das ações de atenção secundária e terciária; a pouca tradição no uso da gestão da clínica; e a fragilidade dos sistemas logísticos na saúde.

É importante salientar a diferença entre redes meramente assistenciais e redes de cuidado à saúde. De acordo com Mattos (2003), uma rede de assistência se constitui na oferta de serviços assistenciais descompromissados com as consequências dessa oferta sobre o perfil epidemiológico da população, ordenando o sistema de forma descontextualizada às necessidades e problemas de saúde das pessoas. A rede de cuidado, conforme Silva Júnior et al (2006), reconhece a interdependência dos atores e organizações e estabelece mecanismos de cooperação e coordenação, a fim de responder às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional.

Pode-se afirmar que o maior objetivo e também o maior desafio das redes de cuidado em saúde é garantir integralidade e equidade nesta atenção. Este desafio “requer uma ação social e solidária, resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta da atenção em saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema” (PINHEIRO; MATTOS, 2006, p 22). Para Inojosa (2008, p 37) “As redes são teias flexíveis e

abertas de relacionamentos, mantidas pelo fluxo de compartilhamento de informações, idéias, experiências, ideais, objetivos, esforços, riquezas e necessidades entre os entes que as compõem em determinado momento histórico”.

A experiência acumulada mostra que a excessiva fragmentação dos serviços de saúde gera dificuldades no acesso, entrega de serviços de baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, um incremento desnecessário dos custos de produção e uma baixa satisfação dos cidadãos com os serviços recebidos. Por outra parte, o envelhecimento da população, o aumento das enfermidades crônicas e o manejo das comorbidades e da expectativa da população demandam soluções mais sistêmicas e integrais para responder melhor às necessidades da população (OPAS, 2008).

De acordo com Cecílio (2001), não há integralidade e equidade possíveis sem a universalidade do acesso garantida. A busca por esses direitos implica uma reformulação de aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde. Este autor traz a ideia de integralidade na dimensão “micro”, que é o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo (integralidade focalizada), e na dimensão “macro”, fruto da articulação de cada serviço de saúde em rede (integralidade ampliada). Considera que as necessidades de saúde têm a potencialidade de ajudar trabalhadores, equipes e rede de serviços a fazer uma melhor escuta das pessoas que procuram “cuidados em saúde”, tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas.

Travassos e Martins (2004) referem que o conceito de acesso é complexo, mas que prevalece a ideia de que é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta, embora se observe uma tendência de deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços para o resultado dos cuidados recebidos. Já o uso de serviços pode ser uma medida do acesso, mas não se explica somente por ele, pois resulta de uma multiplicidade de fatores – individuais, contextuais e relativos à qualidade dos cuidados recebidos.

A concretização de um “sistema sem muros” – que elimine as barreiras de acesso entre os níveis de atenção, a fim de aperfeiçoar recursos e ampliar as oportunidades de cuidados adequados –, embora consensual em seus princípios, tem sido de difícil realização, demandando estudos de avaliação que contribuam para a sua efetiva implantação (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

### 2.3 Portadores de doenças cardiovasculares e acesso/utilização de serviços de saúde

Este estudo entra em uma das vertentes da Saúde Coletiva que, na análise de Cohn (2006), enfatiza o impacto das sucessivas reformulações do sistema de saúde brasileiro sobre o acesso dos indivíduos a seus serviços e à satisfação de suas necessidades – ou seja, se estas políticas estão se configurando efetivamente “como um direito de todos e um dever do Estado”, como coloca a Constituição Brasileira de 1988, no art. 196 (BRASIL, 1988).

O acesso pode ser confundido com a utilização de serviços quando só se quer analisar a obtenção do cuidado pelo indivíduo que dele necessita. Quando existem dificuldades importantes para essa utilização, o conceito de acessibilidade relacionado aos obstáculos existentes à obtenção dos serviços, por parte dos usuários, passa a ter grande valor, como é o caso do Brasil. [...] o tempo de espera para o acesso a procedimentos especializados pode interferir com o próprio efeito do cuidado se o mesmo não é feito tempestivamente (VIEIRA DA SILVA, 2005, p 24-5).

O envelhecimento da população, consequência da queda nas taxas de fertilidade e do aumento da expectativa de vida, incide fortemente no perfil epidemiológico e na demanda dos serviços de saúde. Este envelhecimento acarreta em um aumento das patologias crônicas e das comorbidades que não podem ser supridos pelos atuais sistemas de saúde – requerem colaboração entre provedores, com maior integração entre a atenção primária e as especialidades. Muitos desses sistemas, ainda, enfrentam problemas associados à pobreza e exclusão social (OPAS, 2008).

O Brasil tem vivenciado mudanças no perfil epidemiológico: a partir da década de 60, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passaram a ocupar o primeiro lugar entre as causas gerais de mortalidade. Dentre estas doenças estão as cardiovasculares – principalmente as doenças isquêmicas do coração, as hipertensivas e as cerebrovasculares. Elas são responsáveis, também, por grande parte das internações e incapacidades, representando, assim, um alto custo para o SUS. Observa-se, nos últimos anos, uma pequena redução na mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) – especialmente as cerebrovasculares –; a taxa, no entanto, continua elevada, demonstrando a ineficácia das políticas públicas na atenção a este problema (IDB, 2008).

No RS, as DCV representaram 30,2% dos óbitos em 2007. Na região da 16ª CRS, as DCV também ocupavam, no mesmo ano, o primeiro lugar como causa de mortalidade geral (33,1%) e segundo lugar como causa de internações pelo SUS (14,74%). O coeficiente de mortalidade (CM) pelas principais DCV no Brasil foi, na época, de 109,93, enquanto que no RS foi de 139,17 e na região da 16ª CRS foi de 141,42 (BRASIL, 2010<sup>a</sup>).

Diversos estudos têm sido realizados a respeito das doenças crônicas, principalmente enfatizando fatores de risco e indicadores de morbimortalidade, sendo a maioria com abordagem quantitativa (EIKEN; MORAES, 2009, MEDINA et al, 2000, CAPILHEIRA et al, 2008, REZENDE; SAMPAIO; ISCHITANI, 2004). No entanto, estudos qualitativos que investigam a organização e a capacidade da rede de atenção à saúde em responder às necessidades dos portadores de DCV ainda são escassos.

A articulação entre o estudo de causas de mortes evitáveis com a análise das desigualdades sociais é uma possibilidade de abordagem do monitoramento da efetividade frente ao importante papel atribuído às condições de vida. O indicador denominado “Brechas Redutíveis de Mortalidade”, que mede o risco de morte atribuível às condições de vida, desenvolvido pela OPAS, pode revelar indiretamente a efetividade dos serviços de saúde quando se compara os indicadores de mortalidade por causas evitáveis entre regiões com características sociais semelhantes (OPAS, 1994 apud VIEIRA DA SILVA, 1999).

Estudos que relacionam desigualdades sociais a diferenças no acesso e utilização dos serviços de saúde e da autoavaliação do estado de saúde têm sido desenvolvidos; porém a maioria deles tem como base dados secundários das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (PNAD) e como fator principal de análise a renda auferida (NERI; SOARES, 2002, TRAVASSOS et al, 2000, DACHS, 2002, PINHEIRO et al, 2002).

Embora o volume de riqueza seja fundamental para melhores condições de vida e de saúde de uma sociedade, nem sempre há uma correlação constante entre os macroindicadores de riqueza e os indicadores de saúde; existem países com um Produto Interno Bruto (PIB) total ou per capita superior a outros e, no entanto, possuem indicadores de saúde menos satisfatórios. Estudar esta cadeia de mediações pode identificar os pontos mais sensíveis para que intervenções sobre iniquidades em saúde possam provocar maior impacto (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 81).

As condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. Pode-se

afirmar que a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que, por sua vez, define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos (CNDSS, 2008).

Alguns estudos comprovam esta associação. Os dados da PNAD 2003 foram estudados no que se refere à prevalência de doenças crônicas. A escolaridade – ajustada conforme sexo, idade, cor da pele e macrorregião – mostrou que as pessoas com 0-3 anos de estudo tiveram quase duas vezes mais doenças que aquelas com mais de oito anos de estudo (BARROS et al, 2006).

Da Costa et al avaliaram fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais para hipertensão na cidade de Pelotas, em um estudo transversal realizado em 2000. Comparadas com uma renda maior que 10 salários mínimos, todas as outras faixas salariais mostraram prevalência duas vezes maior de hipertensão, não tendo sido encontrada associação com escolaridade (CNDSS, 2008).

Outra pesquisa investigou a equidade vertical no Brasil com base no rendimento auferido pelas pessoas, extraindo os dados da PNAD 98 e dividindo as variáveis de saúde em três grupos: necessidades de cuidados com a saúde (autoavaliação do estado de saúde, se esteve acamado nas duas últimas semanas, se tem doença crônica); seguro saúde (plano de saúde, valor da mensalidade, cobertura do plano e plano odontológico) e uso ou consumo dos serviços de saúde (se procurou serviços de saúde nas duas últimas semanas e qual o motivo principal da procura) (DACHS, 2002).

Esse estudo revelou que existem desigualdades em relação à presença ou ausência de doenças crônicas em populações pobres. As morbidades mais fáceis de serem percebidas – como dor de coluna, artrite ou reumatismo – são relatadas frequentemente pelos de menor poder aquisitivo, enquanto as doenças que precisam de exames para ser detectadas – como câncer, diabete e hipertensão – são mais relatadas pelos que estão no topo da distribuição de renda, revelando maior oportunidade destes últimos no acesso aos serviços de saúde e não na maior probabilidade de adquirir tais afecções. Observou-se, também, desigualdade no consumo dos serviços de saúde pelos menos privilegiados, ressaltando que o motivo da procura destes é por doenças, enquanto que os mais privilegiados procuram os serviços para prevenção e exames de rotina. Verificou-se que as pessoas mais pobres têm pior acesso e necessitam de maiores cuidados com a saúde, mas consomem menos os serviços, agravando o quadro de desigualdade de renda, gerando uma saúde mais precária.

Outro achado deste estudo apurou que as chances de procurar serviços de saúde aumentam proporcionalmente à densidade populacional, o que pode ser explicado pela

escassez desses serviços nas áreas rurais e em municípios menores. Também se verificou que populações com maior escolaridade e acesso aos serviços públicos (água, luz, esgoto, coleta de lixo) têm aumentadas as chances de procurar os serviços de saúde.

Em relação ao conceito de equidade, Vieira da Silva (2005, p 25) diz que “devemos tratar desigualmente desiguais e priorizar para a intervenção sanitária grupos sociais com maiores necessidades de saúde”. Refere, ainda, que se possa ampliar a acessibilidade da população aos diversos níveis do cuidado e, conseqüentemente, ampliar a cobertura real por meio da oferta organizada de ações para enfrentar determinado problema de saúde.

Em investigação realizada com o objetivo de avaliar a infraestrutura oferecida à Estratégia de Saúde da Família (ESF) no RS para a assistência à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), concluiu-se que a maioria das ESF dispõe de equipamentos (90%), exames (66%) e medicamentos (80%) em quantidades suficientes. O acesso a serviços especializados está disponível em 67% das ESF (MEDINA et al, 2002). Apesar de os autores deste trabalho terem concluído que a estrutura está adequada, consideramos que o percentual da população que não tem acesso a exames e a referências especializadas é bastante significativo.

Outro estudo sobre fatores de risco para a Doença Arterial Coronariana demonstrou grande percentual de oportunidades perdidas de detecção de fatores de risco, pois quando a razão que leva o adulto a unidade de saúde é outra que não a consulta, 52,7% das vezes a pressão arterial não é verificada e 67,3% dos pacientes não são pesados. Mesmo quando o motivo da ida é, de fato, a consulta, 15,4% dos pacientes não têm a pressão verificada e 54,5% não são pesados (MEDINA et al, 2000). Estes resultados indicam a falta de integralidade nas ações de saúde no que se refere a medidas preventivas e de promoção à saúde.

Os estudos epidemiológicos sobre mortalidade por DCV têm se concentrado na comparação entre regiões e grandes cidades (ISHITANI et al, 2006, REZENDE; SAMPAIO; ISHITANI, 2004, BARROS et al, 2006). Questiona-se: Como compreender as diferenças existentes entre pequenos municípios de uma mesma região? Como a organização e o funcionamento da rede de atenção à saúde interferem nestes resultados?

As DCV estão incluídas na lista nacional de condições sensíveis à atenção primária, desenvolvida por Alfradique et al (2009). Segundo estes autores, “altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população, ou subgrupo(s) desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho” (p 1337). No caso das doenças crônicas, estas internações podem indicar barreiras de acesso à atenção



primária ou outros serviços de saúde, ou, ainda, manejo inadequado, não prevenindo a enfermidade e a hospitalização.

Conforme Malta et al (2007), a morte evitável pode acusar indicadores sensíveis à qualidade da atenção à saúde prestada pelo sistema, levando à tomada de medidas de resultado ou de impacto. Estes autores desenvolveram uma lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS, observando as tecnologias disponíveis no sistema. Foram incluídas nas causas de mortes evitáveis (pacientes em um escopo de 5 a 75 anos) a doença hipertensiva, a doença isquêmica do coração, insuficiência cardíaca e hemorragia intracerebral (ou oclusão).

Mendes (2008) faz uma análise da situação de saúde no Brasil, referindo-se à transição demográfica acelerada, em processo de rápido envelhecimento, que traz crescente incremento das condições crônicas. Somando as condições maternas e perinatais às doenças crônicas, 75% da carga de doença no país é determinada por condições crônicas. Mendes refere, ainda, que estas condições incluem doenças transmissíveis e não transmissíveis, pois o que define sua cronicidade é o período de duração - e a tendência é que as doenças se apresentem de forma definitiva e permanente, exigindo respostas sociais proativas, contínuas e integradas dos sistemas de atenção à saúde. É necessária uma coerência entre a situação e o sistema: quando esta coerência se rompe, como tem ocorrido no Brasil e no mundo, instala-se uma crise. O que se observa, na verdade, são sistemas voltados para responder às condições agudas.

Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária nem com os sistemas de apoio. A atenção primária não pode exercer seu papel de centro de comunicação do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2008, p. 6).

Conforme a citação acima, a solução para problema fundamental do SUS é restabelecer a coerência entre a situação e o sistema de atenção em saúde, implantando redes de atenção à saúde a fim de superar o sistema fragmentado vigente.

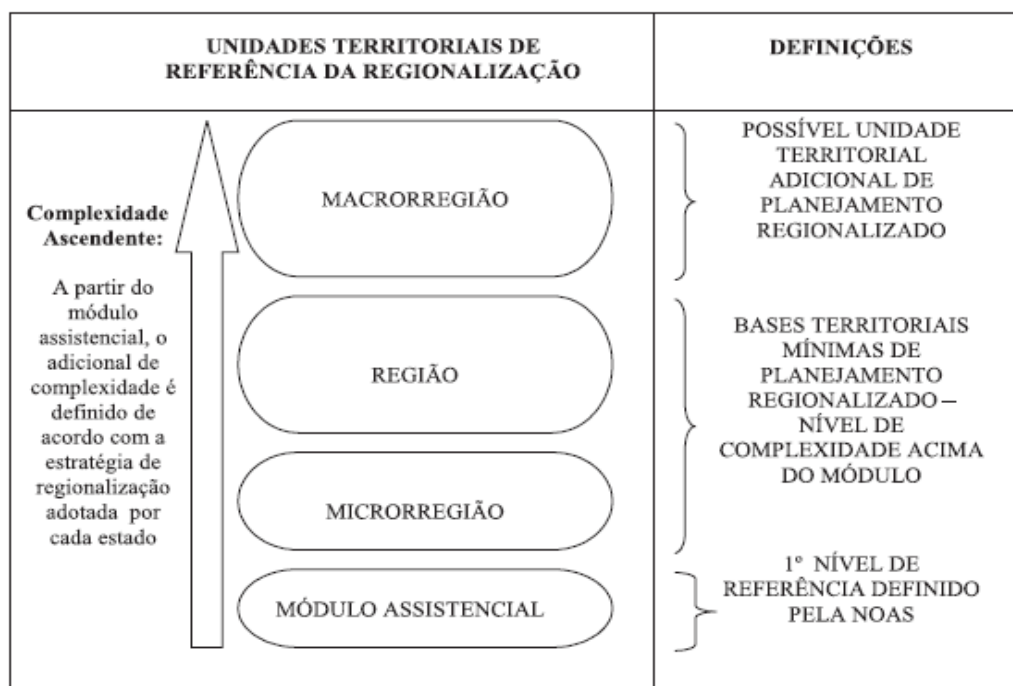
A consequência de um sistema fragmentado e da falta de continuidade assistencial manifesta-se, segundo a OPAS (2008), na necessidade de visitar múltiplos serviços e diversos prestadores para solucionar um único episódio de enfermidade, na falta de uma fonte regular de cuidado, no extravio de informação clínica entre as visitas médicas e na falta de cuidado, ao longo do tempo, no manejo de condições crônicas.

Esta revisão teórica pretendeu ressaltar a necessidade de um aprofundamento na análise e avaliação da rede de atenção à saúde dos portadores de DCV, considerando a não homogeneidade e a subjetividade dos sujeitos na busca da resolução das suas necessidades de saúde, que envolve diferentes formas de enfrentamento e articulação social, buscando entender a complexidade desta rede, suas deficiências e potencialidades para alcançar a integralidade e a equidade.

## 2.4 Aproximando-se da região em estudo

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) desencadeou, em 1999, um processo de descentralização e regionalização do SUS, visando fortalecer fluxos, instrumentos e práticas institucionais que fossem capazes de consolidar, de forma integrada, a atenção regionalizada, a gestão descentralizada e a participação e o controle social (RS, 2002). Em 2001, com a edição da NOAS 01, veio a proposta de organização regionalizada da rede de saúde e a necessidade de cada Unidade da Federação estabelecer seu PDR baseado na lógica de estruturação assistencial visualizada na Figura 01.

**Figura 01** – Estruturação assistencial estabelecida pela estratégia da NOAS 01.



Fonte: Ouverney, 2005

No PDR/RS estavam “sintetizados os principais conceitos e as diretrizes que têm orientado a regionalização do sistema estadual, o diagnóstico da realidade de saúde do Estado

e a organização da atenção e do sistema de referência proposto para o Estado do Rio Grande do Sul” (RS, 2002, p. 15). A coordenação político-administrativa tem sido efetivada por meio de 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), formalizadas em 1999. Foram criadas sete macrorregiões de atenção integral à saúde, identificando serviços hospitalares, ambulatoriais e de apoio diagnóstico, visando garantir aos usuários do SUS acesso integral na atenção à saúde. Os 497 municípios do estado foram agrupados em 93 microrregiões e sete macrorregiões, conforme o Quadro 01 e a Figura 02.

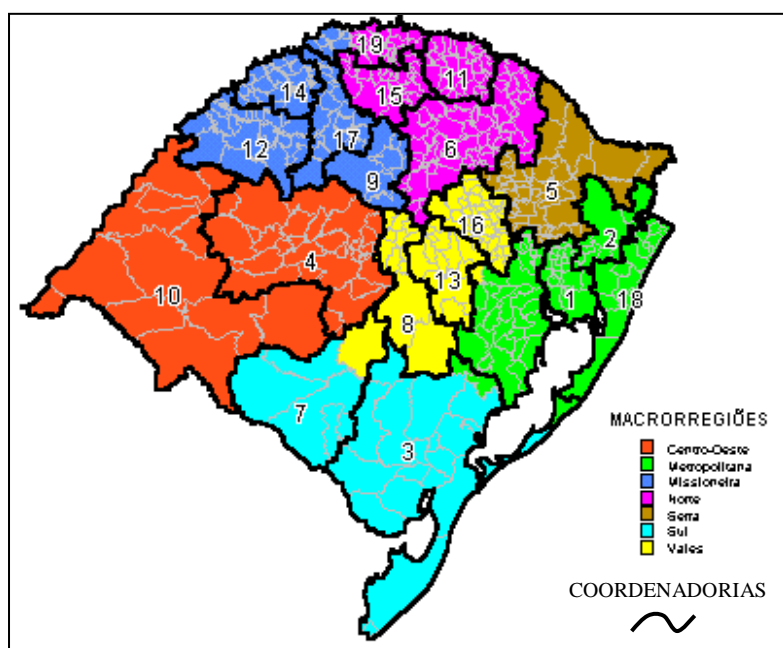
**Quadro 01**– Macrorregiões/RS, segundo número de municípios e população, 2002.

Macrorregião	Nº de mun.	Nº de micros	Pop. da macro	Município Polo
Centro-Oeste	43	11	1.090.478	Santa Maria
Metropolitana	90	19	4.394.221	Porto Alegre
Missioneira	85	16	890.798	Ijuí
Norte	135	20	1.096.320	Passo Fundo
Serra	49	12	950.772	Caxias do Sul
Sul	26	8	1.006.610	Pelotas
Vales	69	7	880.620	Cacheeira do Sul Santa Cruz do Sul Lajeado
RS	497*	93	10.309.819	

\* Consta o município Pinto Bandeira, criado em 2001 e reincorporado a Bento Gonçalves em 2003.

Fonte: Adaptado de Rio Grande do Sul, 2002.

**Figura 02** – Macrorregiões e áreas de abrangência das Coordenadorias Regionais de Saúde/RS



Fonte: Rio Grande do Sul, PDR, 2002.

Conforme o PDR, a 16ª CRS tem sua sede em Lajeado, cidade de 71.445 habitantes (IBGE, 2010), localizada a 120 km de Porto Alegre. Esta coordenadoria integra a macrorregião dos Vales, composta também pela 8ª CRS, sediada em Cachoeira do Sul, e a 13ª CRS, em Santa Cruz do Sul.

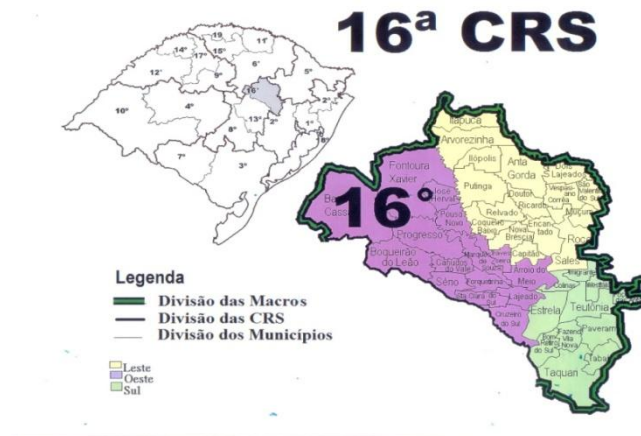
No processo de regionalização de 2002, a 16ª CRS ficou composta por 42 municípios e foi subdividida em três microrregiões, conforme Quadro 02 e Figura 03.

**Quadro 02** – Relação dos municípios que compõe a 16ª CRS, com suas respectivas microrregiões, população e distância da sede (municípios em negrito são sedes de módulo assistencial)

<b>Regional</b>	<b>Microrregião</b>	<b>Municípios</b>	<b>Pop 2010</b>	<b>Dist. sede –Km</b>
16ª CRS – Sede em Lajeado	Leste	Anta Gorda	6073	66
		<b>Arvorezinha</b>	10225	83
		Capitão	2636	26
		Coqueiro Baixo	1528	42
		Dr. Ricardo	2030	51
		<b>Encantado</b>	20510	33
		<b>Ilópolis</b>	4102	75
		Itapuca	2344	95
		<b>Muçum</b>	4791	42
		Nova Brésia	3184	34
		Putinga	4141	66
		Relvado	2155	49
		Roca Sales	10284	27
		São Valentim do Sul	2168	81
		Vespasiano Corrêa	1974	54
		Dois Lajeados	3278	66
	Oeste	<b>Arroio do Meio</b>	18783	9
		Barros Cassal	11133	96
		Boqueirão do Leão	7673	65
		Canudos do Vale	1807	35
		<b>Cruzeiro do Sul</b>	12320	7
		<b>Fontoura Xavier</b>	10719	82
		Forquetinha	2479	21
		<b>Lajeado</b>	71445	-
		Marques de Souza	4068	25
		Pouso Novo	1875	51
		<b>Progresso</b>	6163	55
		Santa Clara do Sul	5697	17
		São José do Herval	2204	71
		Sério	2281	42
		Travesseiro	2314	26
	Sul	<b>Bom Retiro do Sul</b>	11472	19
		Colinas	2420	16
		<b>Estrela</b>	30619	5
		Fazenda Vilanova	3697	24
		Imigrante	3023	28
		Paverama	8044	33
		Poço das Antas	2017	38
		Tabaí	4131	44
		<b>Taquari</b>	25092	46
		<b>Teutônia</b>	27272	21
		Westfália	2793	31

**Fonte:** Adaptado de Rio Grande do Sul. Relatório de Gestão 1999-2002. Distância rodoviária: DAER/RS

**Figura 03-** Mapa da 16ª Regional de Saúde/RS.

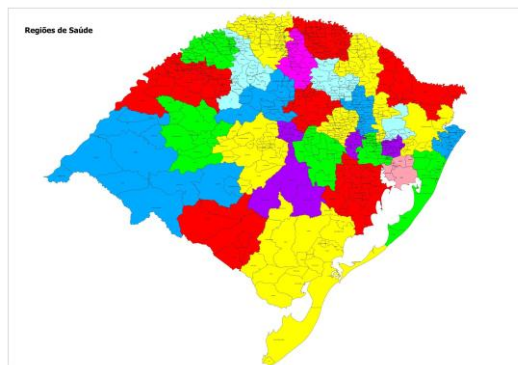


**Fonte:** Arquivo da 16ª CRS.

A microrregião Leste, formada por 16 municípios, foi basicamente colonizada por italianos e a economia é predominantemente rural. A Oeste, formada por 15 municípios, é caracterizada por maior diversidade cultural; é, no entanto, onde há maior colonização portuguesa (especialmente na área setentrional), apresentando uma economia mais industrializada. A microrregião Sul, por sua vez, é formada por 11 municípios e constituiu-se, basicamente por colonização alemã, com a economia voltada para a agricultura familiar.

A partir do Decreto 7508 (BRASIL, 2011), houve uma reformulação do PDR no Estado, subdividindo-o em 30 regiões de saúde (Figura 04), mas mantendo as 19 CRS. A 16ª CRS ficou subdividida em duas regiões (Figura 05), uma com sede em Lajeado (Região 29), constituída por 27 municípios e 208.049 habitantes, e a outra com sede em Estrela (Região 30), constituída por 10 municípios e 117.500 habitantes. Cinco municípios, embora vinculados a 16ª CRS administrativamente, passaram a fazer parte de outras regiões.

**Figura 04** – Regiões de Saúde do RS.



**Fonte:** Secretaria Estadual de Saúde RS

**Figura 05** – Regiões de Saúde vinculadas à 16ª CRS.



**Fonte:** Secretaria Estadual de Saúde RS

A região localiza-se na bacia do Rio Taquari, na encosta inferior do nordeste do RS. A maior parte do território é de vales – região de solo fértil –, mas existem também áreas de morros. Tem população de 364.049 hab (IBGE/2010).

É significativo o número de municípios de pequeno porte na região da 16ª CRS, tendo 36 deles menos de 15.000 hab., o que se constitui em um grande desafio para a implementação das diretrizes do SUS, pois estes têm grande dependência externa para atender a população conforme o princípio da integralidade. Conforme observamos, as dificuldades vão desde a estrutura física deficiente, a baixa capacidade em reter e qualificar trabalhadores em saúde, pouca qualificação da gestão até a forma de organização e funcionamento das redes de atenção à saúde dentro e fora da região e macrorregião.

Em relação à estrutura da rede assistencial regional, a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) representava, em 2010, aproximadamente 43%. Esta cobertura era realizada por meio de 58 ESF, implantadas em 37 municípios, tendo 27 destes 100% de cobertura. Somente 5 municípios ainda não haviam implantado a ESF em 2010. Esta estratégia possibilita ampliar as ações no território, permitindo um maior conhecimento das demandas destas populações.

A região contava, até o final de 2010, com quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), localizados em Lajeado, Estrela, Taquari e Encantado e com um CAPS Infanto-juvenil em Lajeado. Possui dois Serviços de Assistência Especializada (SAE) em Lajeado e Estrela, que atendem toda a região como referência em HIV/AIDS. Há um Centro Especializado em Odontologia (CEO) em Lajeado, que atende somente aos seus municípios.

A rede hospitalar é composta por 24 hospitais, que ofertam 1165 leitos (835/71% SUS), 50 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (37/74% SUS), 31 leitos psiquiátricos

em hospital geral, 26 leitos para dependentes químicos e 6 leitos do Programa Casa da Gestante (BRASIL, 2010). O Hospital Bruno Born (HBB/Lajeado) está classificado como macrorregional e o Hospital Estrela (HE/Estrela), como regional; os outros hospitais são locais ou microrregionais. O HBB e o HE estão habilitados para a atenção à gestante de alto risco, pois possuem UTI Neonatal. Na alta complexidade, o HBB é referência em oncologia e cardiologia, oferecendo quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica, bem como serviço de hemodinâmica, com angioplastia e cirurgia cardíaca.

Na região, não há hospitais públicos; todos são filantrópicos e contratados pelo SUS. Os municípios mantêm convênio com os hospitais (geralmente com o hospital local ou microrregional e com o macrorregional), complementando o pagamento das internações e procedimentos – o que tem direcionado recursos financeiros do município para a MC, prejudicando o investimento em AB. Os hospitais locais atendem consultas básicas e de emergência nos períodos em que as unidades básicas de saúde estão fechadas (feriados, finais de semana e período noturno).

Foi implantado, em 2011, o serviço do Salvar SAMU (Serviço de atendimento municipal de urgência), com 5 ambulâncias localizadas nos municípios de Taquari, Estrela, Lajeado, Encantado e Arvorezinha. Está em implantação uma Unidade de Pronto Atendimento Regional (UPA) em Lajeado. Estes serviços são muito importantes para a região, devido ao alto índice de agravos por causas externas. Apesar disso, a região convive com grandes dificuldades de acesso em traumatologia e neurologia, sem uma referência definida e efetiva.

Destacam-se os seguintes indicadores epidemiológicos nesta região: coeficiente de mortalidade geral – 6,8/1000 (2009); coeficiente de mortalidade infantil – 12,5/1000 (2009); mortalidade proporcional por grupos de causas – doenças do aparelho circulatório 30,3%, neoplasias 22,3%, doenças do aparelho respiratório 12,85% e causas externas 17,3% (2008); proporção de cesarianas – 68,5% (2009); coeficiente de internações hospitalares por doenças isquêmicas do coração, entre 30 e 59 anos de idade – 16,26/10.000 hab. (2009); coeficiente de internações hospitalares por doenças cerebrovasculares, entre 30 e 59 anos de idade – 5,72/10.000 hab (2009) (BRASIL, 2010).

Os indicadores demográficos mostram uma expectativa de vida ao nascer, para ambos os sexos, de 75,2 anos (2008) e uma proporção de população com mais de 60 anos de 14,53% (2009). Destaca-se que muitos municípios da região estão apresentando decréscimo na sua população, motivado pela falta de ofertas de trabalho e êxodo rural, assim como pela diminuição da natalidade (BRASIL, 2010).

Em 2009, ocorreram 23.330 internações pelo SUS na região: doenças do aparelho respiratório – 5.388 (23,09%); doenças do aparelho circulatório – 3.529 (15,12%); neoplasias – 2.045 (8,76%); gravidez, parto e puerpério – 2.038 (8,73%); doenças infecciosas e parasitárias – 1.601 (6,86%). A cobertura de consultas médicas pelo SUS foi de 7,8/hab./ano (BRASIL, 2010).

Os indicadores socioeconômicos revelam uma taxa de analfabetismo de 7,3% entre pessoas acima de 15 anos (2000). A escolaridade inferior a 4 anos de estudo é de 18,7% (2000), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) fica acima de 0,80 para a maioria dos municípios e o Índice de Desenvolvimento Social e Econômico (IDESE) da região é 0,744 (FEE, 2007). O PIB per capita é de R\$ 15.547,30 (CNM, 2007) e a proporção de população urbana é de 67,7% (CNM, 2006).

Os dados socioambientais mostram cobertura de redes de abastecimento de água da população urbana de 88,3%; esgotamento sanitário de 71,5%; e de coleta de lixo, 95,8%, (BRASIL, 2010).

Considerando os indicadores comparativamente a outras regiões do Estado e do País, a 16ª CRS apresenta bons resultados em saúde e uma boa situação socioeconômica, embora algumas condições precisem ser avaliadas e algumas intervenções possam ser feitas na busca por melhores resultados.

Em seminário promovido pela Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) do Vale do Taquari – onde participaram trabalhadores em saúde, gestores, docentes, estudantes e conselheiros de saúde –, foram elencados os principais problemas de saúde e de assistência da região, considerando os indicadores epidemiológicos e experiências dos participantes. Destes, destacamos os que, de alguma forma, têm relação com este estudo (MEDEIROS et al, 2010<sup>a</sup>).

A maior causa de morbimortalidade são as doenças cardiocirculatórias, seguidas pelas neoplasias – principalmente de mama nas mulheres e pulmão nos homens –, sendo que este fato, associado à modificação da pirâmide etária, está exigindo qualificação dos trabalhadores em saúde do idoso e em trabalhar com as condições crônicas.

Na organização e funcionamento da rede de atenção à saúde, destacam-se os seguintes problemas: dificuldade na regionalização da saúde, principalmente no que diz respeito aos serviços de média e alta complexidade nas áreas de traumatologia e neurologia; deficiência no acesso a atendimentos com qualidade e resolutividade na atenção básica em alguns municípios; e fragmentação entre os serviços de saúde intra e intermunicipais, o que dificulta o estabelecimento de parcerias e a realização de um trabalho intersetorial.



O controle social encontra-se desarticulado na maioria dos municípios, cujos Conselhos Municipais de Saúde funcionam precariamente.

Observam-se problemas em relação ao perfil dos profissionais, que nem sempre atende às necessidades da população. Além disso, enfrenta-se um alto índice de rotatividade destes profissionais, resultando na dificuldade da ESF em promover a mudança de modelo de atenção à saúde. O trabalho das equipes apresenta-se muito centrado nas tarefas e não nos objetivos, o que tem resultado em adoecimento dos trabalhadores devido a processos de trabalho alienantes.

Foram observados, na região, altos índices de rotatividade tanto de gestores quanto de médicos e enfermeiros das equipes de saúde. Os motivos das saídas foram, principalmente, os vínculos trabalhistas precários, a infraestrutura deficiente, falta de garantia de referências de MC e AC, dificuldades de relacionamento e inadequação do perfil profissional para a função. Esta itinerância permanente dificulta uma das principais propostas da ESF - o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários (MEDEIROS et al , 2010<sup>b</sup>).

Buscando avançar no processo de descentralização e regionalização, o MS lançou, em 2006, o Pacto pela Saúde. Este, entre outras questões, propõe que os gestores de saúde estabeleçam um espaço de cogestão, participação solidária e pactuação. Este espaço é o Colegiado de Gestão Regional (COGERE), que, em nossa região, foi criado em 28 de agosto de 2007. Participei como representante do DAS da 16<sup>a</sup> CRS no período de 2007 a 2010.

Os CGR devem ser considerados não só o lócus físico da governança regional, como também uma verdadeira nova institucionalidade no âmbito do SUS, enquanto lugares de negociação e construção de consensos. A eles compete desempenhar o papel de espaço permanente de pactuação e de co-gestão solidária e cooperativa, facilitadores que são da interpretação da realidade regional por parte dos gestores (OPAS, 2011<sup>a</sup>, p. 75).

Este colegiado teria o potencial de facilitar a constituição da rede de atenção à saúde com a integração de intenções e estratégias entre os gestores, contribuindo na negociação com os prestadores de serviços, que nessa região são todos privados. No entanto, passados cinco anos, observamos grande dificuldade no empoderamento da gestão sobre as informações e decisões, assim como na participação solidária nas questões que seriam de interesse comum. O que predomina são estratégias individuais de cada município na tentativa de resolver seus problemas do cotidiano, principalmente os de referências para a MC. Verificamos, também, pouca preocupação com o fortalecimento da AB, pois a pressão da demanda pela MC e AC acaba por ocupar a maior parte do tempo dos gestores, assim como boa parte dos recursos

financeiros.

Uma das estratégias de organização regional foi a implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CONSISA), que ainda não tem conseguido cumprir sua função de integrar e fortalecer os municípios na constituição das redes de atenção, principalmente devido a entraves político partidários.

No RS, conforme relato dos secretários de saúde nas reuniões do COGERE, a Associação dos Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA) recomendou aos municípios que não assinassem o Pacto, pois não havia clareza quanto à definição de responsabilidades dos três entes federados no financiamento das ações, e havia risco de o município ter de arcar sozinho com responsabilidades que seriam dos governos estadual e federal. A ASSEDISA reivindicava a regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC 29), que define, entre outras coisas, o percentual de investimento em saúde de cada ente federado como condição para a assinatura do Pacto pela Saúde. Em meados de 2010, a 16ª CRS e os municípios reiniciaram a discussão quanto à adesão ao Pacto, tendo alguns assinado o Termo de Compromisso de Gestão. Até o final de 2012, todos haviam realizado a adesão, mas nenhum assumiu a gestão plena dos seus prestadores.

Esta problemática sugere, conforme Machado (2009, p 106), “a necessidade de uma agenda de pesquisa que permita delimitar precisamente os problemas e os obstáculos a serem removidos para o desenvolvimento das esperadas condutas cooperativas e solidárias entre agentes governamentais”.

O Pacto manteve instrumentos de planejamento de referências como a PPI da assistência, mas os gestores municipais da região alegam que esta tem sido feita apenas para cumprir com uma exigência burocrática, pois, na prática, muitas áreas estão sem referência ou o município utiliza outra referência que não a estabelecida no documento. Conforme a OPAS (2011<sup>a</sup>, p 78), “o PDR e o PDI, bem como uma PPI voltada efetivamente para as necessidades da população e não meramente para a oferta de serviços preexistentes, devem ser considerados como instrumentos essenciais à gestão regional da saúde e à organização adequada de uma Rede de Atenção à Saúde”.

Ressaltamos que a pouca definição de referências e a ausência de contrarreferência, causada pela inexistência de uma rede de atenção à saúde efetiva, muitas vezes resulta em usuários obrigados a percorrer um trajeto longo e inadequado em busca de atendimento às suas necessidades de saúde – o que não segue os princípios de equidade e integralidade proposta pela Reforma Sanitária, resultando no agravamento da situação de saúde destas pessoas. Verifica-se que, nestes casos, muitas vezes é o próprio usuário quem fica responsável

por conseguir acessar os serviços de saúde, tendo que pagar por estes serviços (SANTOS; MEDEIROS, 2006, RADAELLI; MEDEIROS, 2010). “A garantia da integralidade do cuidado tem que ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual, muitas vezes desesperada, de cada usuário individual” (CECÍLIO, 2001, p 118).

O estudo realizado na região por Medeiros, Meneghel e Gerhardt (2012), citado na introdução deste projeto, encontrou, na análise do conjunto dos municípios, relação direta entre o CM por DCV e as variáveis “Despesa em saúde por habitante/ano” e “Percentual de internações por doenças do aparelho circulatório (DAC)”, e relação inversa com a “Distância em Km” entre o município e o serviço de referência em cardiologia. Na estratificação por população, considerando municípios até 5000 habitantes, encontrou-se relação inversa entre o CM e a “Distância em Km” entre o município e o serviço de referência em cardiologia, e relação inversa entre o CM e a “Cobertura da ESF”. Nos municípios entre 5000 e 15.000 habitantes, encontrou-se relação direta entre o CM e o IDESE e nos acima de 15.000 habitantes, observou-se relação inversa com a “Renda per capita” e relação direta com a “Distância em Km” e com o “Percentual de internações por DAC”. Todas as outras variáveis analisadas (Proporção de analfabetismo na população de 7 anos e mais, Proporção de população maior de 25 anos com mais de 12 anos de escolaridade, Proporção de população rural e Investimentos próprios em saúde) não apresentaram correlação com o CM. Na regressão múltipla foi significativa apenas a relação com “Despesa em saúde por hab./ano” e o coeficiente de determinação ( $R^2$ ) indicou que as variáveis estudadas explicam 44% do desfecho – ou seja, do CM.

Os dados encontrados nesse estudo nos permitiram fazer algumas considerações e levantar alguns questionamentos. Quando se exclui o efeito da diferença no tamanho da população, os resultados encontrados se modificam, trazendo a especificidade dos municípios muito pequenos, onde a cobertura da ESF pode representar um fator protetor melhor do que nos municípios maiores e onde a renda per capita tem menor influência na mortalidade. Levantou-se a hipótese de que nos municípios muito pequenos haja maior equanimidade na atenção à saúde. Outra consideração importante é a observação da relação direta e forte entre o percentual de internações por DAC e o CM, principalmente nos municípios maiores. Esse achado, juntamente com o da regressão múltipla – que mostra a despesa em saúde por habitante/ano como o fator mais relacionado com o aumento do CM –, levantou a hipótese de que os recursos financeiros podem não estar sendo utilizados adequadamente, pois podem estar sendo utilizados predominantemente em internações dispendiosas e nem sempre resolutivas.

Esses resultados mostraram que estas variáveis socioeconômicas, de investimento, de cobertura e de acesso selecionadas não são suficientes para explicar por que municípios com condições muito semelhantes apresentam diferenças tão expressivas nos resultados de mortalidade por DAC – que chegaram a ser até de 4,8 vezes entre o maior e o menor CM.

Frente às situações colocadas, questionamos: Como os pequenos municípios estabelecem a rede de atenção em saúde em condição de grande dependência externa, na 16ª CRS? Que fatores ou estratégias facilitam ou dificultam a organização desta rede? Que mecanismos de cooperação e coordenação são utilizados ou seriam necessários para a constituição e funcionamento da rede de atenção à saúde? Quais trajetórias assistenciais estão sendo percorridas pelo usuário? Qual o papel do usuário no desenho desta rede?

Portanto, baseando-se nesta problematização, **este estudo partiu da tese de que municípios com semelhante estrutura de serviços de saúde, número de habitantes e condições socioeconômicas obtêm resultados diferentes no coeficiente de mortalidade por doenças cardiovasculares, entre outros fatores, devido à organização e funcionamento de sua rede de atenção à saúde.**

### 3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Este capítulo apresenta o referencial teórico onde buscamos o apoio para a construção das categorias analíticas e metodologia utilizada neste estudo. Traz o tema Avaliação em Saúde e subdivide-se em dois eixos: “Avaliação de redes de atenção em saúde” e “Trajetória assistencial como ferramenta para avaliação na perspectiva do usuário”.

A avaliação em saúde pode ser representada, em um ponto, pelas análises presentes na vida cotidiana e, no outro, pela investigação avaliativa. Esta última corresponderia ao julgamento sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta inédita na literatura especializada através do recurso a metodologias científicas (VIEIRA DA SILVA, 2005).

De acordo com Ayres (2004), pode-se delimitar a avaliação como um conjunto de procedimentos sistemáticos que pretendem dar visibilidade ao que é feito quando posto em contraste com o que se pode e/ou se quer fazer no que diz respeito ao interesse, efetividade, operacionalidade e qualidade de programas ou serviços de saúde.

[...] dado o caráter ético e político das práticas de saúde, a avaliação do cuidado não pode se deixar restringir à verificação de seu “êxito técnico”, mas, entendendo esse êxito técnico como práxis, isto é, como simultaneamente exercício de escolha compartilhada de um modo de vida, deve estar também voltada para julgar acerca de seu “sucesso prático” (AYRES, 2004, p. 586).

É feita uma distinção básica entre abordagens de caráter formativo ou somativo. A avaliação somativa é relativa à tomada de decisões sobre determinado programa – destinado este, habitualmente, aos gestores – e segue, segundo alguns críticos, o modelo da caixa preta: ou seja, considera somente as entradas e saídas de um serviço, desconsiderando os processos. Esta abordagem decide sobre a continuidade, ampliação ou encerramento de um programa ou serviço. A avaliação formativa, por sua vez, diagnostica as fragilidades e vulnerabilidades de um programa, visando seu aperfeiçoamento; envolve trabalhadores, gestores e outros grupos de interesse na superação dos problemas identificados (FURTADO, 2006).

A avaliação em saúde é uma prática em construção no Brasil: vem sendo desenvolvida nas últimas três décadas, inicialmente em serviços ou estabelecimentos de saúde, avançando em seguida para a análise de programas, sistemas e políticas de saúde (PAIM, 2005).

Esses trabalhos podem ser impulsionados tanto pela expansão quanto pela retração de políticas sociais; nas universidades têm sido produzidos estudos sobre o tema, com os

programas sociais em geral – e os vários níveis do SUS em particular – como objeto (FURTADO, 2006).

Conforme Uchimura e Bosi (2002), o conceito de avaliação de programas públicos surgiu no cenário mundial logo após a Segunda Grande Guerra devido à necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado. No Brasil, essa pesquisa começou a se desenvolver a partir da década de 80, apresentando-se ainda bastante incipiente. As autoras afirmam que, na tipologia da avaliação, observa-se grande diversidade de abordagens, ora coincidentes, ora discordantes, assumindo inúmeros matizes em consonância com diferentes perspectivas.

Ampla revisão teórica a respeito foi realizada por Hartz e Vieira da Silva (2005), que, assim como as autoras acima, consideram que a multiplicidade de formas de definir as abordagens, dimensões e atributos para a avaliação mostram que as escolhas teóricas dos autores são tantas quanto os possíveis “pontos de vista” que correspondem a posições ocupadas no espaço social e intelectual. Afirmam, ainda, que essa diversidade reflete o estágio incipiente de desenvolvimento da avaliação enquanto disciplina científica e a multiplicidade de recortes do real abrangida pelo campo. Referem, também, que cada caso seja particular, requerendo criatividade na formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem ao definir níveis e atributos e também na seleção de critérios, indicadores e padrões por parte do investigador.

Pinheiro e Silva Junior (2009) percebem – em relação a essa diversidade nos modos de delimitar e analisar os objetos da avaliação em saúde – um paradoxo, fruto da própria racionalidade científica. Afirmam que, ao considerar somente as teorias dos programas (geralmente baseadas em marcos lógicos calculáveis) e tomar como base conceitual as teorias científicas que subjazem esses saberes, não se pode garantir a efetivação da avaliação como prática socialmente apropriada, sobretudo na medida em que o usuário tende a ser desconsiderado no processo analítico.

[...] o que está por trás da grande variedade de propostas de avaliação existentes é a concepção que se tem do que seja a realidade (a chamada “ontologia”); a forma como concebemos as relações entre sujeito e objeto, os limites e a natureza do processo de conhecimento (a “epistemologia”); e finalmente a forma como encaramos as condutas ou regras a serem seguidas para compreender ou analisar um dado objeto (a “metodologia”) (FURTADO, 2006, p. 724-725).

A pesquisa avaliativa, de acordo com Uchimura e Bosi (2002), poderia significar revestir com cientificidade a avaliação concebida *lato sensu*, utilizando métodos e técnicas da

pesquisa social visando à emissão de juízo com diligência. Estas autoras questionam o paradigma positivista, tradicionalmente hegemônico, na avaliação de serviços de saúde, afirmando que já se admite a subjetividade inerente a qualquer análise, podendo-se encontrar, na literatura, experiências que não se prendem à medição e incorporam a subjetividade. Referem que o modelo de Donabedian, proposto inicialmente em 1966 e com grande aceitabilidade, embora útil para avaliar serviços de atendimento direto, parece limitado para as demais políticas sociais. Hartz e Vieira da Silva (2005) também apontam a abrangência da classificação de Donabedian e a redução que ela opera no real como suas principais limitações.

As inúmeras variações nas modalidades de intervenção que estas apresentam (políticas sociais) resultam em igualmente diversificadas dinâmicas de funcionamento, as quais, por causa dessa mesma multiplicidade, não podem ser sustentadas valendo-se de uma única racionalidade... Essa diferença implica reconhecer que os modelos teóricos de avaliação da qualidade destinados a avaliar serviços curativos de atendimento não podem ser aplicados a partir de sua simples transposição ao contexto dos programas alicerçados em outros modelos de intervenção (UCHIMURA E BOSI, 2002, p. 1564).

Embora seja crescente a incorporação de estudos qualitativos, Pinheiro e Silva Junior (2009) observam que as teorias e métodos utilizados nestes estudos nem sempre conseguem escapar da influência referida acima. Consideram que as conjecturas realizadas por esses estudos ainda não adotam critérios que percebam as transformações ocorridas no cotidiano dos atores nas instituições de saúde.

Martins (2009) refere que o excesso de zelo com a organização de conteúdos aritmeticamente ordenados e determinísticos é o problema das abordagens predominantemente quantitativas, que acabam por negligenciar os elementos não causais, dissipativos e até caóticos que fazem parte dos planos da vida social.

Silva Junior et al (2006) afirmam que o Ministério da Saúde vem promovendo um movimento de institucionalização da avaliação da política de saúde e dos serviços. Embora muito se tenha avançado, o esforço tem sido insuficiente no que tange à percepção das mudanças qualitativas nos serviços de saúde, resultado das mudanças de desenhos organizacionais da assistência.

Restrições econômicas têm levado organismos financiadores a solicitarem estudos de avaliação numa perspectiva efficientista; a consciência de responsabilização está, porém, exigindo práticas avaliativas que expressem o caráter democrático, técnico e ético do trabalho em saúde (PAIM; VIEIRA DA SILVA, 2006).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) defende que a eficiência deva ser apenas uma dentre outras dimensões do desempenho, tais como equidade, efetividade, aceitabilidade e satisfação do usuário. Recomenda que os marcos teóricos incluam a equidade na avaliação do desempenho dos sistemas de saúde numa perspectiva transversal – isto é, que esta seja considerada na análise de todas as dimensões. Alguns consensos permitem operacionalizar o conceito de equidade, como considerar diferenças em saúde aquelas decorrentes de processos biológicos ou de situações que independem do sujeito; iniquidades em saúde como associação às políticas que determinam o surgimento de desigualdades na morbimortalidade e no acesso aos serviços; e desigualdades em saúde como a expressão empírica das iniquidades. As dimensões de avaliação de sistemas e serviços têm se concentrado na melhora dos resultados e pouco têm sido desenvolvidas na área da avaliação da equidade (VIACAVA ET AL, 2004).

De acordo com Silveira et al (2009), as práticas avaliativas utilizadas precisam ser amistosas à mudança de paradigma da atenção à saúde, cujo foco exclusivo sobre a doença, a fragmentação do conhecimento e a causalidade linear deve ser mudado para uma noção ampliada de saúde, na qual se possa reconhecer a complexidade dos fenômenos e da integralidade da atenção. Dessa forma, afirmam que a avaliação qualitativa ganha importância e torna-se necessária nos processos de avaliação em saúde.

As experiências usando a integralidade como eixo ainda são incipientes (SILVA JÚNIOR, 2006). De acordo com Paim e Vieira da Silva (2006), alguns esforços têm sido desenvolvidos visando à expansão de práticas avaliativas que considerem distintas dimensões, como efetividade, impacto, qualidade, satisfação/percepção do usuário. Essas investigações poderão contribuir na produção de conhecimentos sobre sistemas e serviços de saúde que contemplem a universalidade e a integralidade, além da descentralização, regionalização, participação, equidade e intersetorialidade.

Outro aspecto observado é que a avaliação da integralidade vem associada ou mesmo confundida com medidas de acesso. Um conjunto amplo de ações ofertado num sistema de saúde só terá efetividade na medida de sua utilização com equidade. Da mesma forma, não interessa ter acesso a cuidados parcelares e descontínuos. Ou seja, na realidade, o que vale a pena verificar é se está ocorrendo acesso a um sistema com cuidados integrais (CONIL, 2004, p. 1420).

Conil (2004) afirma que, quando há problemas na referência para especialidades, a continuidade torna-se difícil, prejudicando a qualidade como um todo devido à sobrecarga da



demanda por atenção curativa – o que foi detectado em estudo sobre a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Florianópolis.

Entendemos que a avaliação da rede de atenção em saúde, no que se refere à integralidade e equidade no acesso e utilização dos serviços de saúde, seja altamente relevante para subsidiar sua organização e funcionamento.

### **3.1 Avaliação de redes de atenção em saúde**

As noções de rede e de elos de interdependência e coesão formais e informais, que unem diferentes atores e serviços do sistema, foram colocadas em evidência a partir da ideia de resolução de problemas coletivos por meio de sistemas organizados complexos. Uma série de estudos empíricos sobre os modos de funcionamento das redes de políticas públicas foram estimulados pela ideia de que as redes de ação social são potentes para melhorar a eficácia da governança de determinada política. Da mesma forma, estes estudos foram colocados em destaque devido ao intenso processo de descentralização que ocorreu em vários países, introduzindo novos parâmetros e práticas para as atividades de avaliação (VIANA; FARIA; PACÍFICO, 2006).

Compreende-se que, para se avaliar um município, é necessário considerar sua inserção no sistema de saúde regional, estadual e até mesmo nacional. Embora não haja sentido em imaginar que todos os serviços devam estar disponíveis em todas as localidades, é correto pensar que os cidadãos de todos os municípios devam ter acesso a todas as ações e serviços de saúde. Esta questão traz a importância da integração entre as três esferas de governo – embora não importe tanto saber qual esfera é diretamente responsável pela oferta do serviço, mas sim se a integralidade da atenção e o acesso aos serviços estão garantidos (SOUZA; VIEIRA DA SILVA; HARTZ, 2005).

Paim e Vieira da Silva (2006) refletem sobre três questões referentes à avaliação de sistemas de saúde. A primeira refere-se à totalidade de um sistema de saúde ser uma abstração que raramente tem uma existência material objetiva. A segunda questão está em como abordar fenômenos complexos e encontrar indicadores que sintetizem o todo, pois a diversidade dificulta comparações; encontram-se diferenças consideráveis entre estados e municípios, particularmente em situações de organização federativa do Estado, como no Brasil. A última questão está na complexidade da determinação do processo saúde-doença e na dificuldade de estabelecer relações causais entre a ação dos serviços e o impacto nas condições de saúde da população. Estes autores (p 94) afirmam que “apesar dessas dificuldades, os serviços de

saúde, públicos e privados, articulados ou não, constituindo redes ou não, e apresentando complexidades variáveis, têm sido avaliados e comparados” e citam vários estudos avaliativos e comparativos realizados em diversos países. Referem, ainda, que estudos comparados e práticas avaliativas não podem ignorar a historicidade de cada sistema de saúde, “a não ser que pretendam ocultar o real e transformar a avaliação em mera ideologia” (p. 102).

Sendo o município uma totalidade complexa, onde diversos processos decorrem de lógicas internas ao campo relativas aos seus componentes, assim como ao campo do poder, “a avaliação deverá contextualizar e descrever de que forma as diversas redes de relações constitutivas desses campos interferem com as práticas de saúde” (VIEIRA DA SILVA, 1999, p. 333).

Uma dupla leitura sobre a natureza do objeto “rede” é indispensável: da estrutura organizacional voltada para a produção de serviços e da dinâmica de atores em constante renegociação de seus papéis. A incerteza é permanente em relação à integração dos serviços de saúde em rede, pois os diversos atores e organizações envolvidos não têm os mesmos interesses, recursos ou competências para se envolverem com um projeto nessa mais exigente modalidade de cooperação. Dessa forma, os avaliadores devem levar em conta a percepção dos diversos atores implicados, além da documentação normativa e da revisão da literatura, indagando sobre a “real” existência da implantação da rede em relação ao “modelo ideal” (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

O processo de estruturação de uma rede de atenção à saúde deve sempre pautar-se pelo conhecimento efetivo das necessidades de saúde da população na região, bem como dos recursos existentes para responder a essas necessidades. Dada a diversidade e a autonomia de nossos municípios, deve-se procurar investir na construção coletiva do “olhar regional”, pautado na utilização apropriada de instrumentos de diagnóstico e na instituição de uma instância colegiada que contemple a participação de gestores, gerentes de serviços de referência e profissionais de saúde da região (OPAS, 2011<sup>a</sup>, p. 77).

Fleury e Ouverney (2007) publicaram ampla análise sobre gestão de redes, enfocando especialmente as redes em administração pública, propondo uma tipologia para identificação e análise da interdependência em rede e culminando em uma análise da estratégia de regionalização da NOAS, identificando qual o seu padrão de governança.

Estruturas gerenciais policêntricas, como é o caso das redes, impõem grandes desafios administrativos em relação a vários processos, como: negociação e consensos, regras de atuação, distribuição de recursos, construção de mecanismos decisórios coletivos e estabelecimento de prioridades; processos de decisão, planejamento e avaliação adquirem,

portanto, novos contornos. A gestão de redes aproxima os processos de formulação e implementação de políticas, implicando na gestão de interdependências e exigindo formas de coordenação e controle. Os modelos de gestão foram desenvolvidos para situações intraorganizacionais que diferem das interorganizacionais, sendo a gestão estratégica de redes a grande lacuna nos estudos realizados nesse campo (FLEURY; OUVENEY, 2007).

Os autores acima referem à percepção de que a transferência de poder de decisão às autoridades locais e aos usuários não garante a eficácia das políticas sociais, pois há desigualdade na distribuição do poder; há, também, dificuldades na gestão pública em sociedades caracterizadas por processos de fragmentação e exclusão social, que impedem a geração de consensos e ameaçam condições de governabilidade. Citam, ainda, estudiosos que identificam várias causas para esses problemas e apontam possíveis soluções, resumidas a seguir: falta de articulação das políticas econômicas e sociais; prestação de serviços de forma isolada, sem considerar a intersetorialidade; exclusão de temas conflituosos, concentrando-se em questões administrativas de menor importância; necessidade de aumentar a flexibilidade na gestão das políticas sociais; necessidade de uma gerência social adaptativa e que não haja separação entre formulação e implementação das políticas sociais; utilização de instrumentos como o planejamento estratégico e a análise dos atores envolvidos e dos processos de negociação; participação da população na formulação e gestão das políticas sociais; liderança dos governos locais na articulação de atores públicos e privados; gestor público deve tornar-se um negociador que incentive o diálogo, e articule a ação conjunta.

De acordo com os estudos sobre redes em administração pública, nos contextos formados por atores e organizações com autonomia decisória somente é possível dar respostas eficazes e eficientes aos problemas complexos de política pública (saúde, educação, exclusão social, habitação urbana, etc.) quando esses atores e organizações se associam num padrão de interdependência de recursos em rede [...] (FLEURY; OUVENEY, 2007).

Para analisar o potencial de mobilização do trabalho coletivo e da promoção do intercâmbio de recursos, Fleury e Ouverney (2007) propõem uma tipologia que analisa e sintetiza os principais elementos de um padrão de interdependência em rede, vistas no Quadro 03.

**Quadro 03** - Elementos institucionais de definição de um padrão de interdependência em rede.

<b>Dimensões de análise</b>	<b>Baixa institucionalidade</b>	<b>Interdependência em rede</b>	<b>Institucionalidade elevada</b>
<b>Foco gerencial</b>	Atividades particulares (organizacionais)	Atividades complementares	Supremacia do caráter coletivo das atividades
<b>Atores envolvidos e amplitude de inserção</b>	Nível operacional e tático; inserção limitada	Nível operacional, tático e estratégico; ampla inserção de atores	Níveis tático e estratégico; inserção seletiva
<b>Nível de formalização</b>	Poucas regras	Construção coletiva de regras gerais e interativa de regras operacionais	Alta formalidade
<b>Recursos envolvidos</b>	Poucos recursos comprometidos; gestão dispersa dos recursos	Nível médio de recursos comprometidos; desenvolvimento de estratégias de mecanismo de gestão compartilhada dos recursos	Domínio elevado de recursos por um ator específico ou poucos atores
<b>Foco de poder</b>	Disperso e exercido de forma direta; tende a enfatizar as possibilidades de cada ator de acordo com as assimetrias de domínio de recursos	Construção de formas e estratégias de compartilhamento decisório; foco de poder descentralizado e compartilhado	Poder centralizado
<b>Foco de controle</b>	Foco fiscalizador disperso em diversos processos de intercâmbio	Foco complementar de sistemas articulados; caráter estratégico de suporte à dinâmica gerencial	Centralização de informações e mecanismo de racionalidade sistêmica, típica de hierarquias; ênfase na dimensão fiscalizadora do controle
<b>Objetivos enfatizados</b>	Foco principal nas metas singulares de cada organização; realização de objetivos isolados e sem coordenação	Construção de um compromisso em torno de objetivos maiores e a partir dos objetivos particulares de cada ator ou organização	Ênfase exagerada nos aspectos coletivos podendo centralizar atividades e processos, em detrimento dos objetivos particulares
<b>Instâncias estratégicas de coordenação interorganizacional</b>	Ausentes ou pouco desenvolvidas; articulação incipiente da base de recursos; ausência de estratégia de racionalidade sistêmica	Inseridas no cluster da rede; definição flexível e compartilhada de estratégias, mecanismos e parâmetros de articulação da base de recursos	Estruturadas estabelecidas fora e acima da rede; definição externa e mais rígida de estratégias, mecanismos e parâmetros de articulação da base de recursos
<b>Espaços internos de pactuação</b>	Ausentes ou pouco desenvolvidos; predomínio de incerteza estratégica	Inseridas no cluster da rede; processo de aprendizagem estratégica; definição e redefinição constante e compartilhada de objetivos; formação e redefinição de projetos hegemônicos	Estabelecidas fora do cluster da rede; coordenação política centralizada; definição externa de objetivos, estratégias e projetos de política pública

<b>Canais externos de articulação</b>	Apenas informalmente desenvolvidos (articulação informal); predomínio de incerteza institucional	Processos de definição compartilhada dos parâmetros mínimos relativos ao formato institucional da rede; homologação das estratégias e consensos construídos ao nível da rede	Determinação externa dos principais parâmetros, estratégias e mecanismos de coordenação da rede
---------------------------------------	--	--	---

**Fonte:** Ouverney, 2005, p. 99-100.

Na medida em que as características que compõem um padrão de interdependência em rede estão presentes, é possível desenvolver um potencial de organização do trabalho coletivo sem que isso comprometa a sustentabilidade política, uma vez que a governança, nestes espaços interorganizacionais, constrói-se com pactuação e ajustes de percepções e interesses, onde não há uma autoridade central. No entanto, quando a formação possui características que se aproximam de um dos outros dois tipos constantes no quadro 03, seu potencial de promoção e sustentação de interdependência diminui (OUVERNEY, 2005).

O grupo de trabalho em Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) da OPAS/OMS, por meio de uma extensa revisão de literatura e de consulta a especialistas em Santiago do Chile, em 2007, listou atributos essenciais para que as RISS funcionem adequadamente, afirmando que, devido à grande variedade de contextos externos e fatores internos, não é possível prescrever um único modelo organizacional. A partir dos atributos citados, a OPAS (2008) propõe a avaliação da programação das RISS em três níveis, desde a fragmentação absoluta até os sistemas integrados, conforme o Quadro 04.

**Quadro 04** - Evaluando la progresión hacia Redes Integradas de Servicios de Salud: desde la fragmentación absoluta hasta los sistemas integrados.

Atributos	Nivel de progresión de los atributos que conforman los Redes Integradas de Servicios de Salud		
	I	II	III
	Sistema fragmentado	Sistema parcialmente integrado	Sistema integrado
<b>Población/territorio</b>	Sin población/territorio a cargo	Población/territorio a cargo definido, pero con escaso conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud.	Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema

<b>Oferta de servicios de salud</b>	Muy limitada y restringida al 1er nivel de atención	Amplia oferta de establecimientos y servicios pero bajo diversas dependências organizacionales que funcionan en forma independiente unas de otras	Una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, todos bajo un único paraguas organizacional
<b>1er nivel de atención</b>	Predominio de programas verticales que funcionan en forma desintegrada	Actúa en teoría como puerta de entrada al sistema pero con muy baja capacidad resolutive y de integración de servicios	Actúa de facto como puerta de entrada al sistema, integra y coordina el cuidado asistencial, y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población
<b>Atención especializada</b>	Acceso desregulado a especialistas y predominio de atención especializada en ambiente hospitalario	Acceso regulado a la atención especializada pero de predominio hospitalario	Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, los cuales se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios
<b>Mecanismos de coordinación asistencial</b>	No hay coordinación asistencial	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial pero que no cubren todo el espectro de servicios	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo del cuidado de la salud
<b>Tipo de cuidado</b>	Centrado en la enfermedad	Centrado en el individuo	Centrado en la persona, la familia y La comunidad/territorio
<b>Gobernanza del sistema</b>	No hay función clara de gobernanza	Múltiples instancias de gobernanza que funcionan en forma independiente unas de otras. Las instancias de participación son limitadas	Un sistema de gobernanza único y participativo para todo el RISS.
<b>Gestión del sistema</b>	Gestión administrativa débil	Gestión administrativa integrada pero sin integración de los sistemas de apoyo clínico	Gestión integrada de sistemas administrativos y de apoyo clínico
<b>Recursos humanos</b>	Insuficientes para las necesidades del sistema	Recursos humanos suficientes, pero con deficiencias en cuanto a competencias técnicas y compromiso con el sistema	Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema
<b>Sistema de información</b>	No hay sistema de información	Múltiples sistemas que no se comunican entre sí	Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros del RISS
<b>Financiamiento</b>	Insuficiente y discontinuo	Financiamiento adecuado pero con incentivos financieros no alineados	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas del sistema como un todo
<b>Vínculo con otros sectores</b>	No hay vínculos con otros sectores	Existen vínculos con otros sectores sociales	Acción intersectorial amplia, mas allá de los sectores sociales

Fonte: Organização Panamericana de Saúde - OPAS, 2008, p. 41 e 42.

Outro documento da OPAS (2011<sup>a</sup>, p. 16) traz os mesmos atributos, organizados em quatro âmbitos de abordagem:

### **1. Modelo assistencial:**

**Atributo 1:** População e territórios definidos e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências nas questões de saúde que determinam a oferta dos serviços.

**Atributo 2:** Uma extensa rede de estabelecimentos de saúde, que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e que integra os programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas, os serviços de saúde pessoais e os serviços de saúde pública.

**Atributo 3:** Um primeiro nível de atenção multidisciplinar, que cobre toda a população, que serve como porta de entrada ao sistema e que integra e coordena a atenção à saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população.

**Atributo 4:** Prestação de serviços especializados nos lugares mais apropriados e que se oferecem preferencialmente em ambientes extra-hospitalares.

**Atributo 5:** Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde.

**Atributo 6:** Atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, levando em conta as particularidades culturais e de gênero e os níveis de diversidade da população.

### **2. Governança e Estratégia:**

**Atributo 7:** Um sistema de governança único para toda rede.

**Atributo 8:** Participação social ampla.

**Atributo 9:** Ação intersetorial e abordagem dos determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde.

### **3. Organização e Gestão:**

**Atributo 10:** Gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico.

**Atributo 11:** Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede.

**Atributo 12:** Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com a decomposição dos dados por sexo, idade, lugar de residência, etnia e outras variáveis pertinentes.

**Atributo 13:** Gestão baseada em resultados.

#### 4. Alocação de recursos financeiros e incentivos

**Atributo 14:** Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede.

A OPAS (2008) relaciona que dentre as lições aprendidas que ajudam a formular uma estratégia exitosa de implementação das RISS estão os fatos de que: processos de integração são difíceis, complexos e de longo prazo; estes processos requerem mudanças sistêmicas amplas; a gestão da mudança requer compromisso do pessoal da saúde, dos gestores e dos formuladores de política; existem múltiplas formas e níveis de integração no interior do sistema; o mais difícil de atingir é a integração do pessoal de saúde com o sistema, a integração dos sistemas de informação e a integração clínica; as estruturas clínica, gerencial e de governança do sistema devem estar alinhadas e apoiar-se mutuamente, o alinhamento dos incentivos financeiros entre o hospital e o nível de atenção primária é fundamental; a integração não é a cura para a falta de recursos. Cita, ainda, barreiras e facilitadores da constituição de RISS (Quadro 05) (OPAS, 2008).

**Quadro 05** – Barreiras e facilitadores da conformação de RISS.

<b>Barreiras para as RISS</b>	<b>Facilitadores para as RISS</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A predominância do modelo centrado no cuidado agudo e intra-hospitalar</li> <li>2. Incentivos financeiros não alinhados</li> <li>3. Sistemas com prestadores de serviços demasiado distanciados geograficamente, ou que se sobrepõe sobre territórios político-administrativos distintos</li> <li>4. Brechas na cadeia de informação, incluídas informação clínica, administrativa e financeira.</li> <li>5. Papéis e responsabilidades entre gestores do sistema e das unidades operativas que não são claramente compreendidos ou delimitados.</li> <li>6. Falta de pessoal treinado nas novas competências do sistema.</li> <li>7. Resistência em ceder autonomia e controle</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Compromisso político com a formação e desenvolvimento das RISS</li> <li>2. Clareza de propósito e visão</li> <li>3. Participação do pessoal de saúde em papéis chave de liderança</li> <li>4. Alinhamento dos incentivos financeiros e estímulos que reconheçam o desempenho do sistema como um todo</li> <li>5. Foco na pessoa/usuário do sistema</li> <li>6. Sistemas de informação e tecnologias que apoiem as metas e operação do sistema.</li> <li>7. Ênfase permanente na melhoria da qualidade</li> </ol>

**Fonte:** Organização Panamericana de Saúde - OPAS, 2008, p. 49.

As propostas para avaliação de redes desenvolvidas por Fleury e Ouverney (2007) e pela OPAS (2008) foram utilizadas de forma complementar para analisar a rede de atenção à saúde dos portadores de DCV. A composição entre a análise de elementos institucionais que configuram o padrão de interdependência em rede e a de atributos que indicam o nível de integração das redes de serviços de saúde forneceu importante referencial para estabelecer as categorias de análise deste estudo.

Os critérios desenvolvidos pelos autores acima foram cuidadosamente analisados ao avaliarmos a rede de atenção à saúde aos portadores de DCV; de acordo com a proposta da



avaliação formativa, porém, não excluimos o olhar do usuário sobre esta rede. A dificuldade de organização, coordenação e comunicação no funcionamento das redes de atenção à saúde desenha uma trajetória assistencial que nem sempre é resolutive para o usuário; esta também nos ajudou a avaliar a efetividade dessa rede em relação às necessidades de saúde da população.

### **3.2 A trajetória assistencial como ferramenta para avaliação na perspectiva do usuário**

Tradicionalmente, a avaliação tem incluído a perspectiva de gestores e trabalhadores em saúde e tem sido ancorada em indicadores epidemiológicos tradicionais, analisando a estrutura existente, a cobertura oferecida, e indicadores de morbimortalidade a partir de bases populacionais. Sem desconsiderar a importância destes aspectos na avaliação, acreditamos que seja fundamental a inclusão da perspectiva do usuário na avaliação em saúde e também na tomada de decisão.

Conforme Martins (2009, p. 55), “o usuário é simultânea e obrigatoriamente sujeito e objeto da ação social em rede; ele é delimitado pela cena institucional onde está inscrita sua trajetória inicial e reinventa esta cena a partir da sua luta por reconhecimento e sobrevivência”.

Sendo a saúde direito de cidadania, conforme a Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), não entendemos como o usuário possa exercer este direito sem que suas necessidades sejam conhecidas por todos os agentes responsáveis pela atenção à saúde. São os usuários que desenham os itinerários terapêuticos e as trajetórias assistenciais a serem percorridos; por mais que os técnicos e gestores vinculados às organizações de saúde tentem determiná-los de acordo com normas pré-estabelecidas, o máximo que conseguem é estabelecer uma fraca regulação, conforme já mostraram alguns estudos (GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2008, SANTOS; MEDEIROS, 2006, RADAELLI; MEDEIROS, 2010). Esta tensão permanente entre usuários, gestores e trabalhadores em saúde acaba por gerar dificuldades para todos.

Há uma carência de processos de avaliação que transcendam os aspectos normativos e quantitativos do cumprimento de metas e que possam avaliar, também, o desenvolvimento de políticas e a qualidade das práticas e dos resultados. Alguns autores têm proposto abordagens que levam em conta a integralidade e a percepção da qualidade da atenção pelos usuários (BRASIL, 2005).

Conforme Uchimura e Bosi (2002) há premência em se considerar a participação dos

usuários na avaliação. Para tanto, afirmam que se impõe a utilização de um método de pesquisa apropriado para a análise qualitativa de uma intervenção, partindo das dimensões relevantes aos atores sociais que interagem com um determinado programa ou serviço.

A valorização da experiência vivencial dos atores sociais, concebendo-os como esse “outro”- sujeito e protagonista de um programa ou serviço, aliada à postura epistemológica de investigação pautada na intersubjetividade da relação sujeito-investigador contemplaria, duplamente, a exigência ética da alteridade na reflexão acerca dos serviços e ações governamentais (UCHIMURA E BOSI, 2002, p. 1568).

De acordo com Pinheiro e Silva Junior (2009, p. 46), quando queremos avaliar a integralidade do cuidado, as práticas avaliativas são definidas como:

- Resultantes de interações democráticas entre atores em suas práticas no cotidiano da relação entre demanda e oferta de produção de cuidado na saúde;
- Garantia da inclusão dos usuários na tomada de decisão sobre a definição de suas necessidades na busca por cuidado; e
- Possuidoras de elevada potência formativa capaz de produzir conhecimento para elaboração de respostas qualificadas e no modo de provê-las.

Portanto, a inclusão do usuário nos processos avaliativos – seja na práxis ou na pesquisa, possibilitando a interação democrática entre os diversos atores envolvidos – tem o potencial de qualificar o funcionamento das redes de atenção em saúde, os processos de trabalho e os resultados na saúde da população. A opção pelo tipo de cuidado à saúde e de qual é o melhor cuidado precisa ser definida em conjunto: trabalhadores, gestores e usuários, imbuídos pelo sentimento de pertencimento público e responsabilidade com o outro. Pinheiro e Silva Junior (2008, p. 32) enfatizam “a centralidade do usuário no processo avaliativo, como portador de experiências com alta potência formativa oferecidas ao conjunto dos atores implicados com a produção do cuidado, qualificando-os como avaliadores”.

Para Hartz e Contandriopoulos (2004), são poucos os estudos que focam a trajetória dos pacientes no *continuum* dos cuidados. Refere que a utilização de medidas de integralidade relacionadas a “condições traçadoras” previamente estabelecidas facilita a definição de focos nas avaliações, e o uso de trajetória de pacientes, eventos-sentinela e monitoramento de hospitalizações evitáveis é particularmente indicado para a detecção de passagens críticas no sistema.

A adoção de novas abordagens analíticas em avaliação na saúde na perspectiva do direito enfatiza o uso de metodologias avaliativas centradas no usuário, cuja apresentação e análise da experiência de adoecimento e de busca por cuidado em saúde nos oferecem

contribuições importante para estudos avaliativos sobre a gestão social de saúde (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2008).

Embora reconheçamos que a busca por cuidados em saúde inclui alternativas que extrapolam os serviços de saúde – sendo este conjunto de possibilidades denominado itinerário terapêutico –, neste estudo abordaremos as trajetórias assistenciais, que são “parte inerente a esses percursos” (PINHEIRO E SILVA JÚNIOR, 2008, p. 34), constituindo momentos de “escolhas e decisões” do usuário no percurso de busca por cuidado nos serviços de saúde.

Conforme Gerhardt (2006), a escolha por determinadas formas de tratamento é complexa e difícil de ser percebida quando não se leva em consideração o contexto em que o indivíduo está inserido. Neste estudo, a autora relaciona situações de vida, pobreza e saúde, mostrando a complexidade na procura de cuidados terapêuticos por indivíduos de baixa renda.

Os elementos de natureza doutrinária do SUS, a universalidade, a equidade e a integralidade e os organizacionais (ou seja, a descentralização, a regionalização e o controle social) não podem restringir sua operacionalização a uma visão funcionalista das redes de serviços de saúde, desconsiderando a complexidade do processo de adoecimento e da busca dos sujeitos por cuidado. Tradicionalmente, utilizam-se modelos para a organização formal dos serviços de saúde, idealizados por planejadores que querem concretizá-los por meio de normas previamente estabelecidas. Estas normas devem ser cumpridas por distintos atores, o que acaba por gerar diferentes práticas, tornando evidente a insuficiência dos modelos ideais como um modo de organização que responda às demandas sociais por saúde (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Estudos realizados pela Rede de Centros Colaboradores em Saúde Suplementar Núcleo Sul (2007) apontaram importante *mix* entre o sistema público e o privado no itinerário das pessoas em busca de atendimento à saúde, constituindo vários arranjos entre os dois sistemas – principalmente no nível da chamada MC e no acesso aos medicamentos. Este mesmo resultado foi encontrado em estudos realizados na 16ª CRS (RADAELLI; MEDEIROS, 2010; SANTOS; MEDEIROS, 2006).

No estudo de Santos e Medeiros (2006), que buscou conhecer o itinerário terapêutico da mulher em busca da assistência no ciclo gravídico-puerperal, verificou-se que estava no imaginário das mulheres a necessidade de serem atendidas pelo especialista para garantirem a qualidade no atendimento. Também se evidenciou a dificuldade de acessibilidade ao serviço público, como indisponibilidade de horários, distância do serviço de saúde e falta de

informações sobre seu funcionamento, desenvolvendo uma imagem negativa e impelindo a procura pelo serviço privado.

Radaelli e Medeiros (2010), em pesquisa que teve por objetivo conhecer a trajetória assistencial percorrida pelo usuário portador de neoplasia, encontraram que a maioria teve dificuldade de acesso a exames e consultas na MC, onde se detectaram os maiores problemas e, em virtude disso, os pacientes migraram do sistema público para o privado, buscando agilidade e eficiência no atendimento. Observou-se que a maneira como os usuários são referenciados para outros serviços varia de acordo com o médico que os acompanha e realiza o diagnóstico, contrariando a organização formal da rede de atenção em oncologia, deixando os usuários à mercê dos interesses econômicos do sistema privado.

Portanto, conhecer as trajetórias assistenciais percorridas pelos usuários pode proporcionar subsídios para repensar e qualificar a organização e funcionamento das redes de atenção em saúde. Para isso, optamos, como já colocado na introdução deste trabalho, em utilizar as DCV como condição marcadora para avaliar a rede de atenção em saúde.

A problematização e o referencial teórico colocados nos capítulos 2 e 3 levaram à construção dos objetivos deste estudo, explicitados a seguir.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Analisar a rede de atenção à saúde dos portadores de doenças cardiovasculares em dois municípios de pequeno porte pertencentes à 16ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar e analisar a rede de atenção à saúde dos portadores de DCV de acordo com documentação municipal e estadual e relato das equipes gestoras dos municípios, regional de saúde e serviço de referência em cardiologia.
- Analisar fatores ou estratégias que facilitam ou dificultam a organização e funcionamento da rede na ótica dos profissionais envolvidos.
- Conhecer quais mecanismos de cooperação e coordenação são utilizados para a constituição e funcionamento da rede de atenção à saúde.
- Analisar as trajetórias assistenciais percorridas pelo usuário e sua influência na constituição da rede e na resolutividade na ótica do usuário.
- Comparar a rede de atenção à saúde dos portadores de DCV entre os dois municípios selecionados na perspectiva dos sujeitos participantes do estudo e dos dados documentais.

## 5 METODOLOGIA

*Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.*

*Carl Gustav Jung*

Citamos, no referencial teórico, a definição de Ayres sobre avaliação como sendo “um conjunto de procedimentos sistemáticos que buscam dar visibilidade ao *que é feito* por referência *ao que se pode e/ou se quer fazer* com respeito ao interesse, efetividade, operacionalidade e qualidade de ações, tecnologias, serviços ou programas de saúde” (AYRES, 2004, p 585). A opção metodológica para este estudo vai ao encontro desta definição, juntamente com a afirmação de Bosi e Uchimura (2006, p. 88) de que “toda proposta avaliativa subentende interesses e deve se voltar para o alcance de certos fins, articulando-se fortemente ao contexto no qual emerge” e que, nas iniciativas de avaliação, reconhecem e consideram a noção ampliada de saúde, a humanização das práticas e a compreensão da saúde como direito de cidadania.

### 5.1 Tipo de estudo

A escolha foi por um estudo com abordagem qualitativa; embora, como afirmam Bosi e Uchimura (2006), a preponderância na literatura científica dos estudos avaliativos seja da vertente tradicional, objetivadora, que exclui os sujeitos ou parte deles do processo – ou seja, dos estudos positivistas/quantitativistas.

A compatibilidade entre a metodologia utilizada e os pressupostos do SUS é necessária e reflete-se nas propostas de avaliação, pois a apreensão dos fenômenos em sua singularidade e complexidade “demandam tecnologias capazes de recuperar a intensidade que permanece oculta nas linhas e colunas das planilhas frias que se propõem a expressá-las sem, contudo, darem conta deste objetivo” (BOSI; UCHIMURA, 2010, p. 109).

Conforme Minayo, Assis e Souza (2005), começou-se a falar em avaliação qualitativa desde a metade dos anos 80, e a expressão ‘avaliação qualitativa’ não significa a mesma coisa que ‘avaliação de qualidade’, esta última tradicionalmente privilegiando a mensuração de procedimentos. Cita que as abordagens qualitativas têm como características comuns: levar em conta a participação e as percepções dos sujeitos envolvidos na criação e implementação dos programas sociais; considerar as relações e as representações como parte

fundamental dos êxitos e limites das ações; e que é possível simplificar e tornar operativa a abordagem antropológica, cujo instrumental é composto por técnicas de entrevista, grupos focais, observação, e descrição dos contextos analisados. Traz como elementos comuns a todas as abordagens qualitativas (Minayo et al, 2005, p. 90):

- Seu foco é a experiência humana e o reconhecimento de que as realidades humanas são complexas;
- o contato com as pessoas se realiza nos seus próprios contextos sociais;
- a relação entre o investigador e os sujeitos da avaliação enfatiza relações face a face e a empatia entre ambos;
- os resultados buscam explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos e variados grupos que estão sendo avaliados;
- os relatórios tendem a apresentar uma realidade dinâmica e evidenciar o ponto de vista dos vários atores frente a um projeto inconcluso e em projeção para o futuro; suas conclusões não são universalizáveis, embora a compreensão de contextos peculiares permita inferências mais abrangentes e comparáveis.

“A escolha da estratégia relaciona-se com o processo anterior de delimitação do foco e de construção do objeto da avaliação” (VIEIRA DA SILVA, 2005, p. 29). Desenvolvemos um estudo comparado de múltiplos casos visando à avaliação da rede de atenção em saúde no que diz respeito aos portadores de DCV. Estabelecemos comparação entre dois municípios similares em número de habitantes, estrutura de serviços e condições socioeconômicas; era necessário, porém, que estes municípios apresentassem indicadores divergentes de mortalidade por DCV, visto que a obtenção destes resultados poderia estar relacionada à organização e funcionamento da rede de atenção em saúde. Esta comparação pretendeu colocar em perspectiva a situação de dois municípios com o intuito de entender as estratégias utilizadas para enfrentar os problemas do cotidiano.

“Os estudos de caso com múltiplos níveis de análise imbricados são fortemente recomendados dado que o objeto de investigação é de grande complexidade, a tal ponto que o fenômeno de interesse não se distingue facilmente das condições contextuais, necessitando informações de ambos” (HARTZ, 1999, p. 344).

Pinheiro e Silva Junior (2009, p. 44) apontam que “além de conhecer as causas e determinantes de um problema, é necessário também conhecer e explorar os mecanismos utilizados para resolvê-lo” e que, nesta perspectiva, os estudos de casos são úteis, pois geram a possibilidade de comparações dentro do mesmo espaço-local em tempos diversos.

Os formuladores da abordagem estudo de caso, de acordo com Minayo et al (2005), aconselham o uso de múltiplas fontes de informação e a construção de uma base de dados que vá formando uma cadeia de evidências relevantes, a fim de evitar críticas em relação ao rigor do estudo. Traz como principais questões para o desenho de um estudo de caso: definição do

foco de análise e de sua unidade; o como e o porquê de determinado problema; orientação das proposições para os vários aspectos em estudo e uma lógica clara; estabelecimento dos critérios para a interpretação dos dados de acordo com o referencial teórico e categorias.

## **5.2 Campo do estudo e unidade de análise**

Dois municípios foram selecionados como campo de estudo a partir dos resultados obtidos em pesquisa realizada na região da 16ª CRS, que identificou o perfil de mortalidade por DCV no período de 2003 a 2007 e sua relação com diversas variáveis socioeconômicas, de cobertura e de acesso aos serviços de saúde (MEDEIROS; MENEGHEL; GERHARDT, 2012). A escolha foi intencional, seguindo como critérios: serem integrados à 16ª CRS; serem similares em número de habitantes (até 15.000 hab., conforme dados do IBGE 2010), condições socioeconômicas (IDESE e Despesa em saúde por habitante/ano) e estrutura de serviços de saúde (Cobertura de ESF e Hospital local); terem divergências no coeficiente de mortalidade por DCV (alto e baixo, considerando a média regional). Estes critérios foram embasados pelos resultados do estudo citado acima, considerando as variáveis que apresentaram correlação com o CM por DCV, exceto a presença de hospital local (variável não analisada).

A unidade de análise deste estudo foi a rede de atenção à saúde dos portadores de DCV nos dois municípios selecionados, condição escolhida como marcadora, conforme justificado na introdução e problematização desta tese, considerando que os limites de análise do campo extrapolaram o território geográfico e administrativo do município.

Seguimos o quadro geral de análise por objetivos específicos apresentado abaixo (Quadro 06):



**Quadro 06** – Quadro geral de análise por objetivos específicos

<b>Objetivos</b>	<b>Categorias</b>	<b>Técnicas coleta</b>	<b>Técnicas análise</b>	<b>Triangulação</b>
1. Identificar e analisar a rede de cuidados aos portadores de DCV, de acordo com documentação municipal e estadual e relato das equipes gestoras dos municípios, regional de saúde e serviço de referência em cardiologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Modelo assistencial</li> <li>-Governança e estratégia</li> <li>-Organização e gestão</li> <li>-Alocação de recursos financeiros e incentivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo focal com equipes gestoras dos municípios.</li> <li>- Entrevista semi-estruturada com servidores da regional de saúde e gestor do serviço de referência em cardiologia.</li> <li>- Pesquisa documental (PDR e PPI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Interpretação de sentidos.</li> <li>-Análise documental.</li> </ul>	
2. Analisar fatores ou estratégias que facilitam ou dificultam a organização e funcionamento da rede de cuidados, na ótica dos profissionais envolvidos.				
3. Conhecer quais mecanismos de cooperação e coordenação são utilizados para a constituição e funcionamento da rede de cuidados.				
4. Analisar as trajetórias assistenciais percorridas pelo usuário e sua influência na constituição da rede de cuidados e na resolutividade, na ótica do usuário.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fluxos</li> <li>-Acesso/acessibilidade</li> <li>- Resolutividade</li> <li>- Integralidade</li> <li>- Equidade</li> </ul>	-Entrevista com usuários	- Análise das trajetórias assistenciais.	
5. Comparar a rede de cuidados entre os dois municípios selecionados, na perspectiva dos sujeitos participantes do estudo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Modelo assistencial</li> <li>-Governança e estratégia</li> <li>-Organização e gestão</li> <li>-Alocação de recursos financeiros e incentivos.</li> <li>- Fluxos</li> <li>-Acesso/acessibilidade</li> <li>- Resolutividade</li> <li>- Integralidade</li> <li>- Equidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo focal com equipes gestoras dos municípios.</li> <li>- Entrevista semi-estruturada com servidores da regional de saúde e gestor do serviço de referência em cardiologia.</li> <li>- Pesquisa documental (PDR e PPI)</li> <li>-Entrevista com usuários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Interpretação de sentidos.</li> <li>- Análise documental</li> <li>- Análise das trajetórias assistenciais.</li> </ul>	

**Fonte:** elaboração pela autora desta pesquisa.

### 5.3 Entrada no campo empírico e coleta de dados

A avaliação realizada estabeleceu a triangulação de dados, que é concebida como a comparação de pelo menos dois pontos de vista sobre a realidade estudada. Ela pode ser feita com os dados, pesquisadores, teorias ou métodos; o que interessa, porém, não é a justaposição de instrumentos, e sim sua integração pelo pesquisador em torno da lógica de um “referente comum” que constitui a prova da qualidade de uma pesquisa multimétodos. A mixagem de métodos é uma das tendências da avaliação no século XXI, em que os estudos de caso

demonstram especial força articulando métodos e evidências (HARTZ, 1999).

Triangulação é um conceito que vem do interacionismo simbólico e é desenvolvido, dentro dessa corrente, primeiramente por Denzin (1973), significando a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 29).

Neste estudo, foram triangulados tanto o material coletado por vários métodos quanto a visão de vários informantes. Além da caracterização contextual dos municípios nos seus aspectos socioeconômicos, de estrutura de serviços de saúde e de composição da rede de atenção à saúde – cujos dados foram obtidos em fontes secundárias (DATASUS) –, foram utilizadas para a análise e avaliação as informações obtidas das seguintes fontes e métodos: registros municipais e do serviço de referência regional e documentos estaduais (PDR e PPI); grupo focal com equipes gestoras de cada município; entrevista semiestruturada com um informante-chave ligado à gestão regional e dois informantes do serviço de referência regional em cardiologia; e entrevista aberta com quatro usuários portadores de DCV. As informações foram complementadas pelos registros das observações e impressões da pesquisadora durante a coleta de dados em diário de campo (apêndice 1).

Os dados documentais foram utilizados para conhecer a estrutura da rede de atenção à saúde dos portadores de DCV, assim como os parâmetros da PPI e o número de consultas, exames e procedimentos realizados pelos municípios. Com este objetivo, foi solicitada permissão, aos gestores municipais, para acesso aos documentos. Estes dados foram registrados conforme roteiro (apêndice 2).

Também com objetivo de identificar e analisar a rede de atenção à saúde dos portadores de DCV, os grupos focais foram realizados com as equipes gestoras de cada município separadamente, em um encontro agendado com cada município em local escolhido pela equipe. Os grupos se formaram após autorização do gestor municipal, ao qual foi enviado ofício com a proposta do estudo e realizado uma reunião com cada equipe, apresentando o projeto. Os participantes constituíram-se de pessoas identificadas pelo fato de exercerem atividades de gestão da rede no município, incluindo sempre o(a) Secretário(a) de Saúde. Deixamos a critério do município a seleção das pessoas que participariam do grupo. Deveriam estar exercendo a atividade há, no mínimo, um ano, aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os grupos foram coordenados pela pesquisadora com o auxílio de uma estudante de enfermagem, e os relatos foram gravados e

transcritos. Conforme Minayo et al (2005), a técnica de grupo focal é muito utilizada em avaliação; constitui-se de um tipo de conversa em grupos pequenos que, de forma planejada, busca obter informações sobre um tema específico sob a coordenação de um moderador, mediante um guia de perguntas que seja suficientemente provocador de modo a permitir um debate entusiasmado e promover o aprofundamento do tema. O moderador deve ser capaz de conseguir a participação e o ponto de vista coletivo e individual.

As discussões tiveram como tema gerador a organização e funcionamento da rede de atenção aos portadores de DCV, direcionado por categorias analíticas construídas a partir dos eixos teóricos que subsidiam este estudo: Atributos de integração da rede de atenção à saúde (OPAS, 2011<sup>a</sup>) e Padrões de interdependência em rede (FLEURY; OUVÉNEY, 2007). As questões e as entrevistas foram formuladas a partir dos quatro âmbitos de abordagem descritos pela OPAS (2011<sup>a</sup>), complementadas pelos padrões de interdependência em rede (Apêndice 3).

Com os informantes da gestão da CRS e do serviço de referência regional em cardiologia, realizamos entrevistas semiestruturadas compostas por questões que, assim como o grupo focal, buscaram responder às dimensões de análise citadas acima (apêndice 4 e 5). Este tipo de entrevista, de acordo com Barbosa (2010), pretende apreender principalmente os dados “subjetivos” – ou seja, aqueles que se referem às atitudes, valores, opiniões e vivências dos sujeitos –, focalizando um ou mais temas, mas deixando o entrevistado livre para se expressar. Souza et al (2005) referem que o roteiro para este tipo de entrevista deve se apoiar nas variáveis consideradas essenciais e suficientes para a construção de dados empíricos. Estas entrevistas tiveram por objetivo analisar o posicionamento e entendimento de atores externos ao município, mas fundamentais na composição da rede regional de atenção à saúde, buscando analisar esta rede na ótica destes. Consideramos como informante-chave da gestão regional o servidor que possuía experiência e inserção significativas na organização e funcionamento das redes regionais, bem como nas diversas instâncias regionais de pactuação (CIR, Conselhos de Saúde, Pactuação da AB e da Assistência).

Os usuários portadores de DCV foram identificados e selecionados a partir da indicação das equipes da rede básica dos municípios em estudo, conforme os seguintes critérios de inclusão: residirem nos municípios em estudo; terem ou não utilizado o serviço de referência regional em cardiologia (Serviço de Hemodinâmica do HBB) pelo SUS; apresentarem condições físicas e mentais para responderem a entrevista; terem até 75 anos de idade, a fim de facilitar a comunicação. Todos aceitaram assinar o TCLE. Na definição da amostragem, seguimos as orientações de Minayo et al (2005), que recomendam não desprezar

as informações singulares, que os informantes sejam diversificados (de forma a permitir a apreensão de semelhanças e diferenças) e que o campo e os grupos escolhidos contenham as experiências que se pretende captar. Referem que se pode fazer sucessivas inclusões de novas coletas até que o trabalho de campo tenha possibilitado o delineamento do quadro empírico da investigação. Dessa forma, na escolha dos usuários, tomamos o cuidado de entrevistar pessoas residentes na zona rural e urbana, de ambos os sexos e pertencentes a cada ESF.

Realizamos uma entrevista aberta (Apêndice 6) com quatro usuários: dois do município A (CM<) e dois do município B (CM>), previamente agendadas de acordo com a disponibilidade dos mesmos, em suas residências, gravadas e transcritas. As entrevistas tiveram como objetivo conhecer a trajetória assistencial percorrida por este usuário na sua experiência de adoecimento, buscando analisar a rede de atenção à saúde na sua ótica. Esta análise deu-se a partir das categorias fluxo, acesso/acessibilidade, resolutividade, integralidade e equidade. As entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e, no caso da entrevista aberta, “o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões.” (MINAYO et al, 2005, p. 91).

#### **5.4 Análise e apresentação dos dados empíricos**

A organização, processamento, análise e interpretação de dados estão articuladas às etapas anteriores do processo de trabalho e da perspectiva analítica adotada e são alguns dos aspectos mais complexos da avaliação (GOMES et al, 2005). Conforme Deslandes e Gomes (2004), um ponto comum entre as tensões dos referenciais interpretativos da pesquisa qualitativa é o status central dado à interpretação do significado das ações sociais. Citando Geertz, estes autores dizem que interpretação não é uma reprodução, mas sim a construção negociada do sentido dado pelo autor e pelo intérprete.

O material empírico foi classificado de acordo com a sua origem (documentos, entrevistas, grupo focal e município). As informações obtidas pelos diversos métodos de coleta utilizados foram analisadas considerando o referencial teórico, estabelecendo a triangulação das informações e a análise comparada entre os dois municípios.

Conforme Conill (2011, p 160), a análise comparada está na base do modelo cognitivo que fundou a racionalidade científica, influenciando de forma importante o campo da avaliação. Esta autora refere que “comparar é buscar semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ser contemporâneos ou não e que estejam ocorrendo em espaços

distintos ou não, para melhor compreendê-los”.

Os dados encontrados nos documentos foram descritos, analisados e comparados com as informações obtidas pelas entrevistas e grupo focal de cada município, analisando a rede de atenção à saúde oficial e a real, conforme relato dos profissionais, gestores e usuários. Também foi avaliado o quantitativo de procedimentos encontrado na PPI com os parâmetros de cálculo de necessidades por população (BRASIL, 2006<sup>b</sup>).

Para a análise das entrevistas com os gestores e grupo focal, utilizamos uma proposta produzida pelo grupo de pesquisadores do Claves/Ensp/IFF/Fiocruz (Gomes et al, 2005) denominada *interpretação de sentidos*, que se baseia em uma perspectiva socioantropológica que tem como foco o fenômeno cultural. A interpretação seria, portanto, a compreensão de estruturas de significados socialmente estabelecidos. Nesta proposta, a interpretação busca os sentidos das falas e das ações para compreender ou explicar além dos limites do que é descrito e analisado, sendo considerada o ponto de partida (interpretações dos atores) e o ponto de chegada (interpretação das interpretações). Os autores consideram a inferência um conceito importante para a prática da interpretação, entendida como o ato de aceitar uma proposição devido a sua relação com outras acatadas como verdadeiras anteriormente.

São sugeridas etapas que não sejam excludentes mutuamente e não sejam sequenciais, mas sim interpenetrantes.

A primeira é a leitura compreensiva do material selecionado (referenciais teóricos e contextualizações), antes e depois da montagem das estruturas de análise, visando impregnar-se pelo conteúdo, ter uma visão de conjunto e apreender as particularidades. O diálogo entre a leitura e a teoria adotada orienta para a segunda etapa; deve-se ir além das falas e dos fatos descritos para construir as inferências.

Na terceira etapa, trabalha-se com sentidos mais amplos, articulando modelos subjacentes às ideias; faz-se uma reinterpretação - caminha-se, assim, para a síntese, construindo criativamente possíveis significados.

Nesta última, é importante realizar diálogos entre a dimensão teórica e os dados empíricos, entre os textos e seus contextos, entre as questões, pressupostos, objetivos e dados.

As informações encontradas foram apresentadas em categorias de acordo com as estruturas de análise.

As trajetórias assistenciais foram desveladas por meio das entrevistas com os usuários descritas e analisadas na apresentação dos dados. Esta análise permitiu conhecer a rede de atenção à saúde percorrida pelo usuário e a triangulação destas informações com as obtidas pelos outros métodos e fontes. A triangulação buscou associar a proposta de Ayres (2004) de

aliar o “êxito técnico” – proposto pela normatização da regionalização e composição das redes de atenção à saúde – com o “sucesso prático”, que é o resultado desta atenção na ótica do usuário.

A fim de mantermos a coerência com toda a proposta deste estudo, nos comprometemos a divulgar os resultados obtidos para todos os envolvidos: equipes dos municípios, servidores estaduais, serviço de referência em cardiologia e usuários, observando a garantia do sigilo da identificação dos mesmos.

### **5.5 Considerações bioéticas**

Todos os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) foram respeitados. O acesso aos documentos e pessoas somente ocorreu após ofício solicitando a permissão para o mesmo. Os sujeitos do estudo receberam o TCLE (Apêndices 7 e 8), que os informou sobre os objetivos, justificativa, procedimentos, benefícios e riscos do estudo, podendo aceitar ou não participar do mesmo, assim como desistir a qualquer momento, sem qualquer forma de constrangimento. O TCLE foi apresentado em duas vias e assinado pelo participante e pela pesquisadora, ficando uma via para cada um.

Foi enviado ofício solicitando a permissão do Coordenador Regional de Saúde da 16ª CRS para a realização da entrevista com o servidor e para os Secretários Municipais de Saúde, solicitando a participação da equipe de saúde municipal no estudo. Também foi enviado ofício ao gestor do serviço de referência regional em saúde.

Os participantes do estudo têm garantia de privacidade e sigilo de sua identidade. Foram informados de que os resultados do estudo serão utilizados apenas para fins científicos e publicação em periódicos, e a pesquisadora comprometeu-se a compartilhar com todos os sujeitos os resultados do estudo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sob o número 21739, e a coleta dos dados somente iniciou após esta aprovação.

## 6 OS DADOS FALAM: CONHECENDO A REDE, COM SUAS TRAMAS E NÓS

*Os efeitos da rotina podem ser práticos e úteis enquanto se está na superfície de um caso, mas logo que se chega aos seus problemas vitais é a própria vida que entra em primeiro plano, e até as mais brilhantes premissas nada mais são que palavras totalmente ineficazes.*

*Carl Gustav Jung*

O primeiro subcapítulo da apresentação e análise das informações compõe-se da descrição dos municípios selecionados para o estudo de casos, utilizando dados documentais e secundários dos sistemas de informação do MS.

Optamos por apresentar os resultados da coleta de informações das entrevistas e grupos focais em dois subcapítulos – o segundo e o terceiro. Chamamos o segundo de “A Rede de atenção à saúde: modelo assistencial”; relatamos e analisamos separadamente as informações dos municípios A (CM<) e B (CM>), do gestor regional e dos gestores do serviço de referência regional sobre a organização e funcionamento da rede de atenção à saúde dos portadores de DCV. Denominamos o terceiro subcapítulo “Espaços e estratégias de cooperação e coordenação da rede de atenção à saúde: a interdependência e a governança”; nele, relatamos e analisamos a percepção dos participantes sobre a interdependência e a governança.

O quarto subcapítulo, chamado “Analisando a rede de atenção à saúde a partir da visão das equipes gestoras”, traz o referencial teórico como elemento analisador da rede conforme o relatado nos dois capítulos anteriores ao mesmo tempo em que os sintetiza à luz deste referencial. No quinto subcapítulo estão descritas e analisadas as trajetórias assistenciais dos usuários dos dois municípios, com o título de “As trajetórias assistenciais revelando a rede de cuidados aos portadores de DCV”.

Finalmente, o sexto subcapítulo traz a triangulação dos dados documentais e empíricos na análise comparada dos dois municípios que compõe o estudo de casos.

### 6.1 Aumentando a lente e ajustando o foco: qual a situação dos pequenos municípios?

Olhar para os pequenos municípios: esta é uma das propostas deste estudo. Selecionamos dois municípios da 16ª CRS, tendo por base uma pesquisa realizada na região sobre desigualdades na mortalidade por DCV, mostrando municípios com semelhantes condições socioeconômicas, infraestrutura e acesso aos serviços de saúde com importantes

diferenças na mortalidade por DCV (Medeiros, Meneghel e Gerhardt, 2012). As diferenças encontradas estão explicitadas na Tabela 01.

**Tabela 01** – Maior e menor coeficiente médio de mortalidade por doenças cardiovasculares em municípios selecionados, no período de 2003 a 2007 -16ª Regional de Saúde/ RS.

Nº habitantes	Maior CM	n	Menor CM	n
Até 5000	409,00	38	85,23	19
5001 a 15.000	235,80	138	110,82	45
Mais de 15.000	221,42	310	142,70	207

**Fonte:** Medeiros, Meneghel e Gerhardt, 2012

**n:** número de óbitos.

Os dois municípios escolhidos para este estudo apresentaram maior semelhança às condições acima e apresentaram, entre os municípios com extrato populacional de até 5000 habitantes, o maior e o menor nº de óbitos por DCV no período de 2003 a 2007.

Neste capítulo, apresentamos alguns dados destes municípios, retirados de fontes secundárias (DATASUS- SIM, SIH, SIA, Cadernos de informações em saúde e IBGE), registros municipais e do HBB. Chamamos de município A e B, respectivamente, os de menor e maior CM por DCV, mantendo em sigilo sua denominação conforme considerações éticas descritas na metodologia.

O município A (CM<) foi criado em 1963 e possui 4.102 habitantes em uma área de 116 km<sup>2</sup>, 53,8% deles residindo em zona urbana (IBGE, 2010). A proporção de pessoas com mais de 60 anos é de 17,1%, e a expectativa de vida ao nascer, de 72,69 anos (IBGE, 2000). A colonização foi fundamentalmente italiana.

Verifica-se, neste município, uma economia embasada principalmente no setor primário. O rendimento mensal domiciliar per capita nominal é de R\$ 738,00. Entre as pessoas de 15 anos ou mais de idade, 6,8% não sabem ler e escrever, e a taxa de alfabetização das pessoas de 5 anos ou mais de idade 92,97% (IBGE, 2010). O índice de desenvolvimento humano (IDH) é 0,792 (2000), e o IDESE, 0,673 (2006).

A infraestrutura de atenção à saúde do município, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), é composta por 1 unidade básica de saúde (UBS), que abriga duas equipes de ESF implantadas em 1999 e 2002 e que oferecem 100% de cobertura populacional. Há um Hospital Geral com 27 leitos, 21 disponíveis ao SUS, representando 4,9 leitos/1000 habitantes. No município, trabalham para o SUS 5 enfermeiros (1,2/1000 hab.) – 2 na rede básica e 3 no hospital –, 14 médicos (3,2/1000 hab.) – sendo 3 clínico-gerais e 1 pediatra na AB. Também trabalham 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista, 1 psicóloga na AB, 2 assistentes sociais, uma no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e 10 agentes



comunitários de saúde (ACS). Como referência na MC e AC em cardiologia e neurologia, o município conta com o Hospital Regional Bruno Born, localizado em Lajeado.

A despesa com saúde por habitante/ano foi, na média do período de 2006 a 2009, de R\$ 308,02; R\$ 201,05 deste valor foi pago com recursos próprios e o restante, de transferências da União e Estado. O município atende ao definido pela EC 29 – ou seja, tem aplicado no mínimo 15% de sua receita na saúde (15,7%, em 2009). Observa-se, no período de 2002 a 2011, um incremento na transferência de recursos fundo a fundo na Atenção Básica (de R\$ 120.166,00 para R\$ 448.250,00), Assistência Farmacêutica (de R\$ 4.912,00 para R\$ 31.268,00) e Vigilância em Saúde (de R\$ 1.076 para R\$ 10.080,00). Estes dados foram retirados do Caderno de Informações em Saúde (BRASIL, 2012).

O levantamento dos dados epidemiológicos sobre as DCV revelou que o número absoluto de óbitos no período de 2003 a 2007 foi 19, ficando o CM 85,23. Em 2008 e 2009 foram registrados mais 16 óbitos, mostrando tendência de elevação neste grupo de causas. Do total dos óbitos de 2003 a 2009, 22,85% atingiram a população com menos de 70 anos de idade. Na mortalidade proporcional por grupo de causas, as DAC estão em primeiro lugar e representaram, em 2008, 30% dos óbitos. As internações por DAC aparecem como segundo grupo de causas, com 10,2% em 2009. No período de 2006 a 2010 ocorreram 222 internações por DAC (BRASIL, 2012).

O município B (CM>) foi emancipado em 1997, conta com 4.068 habitantes (IBGE, 2010), 38% deles residindo em zona urbana. A proporção de pessoas com mais de 60 anos é de 23,2%, e a esperança de vida ao nascer, 73,57 anos (2000). A colonização foi preponderantemente de origem alemã.

A produção primária é a principal atividade econômica, destacando-se os setores avícola, suinícola e pecuária leiteira. A produção de grãos também contribui para a economia. Os dados socioeconômicos apontam uma renda mensal domiciliar per capita nominal média de R\$ 738,00. A taxa de alfabetização de pessoas de 5 anos ou mais é de 92,55%, e pessoas analfabetas acima de 15 anos formam 6,9% da população (IBGE, 2010). O IDH é de 0,79 (2000) é o IDESE 0,644 (2006).

Este município tem ampla extensão territorial: 125 km<sup>2</sup> e localidades bem distantes da zona urbana (até 32 km). Por isso, organizou-se de forma que uma das ESF atenda na unidade central, e, em alguns dias da semana, a equipe desloca-se para unidades rurais. Na mesma estrutura, no centro da cidade, funcionam duas ESF – uma implantada em 2003 e a segunda, em 2005 (100% de cobertura), uma UBS e a Secretaria de Saúde. Conta com um Hospital Geral que possui 43 leitos (sendo 30 para o SUS), representando 7,3 leitos por 1000 hab.

Trabalham para o SUS no município 5 enfermeiros (1,2/1000 hab), 26 médicos (6,3/1000 hab), 3 nutricionistas, 2 farmacêuticos, 1 psicóloga e 9 ACS. Destes, atuam na AB dois enfermeiros, dois médicos clínico-gerais, um psiquiatra, um ginecologista, assim como uma nutricionista, um farmacêutico e uma psicóloga.

No período de 2006 a 2009, a média de despesa total com saúde por habitante/ano foi de R\$ 343,93, sendo R\$ 254,56 com recursos próprios e R\$ 89,37 oriundo de transferências da União e do Estado. O município aplicou 16,3% de recursos próprios em saúde em 2009. Também, neste município, observa-se incremento nas transferências fundo a fundo, de 2002 a 2011, na Atenção Básica (de R\$ 89.435,00 para R\$ 331.608,00), Assistência Farmacêutica (de R\$ 4.661,00 para R\$ 19.270,00) e Vigilância em Saúde (de R\$ 1.071,00 para R\$ 7.200,00). Na média e alta complexidade, as transferências ficaram estáveis (R\$ 20.699,00 e R\$ 18.588,00) (BRASIL, 2012).

Os dados epidemiológicos revelaram 78 óbitos de 2003 a 2007, ficando o CM por DCV neste município 350,83. Em 2008 e 2009 foram registrados mais 30 óbitos, mantendo a tendência anterior de óbitos por este grupo de causas. Do total dos óbitos de 2003 a 2009, 17,58% atingiram a faixa etária abaixo de 70 anos. As DAC estão em primeiro lugar na mortalidade proporcional segundo grupo de causas, com 31,7% em 2008. As internações por DAC aparecem como segundo grupo de causas, com 14,1% em 2009. No período de 2006 a 2010 ocorreram 522 internações.

Não foi possível utilizar dados do Sistema de Informações Hiperdia, pois se observa importante subnotificação por parte dos dois municípios.

Há, na região, um consórcio intermunicipal de saúde (CONSISA), utilizado principalmente nas referências de MC. A adesão é opcional, tendo o município A (CM<) aderido e, em 2012, descredenciado, segundo a Secretária Municipal de saúde, pois não conseguiam os atendimentos e consideraram o convênio direto com o HBB mais viável economicamente. O município B (CM>) nunca aderiu ao consórcio.

Mostramos nos quadros a seguir (Quadros 07 e 08) registros de atendimentos e procedimentos relacionados às DCV nos dois municípios.

**Quadro 07-** Procedimentos Município A (CM<) relacionados às DCV.

Procedimento	Parâmetro Noas/01	Oferta HBB/2011	Procedimentos realizados									Faltas HBB	
			SIA			HBB			Convênio				
Fonte da informação			09	10	11	09	10	11	09	10	11	10	11
Ecocardio e EcoDoppler	12	15	10	16	41	nd	16	48	nd	nd	nd	0	5
Eletrocardiogama*	180	0	nd	nd	nd	0	0	0	nd	nd	nd	0	0
Holter 24h		1	nd	nd	nd	nd	5	4	nd	nd	nd	1	1
Teste Esforço		6	nd	nd	nd	nd	8	16	nd	nd	nd	0	5
Consultas cardiologia	144	11	nd	nd	nd	nd	18	21	nd	nd	nd	0	5
Cateterismo Cardíaco	sc	sc	5	2	2	3	1	4	0	0	0	0	0
Cirurgia Cardíaca	sc	sc	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

**Fonte:** Portaria 1101/2001, HBB, SIA e registros municipais.

nd – Dado não disponível

sc – Sem Cotas

\* A atenção básica realizou 267 eletrocardiogramas em 2011

**Quadro 08 –** Procedimentos Município B (CM>) relacionados às DCV.

Procedimento	Parâmetro Noas/01	Oferta HBB/2011	Procedimentos realizados									Faltas HBB	
			SIA			HBB			Convênio				
Fonte da informação			09	10	11	09	10	11	09	10	11	10	11
Ecocardio e Eco Doppler	12	15	30	9	13	nd	3	14	nd	nd	29	0	0
Eletrocardiograma*	180	0	nd	nd	nd	0	0	0	nd	nd	78	0	0
Holter 24h		1	nd	nd	nd	nd	0	0	nd	nd	7	3	3
Teste Esforço		6	nd	nd	nd	nd	8	11	nd	nd	24	1	3
Consultas cardiologia	144	11	nd	nd	1	nd	6	20	nd	nd	105	1	4
Cateterismo Cardíaco	sc	sc	15	6	10	3	6	13	0	0	0	0	0
Cirurgia Cardíaca	sc	sc	0	0	0	1	1	4	0	0	0	0	0

**Fonte:** Portaria 1101/2001, HBB, SIA e registros municipais

nd – Dado não disponível

sc – Sem Cotas

Estas informações revelam a enorme defasagem entre os parâmetros da Noas/01 e a oferta disponível no serviço de referência, forçando os municípios a buscar alternativas de acesso – no caso, convênios municipais com o mesmo prestador, segundo relato das Secretárias Municipais de Saúde. Observamos que o município B (CM>) realiza maior número de procedimentos de AC (3 vezes mais cateterismos e cirurgias cardíacas), enquanto o município A (CM<) acessa maior número de procedimentos de MC pela cota SUS fornecida pelo Estado (120% a mais). Este fato pressupõe que o município A atue mais precocemente no processo de adoecimento por DCV. Chama atenção o número de faltas aos procedimentos e atendimentos agendados. Foram 18% de faltas em relação aos procedimentos de média complexidade realizados no município A e 22% no município B em 2011.

Nos capítulos seguintes, com os dados qualitativos coletados nas entrevistas, grupos focais e nas trajetórias assistenciais dos usuários, complementamos a análise que nos ajudou a entender a realidade destes municípios.

## 6.2 Modelo assistencial: a configuração da rede de atenção à saúde

O modelo de atenção, segundo a OPAS (2011<sup>b</sup>), é considerado o terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde, sendo o primeiro a população e o segundo a estrutura operacional.

Modelos de atenção são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (OPAS, 2011<sup>b</sup>, p. 20).

Os autores deste documento da OPAS referem que os modelos de atenção às condições crônicas são mais complexos e buscam uma atenção contínua que engloba cuidados primários, secundários e terciários, sistemas de apoio e sistemas logísticos. Envolvem ações de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, reabilitação e palição das condições de saúde, operando sobre todo o ciclo de uma condição crônica de forma integral.

Este subcapítulo traz a visão das equipes gestoras municipais, da 16<sup>a</sup> CRS e do serviço de referência regional em cardiologia sobre a rede de atenção à saúde dos portadores de DCV.

A coleta de informações iniciou em janeiro/2012 com os dados secundários e documentais, e de fevereiro a maio/2012 ocorreram entrevistas e grupos focais.

Não obtivemos muito sucesso com os dados documentais solicitados aos municípios. O município B (CM>) mantinha registro de exames realizados em 2011, mas não de cateterismos e cirurgias cardíacas. O município A (CM<) informou poucos dados de alguns exames e de cateterismos. A auxiliar administrativa relatou que iria solicitá-los ao HBB.

Verificamos que as equipes desconhecem as cotas de exames, procedimentos e consultas destinados ao município pelo serviço de referência, bem como não mantêm registros destes, quando são realizados fora do município. Isto revela que os municípios não acompanham e/ou registram plenamente as trajetórias dos usuários.

*“Sei que essas informações deveriam constar em arquivo na unidade, porém isso ainda não está acontecendo por vários motivos... mas já foi discutido em reunião com a secretária de saúde e equipe” (EA1).*

Para a coleta de dados no HBB, inicialmente submetemos o projeto de pesquisa para avaliação por meio eletrônico. Quando aprovado, conversei pessoalmente com o gestor

hospitalar, apresentando o projeto de pesquisa e solicitando permissão para entrevistá-lo; ele aceitou imediatamente e agendamos o dia da entrevista.

Com a finalidade de entrevistar o servidor da gestão regional, encaminhamos ofício ao Coordenador Regional de Saúde, que permitiu sua realização. Após contatei pessoalmente o servidor e agendamos a entrevista.

Realizei uma visita agendada com as equipes dos dois municípios selecionados a fim de apresentar o projeto de pesquisa e verificar se aceitavam participar. As duas secretárias de saúde e suas equipes autorizaram, e marcamos a data para os grupos focais. Como precisávamos desta autorização por escrito, solicitei-a aos municípios. O município A (CM<) enviou prontamente o documento para a CRS onde trabalho com o motorista da ambulância. O documento do município B (CM>) não chegou no dia combinado. Tentei localizar o documento no protocolo e não foi encontrado. Entrei novamente em contato com o município. A pessoa de contato insistiu que havia sido enviado e decidiu conversar com o motorista para verificar o que tinha ocorrido; este não sabia de que se tratava e não foi localizado quem havia trazido o documento. Então refizeram o documento e enviaram dois dias depois. Relato este fato, pois ele ilustra um dos problemas frequentes que ocorre entre as diversas instâncias e serviços: extravio de papéis e documentos.

No primeiro contato que fiz com os municípios, agendando a apresentação do projeto, expliquei que se tratava de um grupo focal com a equipe gestora da saúde e que ficaria a critério deles verificar quem seriam estes profissionais, sendo imprescindível a participação do Secretário de Saúde. É importante ressaltar que os profissionais identificados nos municípios foram enfermeiros e auxiliares administrativos, além do Secretário de Saúde. Apenas uma médica participou da coleta de informações como parte da equipe. Isto confirma a ausência de um grupo multiprofissional no envolvimento com a gestão dos serviços e do sistema de saúde. Algumas vezes, as pessoas envolvidas tem pouca ou nenhuma experiência, assim como as que ocupam o cargo de Secretários Municipais de Saúde.

Estudo realizado nesta região sobre os processos de trabalho em uma ESF mostrou que as atividades de coordenação e planejamento geralmente são realizadas pela enfermeira solicitada pelo secretário municipal de saúde para esta função, sobrecarregando-a devido ao acúmulo da função gerencial e assistencial, sem a participação de outros profissionais da equipe (Pavoni e Medeiros, 2009).

Para auxiliar-me na realização dos grupos focais, convidei uma estudante do Curso de Enfermagem da UNIVATES, que me acompanhou e também transcreveu as entrevistas individuais e os grupos focais.

Os termos em destaque no texto a seguir estão relacionados às categorias analíticas do referencial teórico escolhido para avaliar a rede de atenção à saúde dos portadores de DCV.

Devido à utilização dos termos Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) por diferentes autores referenciados neste trabalho, salientamos que são considerados sinônimos conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011<sup>a</sup>). Neste trabalho, optamos por utilizar o termo Atenção Básica, quando não for citação de outros autores.

Iniciamos a descrição e análise da rede de atenção aos portadores de DCV pela sua organização e funcionamento a partir da ótica dos vários níveis de densidade tecnológica e instância municipal e regional do SUS.

### **6.2.1 Organização e funcionamento da rede de atenção à saúde dos portadores de DCV na perspectiva da equipe gestora do município A (CM<)**

No grupo focal realizado neste município participaram duas enfermeiras, uma de cada ESF, a auxiliar administrativa e a secretária de saúde. A enfermeira doravante, designada como EA1 (enfermeira 1, do município A), é graduada há 6 anos e trabalha na ESF há 4 anos. Antes disso, trabalhou por 2 anos e meio em uma instituição de longa permanência para idosos em outro município. Atualmente, está cursando Especialização em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). A outra enfermeira (EA2) formou-se há 9 anos e meio e trabalha na ESF há cerca de 6 anos. Anteriormente, trabalhou em ESF de outro município. É pós-graduada em Intervenção em Saúde Coletiva (lato sensu) e está cursando a Especialização em Saúde da Família pela UNA-SUS. A auxiliar administrativa (AA) está cursando o Técnico em Enfermagem, trabalha na secretaria de saúde há cerca de 3 anos e é responsável pela marcação de consultas e procedimentos fora do município e pela alimentação de alguns sistemas de informação. A secretária de saúde é técnica em enfermagem, atuou 11 anos na área hospitalar e está neste cargo há 2 anos e meio.

Chama atenção a não percepção de profissionais de outras áreas como integrantes da equipe gestora. Também ressaltamos a importância da iniciativa do MS na oferta de cursos de especialização à distância para os profissionais das ESF (UNA-SUS), pois os de ambos os municípios estão aproveitando esta oportunidade de formação e avaliando-o positivamente.

Embora previamente agendado, o grupo iniciou com 1h de atraso, pois a secretária estava atendendo pessoas e precisou da interferência de um profissional da equipe. Este tipo de relacionamento nos pequenos municípios é muito frequente devido à proximidade dos secretários com a comunidade. No entanto, verificamos que nem sempre esta relação é

positiva, pois leva os gestores a tomarem decisões motivadas por pressão exercida pela população e não por critérios técnicos.

Uma das enfermeiras relatou que a nossa conversa motivou a reflexão sobre algumas falhas que existem no município, começando pela falta de registros e acompanhamento dos usuários. Referiu que, após minha solicitação de dados sobre os atendimentos dos usuários, perceberam a necessidade de manter registros e conversaram com a secretária de saúde sobre a premência da organização destes. Neste ponto, ressaltamos a preponderância que, conforme Ayres (2004), o caráter formativo da avaliação deve ter sobre as finalidades técnicas.

*“Eu acho importante esses questionamentos, no sentido de a gente refletir, a gente avaliar o que a gente está trabalhando, o que falta, o que pode melhorar. Às vezes a gente não para pra pensar nessas coisas, e foi um momento para isso também”* (EA1).

A rede de atenção à saúde neste município compõe-se estruturalmente das duas equipes de ESF, do setor de marcação de consultas e procedimentos fora de domicílio da secretaria municipal de saúde, do hospital local, do hospital de referência regional (HBB) e, eventualmente, de serviços de saúde em Porto Alegre acessados pelo Sistema AGHOS, que faz a gestão e regulação assistencial e financeira de saúde no módulo de regulação ambulatorial de consultas especializadas. Estão incluídos na rede, também, serviços de diagnóstico – como laboratórios de análises clínicas e exames de imagem vinculados ao hospital local e regional. Considerando somente os critérios serviços oferecidos, profissionais e a estrutura, esta rede é suficiente para **atender a população nos diversos níveis de densidade tecnológica; ou seja, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos.**

Os participantes justificaram que as duas equipes de ESF e a secretaria de saúde estão na mesma estrutura física pela inexistência de outro local disponível no município. Explicam que o espaço tem sido melhorado aos poucos, estando neste momento também em reforma e ampliação, sendo uma das metas da secretária municipal separar as duas equipes. Embora atuem no mesmo espaço físico, cada equipe tem a sua população adscrita, portanto, **população e territórios definidos.**

[...] o atendimento é individual, é separado, cada área tem a sua população, mas em caso de um dia, por exemplo, de visita domiciliar de uma equipe, a outra equipe atende as urgências. Mas a população toda conhece, tem uma cópia do cronograma, quando a equipe está na unidade, quando a equipe está em visita, quando está em grupo, quando está em reunião. (EA2)

A definição do território de abrangência das ESF e boas condições estruturais (físicas e de equipamentos) são consideradas pré-requisitos básicos para o aperfeiçoamento da AB (SILVA, 2011).

Conforme avaliação das enfermeiras, a localização das unidades é a ideal por ser centralizada. Referem que as pessoas não têm problemas de acesso, inclusive as da zona rural.

[...] nós não temos um município muito pobre, o nosso município não é de pessoas carentes, a maioria da população tem o carro próprio, tem como chegar até aqui, se não tem carro tem como pagar um táxi ou pagar o combustível pro vizinho... é difícil aquela pessoa que esteja a pé, ou tem uma bicicleta ou tem um cavalo[...]. (EA2)

Ao serem questionados sobre a organização e o funcionamento da rede de atenção aos portadores de DCV, os participantes do grupo focal passaram a descrever como o usuário chega à Unidade de Saúde da Família (USF) e qual o fluxo do atendimento. Este fluxo mostra um **modelo de atenção ainda centrado no atendimento médico**, e a ausência do acolhimento como tecnologia de cuidado.

Quando elas chegam na unidade primeiramente passam pela enfermagem, mas a enfermagem não faz uma abordagem, uma consulta de enfermagem pra gente já saber do problema dessa pessoa. É feito a triagem, visto os sinais e encaminhada pra consulta médica, porque elas já vêm pra consulta médica. Elas tiram ficha, eu quero consulta médica, e aí passa pelo médico que depois dá o encaminhamento... Se o médico percebe que tem necessidade de ir num cardiologista, ele faz esse encaminhamento pelo SUS e daí passa pelo setor de marcação. (EA1)

Nesse ponto, concordamos com Silva (2011) quando afirma que a vigilância em saúde, fundamental para o fortalecimento da AB, tem enormes desafios no SUS, apresentando muitas debilidades. Estas têm causas variadas; no que se refere ao planejamento das ações de saúde nos territórios, no entanto, afirma que a equipe precisa superar a concepção biomédica restrita de necessidade em saúde.

No modelo biomédico, a necessidade em saúde geralmente se associa à presença de uma “enfermidade”. Trata-se de um modelo restrito, que não dá conta de explicar suficientemente boa parte das condições crônicas, que não se adaptam ao padrão das práticas biomédicas hegemônicas. Estas, quando exercidas de forma restrita, além de associar a expressão de uma necessidade em saúde a uma doença, associam a doença à necessidade de um diagnóstico localizado em um ou mais órgãos e a cura a um procedimento ou medicamento (SILVA, 2011, p. 161-2).

A equipe ressalta que, quando o usuário apresenta sintomas de algum problema urgente de saúde, procura agilizar o atendimento; inclusive, encaminha-os para o hospital local, já que não há estrutura na ESF para realizar primeiros socorros e utilizar medicamentos



endovenosos. Esta questão é relevante, pois mostra a baixa incorporação tecnológica na AB. A OPAS (p. 86, 2011<sup>b</sup>) recomenda “o adensamento tecnológico da APS que deve ser feito por meio da implantação de diretrizes clínicas baseadas em evidências e a conseqüente criação das condições tecnológicas para que os procedimentos propostos sejam operacionalizados”. De acordo com Mendes (2012), a organização do sistema de atenção às emergências na perspectiva de redes de atenção à saúde, assim como a valorização da ESF como um ponto de atenção dessa rede, inclui classificar risco nas unidades de cuidados primários e estruturá-las para atender às urgências menores e para fazer o primeiro atendimento das urgências maiores.

Se necessário, a equipe faz eletrocardiograma na própria unidade e este é avaliado pelos médicos da ESF. Quando não há urgência, os usuários são acompanhados por estes médicos, que solicitam exames complementares e avaliam a necessidade de encaminhamento para o serviço de referência regional em cardiologia. Estas ações indicam **uma incipiente classificação do risco** pela equipe, pois se dá quando o usuário já manifesta sintomas – portanto, uma prevenção já a nível secundário. Em um modelo de atenção integral à saúde há “uma interface permanente entre a vigilância e a assistência” (Silva, 2011, p. 162). Portanto, é necessário que as equipes modifiquem alguns processos de trabalho e atuem na promoção da saúde e prevenção das DCV, mas isto só é possível quando há o deslocamento do olhar da doença para a saúde.

Conforme Mendes (2012), a estratificação da população por riscos é fundamental na atenção às condições crônicas. Ao dividir uma população total em diferentes tipos de subpopulações, segundo os riscos singulares, pode-se subofertar cuidados necessários a portadores de maiores riscos ou sobreofertar cuidados desnecessários a portadores de condições de menor risco. Segundo ele, esse problema explica, em grande parte, as dificuldades de abrir a agenda na ESF para atenção à saúde dos portadores de condições crônicas.

A estratificação da população exige o seu conhecimento profundo pelo sistema de atenção à saúde. Isso implica o cadastramento de todas as pessoas usuárias e de suas famílias, o que é tarefa essencial da ESF e que expressa o seu papel, nas RASs, de responsabilização pela saúde dessa população. Mas o cadastramento não pode se limitar a cada indivíduo. Há que ir além: cadastrar cada pessoa como membro de uma família, classificar cada família por risco socio-sanitário e ter um registro com informações de todos os portadores de cada condição de saúde, estratificados por riscos (Mendes, 2012, p. 165).

Os atendimentos ocorrem por demanda espontânea, mas a equipe relata que dificilmente alguém fica sem atendimento, mesmo o usuário da zona rural.

[...] eles vem cedinho da manhã, eles não vem onze horas, porque eles já sabem que onze horas já tem a demanda ali pra ser atendida e não vai dar tempo pra atender. Se for caso de exames, a gente marca pra outro dia, ou se é uma urgência a gente sempre encaixa, deixa um espaço pras urgências. (EA1)

Em caso de necessidade de encaminhamento, estes usuários são direcionados para o setor de marcação de consultas da Secretaria de Saúde, que funciona na mesma estrutura física das duas USF.

[...]a gente encaminha pro HBB pra consulta pelo SUS ou pelo convênio. Lá o médico vai pedir os exames que são necessários, teste ergométrico, holter ou o eco Doppler, aí a gente encaminha pelo SUS também, onde a gente consegue muito pouco... é um por mês, uma consulta por mês, um eco doppler por mês, teste ergométrico tem bastante, não tem problema nenhum, holter também... Sempre no HBB. No Instituto de Cardiologia (Porto Alegre) já não se marca mais, só continuam indo os pacientes que já eram pacientes do Instituto de Cardiologia. (AA)

Segundo a auxiliar administrativa, a principal referência em cardiologia tem sido o HBB, preferida pelos usuários. Ocorrem encaminhamentos para várias especialidades em Porto Alegre, acessadas pelo sistema AGHOS; na área da cardiologia, porém, estes têm sido solicitados somente em casos pediátricos.

O município mantém convênio com o hospital local para consultas e internações. Observa-se, na fala da Secretária de Saúde, que considera SUS somente o que é financiado pela União e Estado, colocando os investimentos municipais como outra modalidade de custeio dos serviços de saúde.

Faz parte do convênio, nós pagamos R\$ 70,00 a consulta pro hospital, nós não conseguimos entrar nada SUS aqui no nosso hospital hoje, pouca coisa que a gente for mandar pra lá, nós temos que pagar. A gente repassa R\$ 30.000,00 por mês pro hospital, mas daí envolve as consultas encaminhadas do posto, as internações que tem complementação, tudo tem complementação aqui, daí a gente repassa, e o sobre aviso dos médicos. (SA)

A Secretária de Saúde refere que, quando o valor mensal repassado ao hospital é todo utilizado e há necessidade de outros atendimentos, a assistente social faz um parecer sócio-econômico do usuário para verificar se ele necessita que o atendimento seja financiado pelo município. Esta ação fere o princípio da universalidade, conforme o artigo 196 da Constituição Federal: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

No entanto, a equipe afirma que os **recursos financeiros são insuficientes** e que a **necessidade de financiar a MC**, assim como garantir atendimento fora do horário do funcionamento das ESF **limita os investimentos do município na AB**.

[...] eu não consigo tentar planejar alguma coisa pra fazer diferente, tentar puxar um projeto novo além dos que a gente já tem, porque o nosso recurso, nós ficamos com 15.5% na saúde, então entre medicação e médicos, sobra pouco para investir em outras coisas. Tu não consegue inovar, tu não consegue fazer coisas diferentes. (SA)

Todo mês vem um relatório, a gente repassa R\$ 3.000,00 para cada médico de sobre-aviso, são dois médicos, 15 dias cada um,... A gente repassa R\$ 250,00 por AIH de complementação na internação... São 16 AIH's... Nós colocamos um limite, porque senão nós não iríamos conseguir ficar dentro deste valor. Os encaminhamentos do posto para o hospital também a gente paga R\$ 70,00, consulta fora de hora, que é depois que fecha a unidade, e a gente repassa R\$ 150,00 para cada paciente, se tu fores lá de noite. (SA)

No início do ano a Secretaria de Saúde faz um empenho prevendo gastos com medicações, convênio com hospital local e regional, exames e despesas fixas. No entanto, segundo a secretária, em setembro ou outubro o valor previsto no orçamento vai chegando ao final devido à necessidade de financiar a MC.

Righi (2002, p 183) afirma que “o argumento para não investir na rede básica, freqüente em pequenos municípios, é de que qualquer aposta na melhoria do atendimento da rede básica determina o esgotamento das condições para manutenção dos hospitais e da rede de serviços privados que o circulam”. Concordamos com a afirmação da autora, pois verificamos que algumas vezes a demanda é “fabricada” e direcionada, em outras reflete a ineficiência da AB. Contudo, também consideramos que há omissão por parte da União e do Estado em definir e garantir referências coerentes com parâmetros técnicos, como se observa na defasagem entre o quantitativo estabelecido pela NOAS/01 e o oferecido no serviço de referência.

Conforme Carvalho e Medeiros (2011), o financiamento do SUS precisa ser reavaliado do ponto de vista legal, funcional e de suficiência e eficiência, pois os municípios foram sendo desfinanciados com recursos de transferência federal e ficaram com cada vez menos poder de ação e mais responsabilidades. Referem que se observa retração da participação da União e elevação da participação dos Estados e municípios.

A afirmação dos autores comprova-se quando se observa o percentual de recursos utilizados pelo município A que, no período de 2006 a 2009, representou 65% dos gastos per capita em saúde. Em relação ao Estado não se observa o mesmo investimento em saúde; o RS

nunca aplicou o percentual estabelecido pela EC 29, chegando ao máximo de 8,04% em 2011. Esses dados foram verificados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

O município mantinha convênio com o Consisa, mas o cancelou e, no momento, mantém apenas o atendimento do Serviço de Atenção em Urgências (SAMU) através do consórcio. O motivo do cancelamento, segundo a secretária municipal, é não haver viabilidade financeira, pois a secretaria pagava um valor mensal per capita e, sobre este, um valor por atendimento/procedimento. Na análise comparativa entre o Consisa e o HBB, julgaram que o último seria mais interessante. No entanto, constatamos que o convênio com o HBB inclui parte do pagamento realizado pelo usuário, o que fica subentendido na fala abaixo.

*“Só que daí essa diferença que a gente pagava, além do consórcio, do convênio em si, nós fomos analisar que não valia a pena. Então se é uma pessoa carente, realmente não tem (condições), a gente paga o exame inteiro e pronto” (SA).*

Novamente, observa-se ilegalidade nestas condutas, que não observam **os princípios da universalidade e integralidade** presentes na Lei 8080 (BRASIL, 1990) tanto por este município, como por outros da região. A justificativa da gestão municipal está relacionada à falta de financiamento da MC pelo Estado e União, o que verificamos ser uma realidade. Carvalho e Medeiros (2011) propõem, para o financiamento de redes de atenção à saúde, a incorporação da alocação dos recursos financeiros referentes à MC à AB, estabelecendo um per capita agregador das duas ações, principalmente dos recursos das especialidades básicas gerais e dos atendimentos ambulatoriais especializados mais universais. Isto, segundo eles, poderia empoderar a AB como condutora e orientadora da organização sistêmica dos serviços de saúde.

A NOAS 01/02 estabeleceu parâmetros quantitativos para consultas e procedimentos no SUS, conforme descrito anteriormente, sendo que estes são utilizados em todo país indiferentemente da composição etária da população. Os municípios em estudo possuem um percentual de idosos muito acima da média brasileira, o que implicaria em uma necessidade maior de atenção em relação aos problemas cardiovasculares. Além disso, o que se encontrou foi uma oferta muito aquém dos parâmetros no que se refere a consultas em cardiologia. Um dos resultados deste problema é uma longa fila de espera, conforme relato.

*“Tem fila de espera, eu tenho em torno de 13 ou 14 pacientes esperando por consulta... Um por mês, cada trinta dias é chamado um... Nos retornos geralmente está demorando muito e têm exames que estão vencendo” (AA).*

A equipe refere que pelo sistema AGHOS o acesso está muito difícil, conseguindo-se poucos atendimentos.

*“Tu abre a fila de espera (virtual) e os pacientes tão lá esperando, com prioridade, e daí lá ficam, vão para opção 1, opção 2 e lá vai, vai ficando, ficando”* (AA).

A **limitação do acesso** tem levado à permeabilidade entre o serviço público e o privado e à normalização da ilegalidade com a participação do usuário no financiamento dos serviços. A alternativa escolhida para melhorar a situação do tempo de espera foi o convênio entre o município e o HBB; o primeiro paga um valor anual para o hospital, relativo a um quantitativo de consultas e procedimentos, e o usuário complementa este valor conforme sua utilização.

É um convênio que a gente tem... a gente ganha uma diferença nas consultas, nos exames, procedimentos, só que a gente procura só mesmo em cardio, se o paciente não tem condições e que é muito urgente, porque daí é tudo pelo convênio, desde a internação, envolve todos os exames e tudo, e daí um cateterismo pra nós município, se nós formos pagar pra um, a gente tem que pagar pra todos. Como é uma cidade pequena, todo mundo fica sabendo, e daí a gente não tem condições, não tem como suportar, a gente faz um empenho global no início do ano pra durar, pra ter uma previsão pelo menos que dure o ano, e já repassa esse dinheiro no início do ano para o hospital. (SA)

Na utilização deste convênio, a Secretária relata que, se o usuário for muito carente, o município paga também a complementação; caso contrário, a escolha é do usuário – se espera na fila ou se utiliza este convênio. Ressaltamos que, quando o usuário acessa o serviço via convênio, todos os outros exames e procedimentos são feitos da mesma forma, isto é, com complementação de pagamento.

*“Se for escolha dele, o paciente paga. Por exemplo, não quer esperar, ele vai lá e ele paga do dinheiro dele”* (EA1).

Esta situação resulta na permeabilidade constante entre as várias formas de acessar o serviço de referência. Questionamos a autonomia de escolha referida pela enfermeira, pois neste momento o usuário encontra-se em situação de vulnerabilidade, assustado com sua situação de saúde. Entendemos que esta é uma lógica cruel, pois implica em fazer algum tipo de sacrifício na família para não arriscar a própria vida.

*“Por causa da demora eles vão com o doutor..., pagam R\$ 66,00 o convênio do HBB, daí fazem a primeira consulta, só que daí não tem mais direito aos exames e o paciente já não quer mais o convênio, quer voltar pro SUS, daí fica complicado pra mim”* (AA).

De acordo com Conill et al (2008, p. 1502), a segmentação do acesso tem sido uma das questões centrais dos problemas do SUS, levando a “um efeito denominado de Hood

Robin, ou seja, enquanto a população pobre só tem acesso ao SUS, os usuários dos outros segmentos podem constitucionalmente utilizar o sistema público, em geral, para exames mais sofisticados, procedimentos e medicamentos mais custosos”.

Santos et al (2008, p. 1433) tentaram demonstrar em um estudo que “ a construção do sistema nacional de saúde brasileiro a partir de uma base fortemente privatizada – que era a existente em 1988 – resultou em um modelo absolutamente peculiar, no qual há uma imbricação do estatal e do privado nos principais elementos estruturantes do sistema”. Este fato, segundo as autoras, levou à duplicação da cobertura de serviços de saúde e à disponibilização, pelo segmento suplementar, de uma oferta de serviços hospitalares e, principalmente, de equipamentos de AC e MC muito maior do que a observada no SUS.

Constatamos que a utilização dos serviços por várias portas de entrada dificulta o acompanhamento dos usuários pela ESF. Eles ora buscam o sistema privado, ora o sistema público, principalmente quando necessitam de exames. A visita domiciliar é uma estratégia utilizada pela equipe na tentativa de acompanhar estes usuários. Sobre o motivo desta forma de utilização dos serviços, a equipe avalia:

A gente já conversou sobre isso muitas vezes, é por que eles não conseguem atendimento no consultório particular, que está cheio, daí numa urgência, num mal estar, eles vem aqui, e a gente atende, precisa atender, aí é uma prioridade, uma urgência para nós, ou muitas vezes querem também uma opinião de outros médicos. Nós falamos antes do vínculo com os médicos, nós temos médicos antigos, que atendem na unidade de saúde e tem consultório particular, então querendo ou não eles acabam passando aqui também, para serem atendidos por esse mesmo médico que atende particular, ou através de plano. (EA1)

Observamos que a **AB não atua como coordenadora da rede de atenção**, sendo apenas mais uma das **várias portas de entrada do sistema** e tem muita **dificuldade para manter o vínculo com o usuário**, especialmente quando estes são encaminhados para especialistas, resultando em **descontinuidade** no seu acompanhamento. O vínculo é com o médico, independente de onde ele atue: no sistema público ou no privado.

Nas condições crônicas a longitudinalidade da assistência é necessária para a continuidade da atenção, e a vinculação dos usuários às equipes é condição necessária para que ocorra o gerenciamento do cuidado clínico para a atenção em rede (Silva, 2011).

A **deficiente comunicação entre os serviços** contribui para piorar este problema. Outro agravante é a **falta de registros nos prontuários e de critério para estabelecer prioridades** ou realizar a busca ativa dos usuários. Os exames são marcados por ordem de chegada,

e o controle é feito pela auxiliar administrativa – que é a pessoa que mantém os únicos registros existentes.

[...] não se tem nada por escrito, que tenha vindo do hospital, dizendo o que foi feito nele, o que ele tem... Nunca chegou nota de alta pra nós, algumas vezes os pacientes trazem os resultados dos exames que foram encaminhados depois de um mês, dois, três, dez, sei lá, que as médicas solicitaram, e daí eles acabaram mostrando para aquele especialista e não mostraram pra elas. Então algumas vezes, em casos mais graves, que elas percebem que o caso vai ficar mais complicado, elas tentam entrar em contato para ver, ou uma de nós, para ver se a gente consegue alguma informação a mais, para ser colocada no prontuário. (EA2)

Este problema ficou evidente quando solicitei para sugerirem usuários portadores de DCV no município para que eu pudesse entrevistá-los; a resposta recebida foi de que haveria dificuldade, pois estes usuários são atendidos no consultório particular. Entendemos que este é um importante **problema, pois inexistem integração e coordenação clínica e administrativa.**

Conforme a OPAS (2011<sup>c</sup>), um dos atributos da AB é a coordenação. Esta deve ter a capacidade de garantir a continuidade da atenção com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e do papel de centro de comunicação das redes de atenção à saúde; isto significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. No entanto, constatamos que, sem estabelecer vínculo com o usuário e manter sistemas de registro e informação eficazes, esta função dificilmente pode se estabelecer na AB.

De acordo com o Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas (2006, p 40), “a continuidade de atenção não é alcançável se a organização da atenção primária é em menor escala e fragmentada, ou se não há um único ponto de entrada para o sistema de atenção em saúde”.

Quando colocamos ao grupo a pergunta sobre quais ações de promoção e proteção à saúde eram realizadas pelas equipes da ESF, as enfermeiras citaram atividades em grupo oferecidas nas várias comunidades que compõem o município.

Nós temos grupos semanais, a gente passa em todas as comunidades, as duas equipes. Vários assuntos são abordados, e entra os assuntos relacionados diretamente a esses cuidados, pessoas com hipertensão, diabetes, problemas cardiovasculares. São 11 grupos por cada equipe, tanto aqui no centro, como todas as comunidades do interior. (EA1)

*“Cada mês é um profissional diferente que passa. Um mês vai nutricionista, outro mês vai enfermeira, outro mês é médico, cada um vai falar um pouquinho de alguma coisa relacionado a isso” (EA2).*

Os grupos são realizados durante o dia, atingindo um público-alvo basicamente formado por trabalhadores rurais idosos que utilizam medicamentos contínuos. Novamente, observamos a **centralidade do trabalho educativo na doença e a pouca atenção à diversidade da população**. Não se evidenciou a percepção, pela equipe, da importância e necessidade da intersetorialidade na promoção à saúde.

A maioria dos nossos hipertensos e diabéticos são os idosos, acima de 60 anos, e esses normalmente não trabalham. No interior eles deixam de ir à roça, e vão para o grupo, porque o grupo é uma hora e pouquinho,... A gente convida toda comunidade, mas quem vai mais nesses grupos, quem participa, são aquelas pessoas que usam medicamento para hipertensão e diabetes. Em outro horário a gente não tem nenhuma atividade, fora do horário de expediente nosso, no caso até cinco horas da tarde. (EA1)

A única **ação intersetorial** relatada foi a realização de grupo de idosos que ocorre no centro da cidade, envolvendo profissionais de outros setores que oferecem atividades como dança, ginástica, lanche, oração e música. Verificamos, neste caso, que, em termos de abrangência na comunidade, é uma ação bastante limitada. A situação ideal proposta para a AB, em um projeto de qualificação do SUS realizado pela SES do Paraná, é de que a Secretaria Municipal de Saúde deveria integrar-se a outras secretarias e setores, a fim de desenvolver políticas comuns de promoção da saúde (Silva, 2011).

[...]a forma hegemônica de ação pública, praticada em todos os níveis federativos, é a do trabalho setorial isolado que retira efetividade e eficiência dos programas públicos porque é feita de forma tematizada fragmentada, sem uma articulação entre os diferentes setores. Isso necessita ser mudado levando a intervenções intersetoriais integradas que permitiriam gerar, pela sinergia, melhores resultados sanitários e econômicos (Mendes, 2012, p. 178).

Mendes (2012), em um modelo de atenção às condições crônicas na APS, propõe intervenções nos determinantes sociais da saúde e classifica-os em proximais, intermediários e distais. Recomenda ações intersetoriais para intervir nos determinantes intermediários. Estas ações constituem a base do modelo, têm como sujeito a população total e têm o foco nos fatores relativos às condições de vida e de trabalho e no acesso a serviços essenciais e às redes sociais e comunitárias. Os determinantes proximais são relativos aos comportamentos e estilos de vida, que são potenciados pelos determinantes intermediários e distais e são



considerados fatores de risco. A intervenção nestes fatores dá-se na gestão da clínica e na vigilância em saúde. Por fim, os determinantes sociais distais – os macrodeterminantes – exercem grande influência sobre os demais e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, inclusive a determinantes supranacionais como o processo de globalização.

Conforme os participantes do grupo, tem havido um movimento no sentido de **trabalhar em equipe e de forma interdisciplinar**. Entendem que esta é a proposta da ESF, envolvendo reuniões de equipe e discussões de caso. Consideram o **apoio do gestor municipal** fundamental para que isto se viabilize, e que este tem facilitado o processo de mudança que está ocorrendo nos últimos anos.

[...] a gente está trabalhando realmente a ESF, seguindo aquilo que tem que ser feito, e os resultados aos poucos vão aparecendo, porque tu percebes que a equipe está comprometida, que já consegue sentar e discutir e um não ficar bravo, realmente eu posso melhorar, eu posso mudar [...]antes a gente era meio barrado, sempre tinha uma coisa que não conseguia dar andamento, agora não, a gente senta com ela, ela diz que se tem que ser feito vamos fazer. É que ela tem um entendimento, ela tem essas informações, ela sabe o que precisa ser feito ou não, isso é bem importante, porque o gestor é que vai dizer não ou sim, então a equipe não pode ir além disso. (EA1)

*“[...] há seis anos aqui trabalhando, agora tem uma mudança muito brusca, e pra melhor com certeza, porque antes não se fazia reuniões, cada um tratava seu caso e pronto, até onde conseguia,... depois vou passar adiante. Agora não, agora se tenta”* (EA2).

Constatamos que estão sendo criados espaços de cogestão no município, com participação dos profissionais de saúde. A ausência destes espaços é considerada um dos problemas mais frequentes da AB (Silva, 2011).

A atuação multiprofissional geralmente está presente nas organizações de saúde, no entanto:

Cabe refletir sobre a correlação do cuidado com o processo de gestão. Uma coisa é pensar o trabalho em equipe como somatório de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, papéis hierárquicos e rígidos; a outra é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária, articulando um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado (Malta e Merhy, 2010, p. 599).

Os **recursos humanos** são considerados **insuficientes** pela equipe no que se refere a **especialistas** nas áreas de ginecologia, cardiologia, traumatologia e psiquiatria. Na AB, relatam ter uma equipe ampliada e suficiente. Acreditamos que a pouca resolutividade da AB

pode ser uma das causas dos encaminhamentos e dependência dos especialistas, assim como a dependência da rede externa. Não há Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), porque a legislação não contempla municípios deste porte. O mínimo de ESF vinculadas a um NASF do tipo 2, estabelecido pela Portaria 2488 (BRASIL, 2011<sup>a</sup>), são 3 equipes. A estratégia que pode ser utilizada neste caso, como apoio matricial, é o Telessaúde, instituído pelo MS em 2010 pela Portaria 402 (BRASIL, 2010<sup>c</sup>).

A literatura aponta que o grande déficit está em médicos generalistas, cuja proporção em relação aos demais é muito pequena no Brasil. Estima-se que são necessários 80 mil médicos generalistas para suprir esta deficiência. Em relação aos outros profissionais, o autor afirma que não há dificuldades nos municípios de grande e médio porte; portanto, deixa entrever que nos pequenos há alguma deficiência de oferta. Os dois principais problemas além do quantitativo são o perfil de formação e a rotatividade dos profissionais. Os médicos que atuam na saúde da família geralmente o fazem como atividade temporária, sendo que 60% permanecem menos de dois anos no mesmo posto de trabalho. É necessário desenvolver estratégias para tornar atraente a carreira de médico generalista, atraindo profissionais para esta área. Além disso, deve-se consolidar as mudanças nas políticas de formação e especialização, aderir às propostas de especialização em massa e à política de educação permanente em saúde. A formação dos profissionais precisa focar o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade, visando avançar na integralidade da atenção e na resolutividade da AB por meio do trabalho em rede, do vínculo com o usuário e da longitudinalidade da atenção. É necessário um equilíbrio entre as funções clínicas e gerenciais para a consolidação do trabalho em rede (SILVA, 2011).

Ressaltamos, ainda, em relação aos recursos humanos, a **falta de comprometimento e envolvimento dos profissionais** dos serviços de referência com a rede tanto local quanto regional, na medida em que fazem poucos registros dos atendimentos e não utilizam adequadamente os instrumentos de referência e contrarreferência, **prejudicando a comunicação e a integração na rede de cuidados**.

Este problema confirma Mendes (2008) quando este afirma que os sistemas de atenção à saúde são fragmentados e têm se organizado em pontos isolados, sendo incapazes de prestar atenção contínua aos usuários. Se os diferentes níveis de atenção não se comunicam, a APS não consegue exercer o papel de centro de comunicação deste sistema. O próprio conceito de redes proposto por Mendes (2008, p. 6) descreve que são “conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e

interdependente” e também “com responsabilidade sanitária e econômica por essa população”.

### **6.2.2 Organização e funcionamento da rede de cuidados aos portadores de DCV na perspectiva da equipe gestora do município B (CM>)**

O grupo focal com este município foi remarcado por três vezes. Em duas delas foi insistido para que eu realizasse o grupo mesmo sem a presença da secretária de saúde, o que argumentei não seria possível.

Os participantes deste grupo focal foram três enfermeiros, uma médica, uma auxiliar administrativa e a secretária de saúde. A enfermeira da ESF 1 (E1B) está formada há 6 anos e fez especialização em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública/RS. Trabalhou 1 ano em um centro de oftalmologia e está há 5 anos nesta ESF. O enfermeiro da ESF 2 (E2B) formou-se há 8 anos, concluiu especialização em Saúde da Família pela UNA-SUS e trabalha nesta ESF há 7 anos. A outra enfermeira (E3B) trabalha na UBS do município, é formada há 6 anos e é Especialista em Atenção Básica pela Escola de Saúde Pública/RS. Trabalhou 6 meses no hospital local e, desde então, está nesta UBS. A médica da ESF 1 (MB) formou-se há 10 anos e cursa o Mestrado em Saúde Coletiva na ULBRA. Trabalha há 2 anos nesta ESF e antes disso trabalhou em ESF de outros municípios. A auxiliar administrativa (AB) possui ensino médio, trabalha na secretaria há 3 anos e cursa Tecnologia em Informação. A secretária de saúde (SB) concluiu o ensino médio, não tinha experiência anterior na área da saúde e está há 3 anos e meio como gestora. Verificamos que o grupo é composto por profissionais com formação e experiência na área da saúde coletiva – ou seja, tem condições de dar suporte à gestora municipal.

O relato dos profissionais deste município iniciou afirmando que as duas equipes da ESF trabalham de forma diferente, e que cada uma iria relatar os seus processos de trabalho. Observamos que uma das equipes mantém um modelo assistencial mais tradicional (ESF 2), enquanto a outra se aproxima mais da proposta da ESF (ESF 1). A médica desta última estava presente no grupo focal e mostrou-se bastante participativa e **comprometida**, percebendo-se uma **parceria** importante com a enfermeira. Os relatos **não mostraram o mesmo envolvimento do médico da outra equipe**, que não participou do grupo. Esta diferença evidencia a importância do perfil de formação, pois esta médica é Especialista em Saúde da Família e está cursando o mestrado em Saúde Coletiva.

A equipe da ESF1 demonstrou motivação com as inovações que tem feito, mostrando-

se criativa e com desejo de **mudanças no foco do trabalho** – da doença para a saúde. Fez questão de mostrar-nos o que tem feito para conhecer e atuar melhor com as famílias. Apresentou-nos mapas das áreas do município que foram afixados em painéis no corredor da unidade, com marcações sobre a situação de saúde das famílias (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças). Observamos que, neste município, as falas iniciaram por **atividades de proteção e promoção à saúde**, diferente do grupo do outro município que focou a atenção médica e procedimentos.

Estas ações evidenciam que a equipe tem realizado movimentos no sentido de mudanças nos processos de trabalho na tentativa de suplantar a concepção biomédica em favor de um modelo assistencial mais pautado pela integralidade do cuidado. Nestes movimentos, destacamos atividades que buscam conhecer as necessidades da população adscrita, com identificação de fatores de risco e alguma incorporação da concepção ampliada do processo saúde/doença. Conforme Silva (2011), muitos dos problemas na AB estão relacionados com a concepção que a equipe tem do processo saúde/doença e com o planejamento nos espaços territoriais.

No entanto, conforme relatos a seguir, constatamos que estas mudanças são de difícil implementação, apesar do desejo dos profissionais.

A enfermeira da ESF1 refere que, quando é verificada alteração na pressão arterial de um usuário, este é acompanhado por uns dias e encaminhado para consulta médica. Sendo feito o diagnóstico de hipertensão, o usuário é cadastrado e convidado a participar do grupo de hipertensos e diabéticos. Esta equipe trabalha com oito comunidades, nas quais realiza grupo de educação em saúde de dois em dois meses onde a medicação é distribuída.

O grupo é aberto à comunidade, é um grupo de educação, mas que acaba indo mais os hipertensos e diabéticos... Como o acesso, como são longe as localidades... verifica a pressão e leva a medicação lá, e também nesse momento a gente está tentando facilitar, pede os exames de revisão, colesterol, glicemia, e sempre procura levar um profissional diferente. Então às vezes vai a nutricionista, vai uma educadora física, às vezes eu faço, às vezes a enfermeira, então é bem variado. O grupo foi implantado agora, vai fechar 2 anos. (MB)

Essa equipe observa que a maioria dos que participam dos grupos são idosos, com poucas exceções, com o acompanhamento de familiares. Os usuários da área urbana são pouco acessados pela equipe. Assim como no município A, neste também se observa **limitação na abrangência das ações de educação em saúde**. Além do problema da baixa cobertura das ações educativas, estas são direcionadas pelas patologias dos usuários e vinculadas à distribuição de medicamentos e realização de exames.

A equipe relatou longamente e com entusiasmo as **atividades de educação em saúde** que tem realizado nos grupos das comunidades. Implantaram uma planilha onde registram a pressão arterial e os medicamentos usados por cada participante do grupo. Avaliam que houve estabilização e melhora nos níveis tensionais, assim como o **estabelecimento de vínculo com os usuários**. Nesta relação, observamos que “mais que o diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades” (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009, p. 47).

[...] a gente pode ver num ano como é que se manteve a pressão, e isso a gente percebe que nos grupos facilitou bastante a questão dos exames, eu acho que também a questão do vínculo,... Eu faço brincadeiras... Antes a gente percebia que tinha bastante variação, a gente não tinha controle, hoje a gente percebe que no grupo mesmo, por exemplo, de vinte pessoas, que uma está com a pressão desregulada, a gente tenta ver o que está acontecendo. (E1B)

Teria que fazer uma avaliação disso, mas na pressão já teria como verificar, pela melhora dos níveis tensionais. Daí encaminha pra consulta, já pede que ele procure agendar consulta, aqui a gente trabalha com agendamento, então eles têm essa possibilidade, eles não precisam vir necessariamente pra demanda do dia,... Tu vê que está se mantendo alterada a pressão, então pede pra passar pra consulta. (MB)

O trabalho do ACS é entendido pela equipe como importante para o sucesso dos grupos; age na divulgação e incentivo das atividades e promove a integração entre equipe de saúde e população adscrita da UBS, conforme consta como sua atribuição na portaria 2488 (BRASIL, 2011<sup>a</sup>).

[...] temos um grupo que andou caindo a demanda, mas a gente está com falta de agente comunitário da saúde, já faz bastante tempo, já entrou e saiu, não ficou muito tempo. Então esse grupo que está mais fraco, mas os demais estão muito bem assim, tem participação de bastante pessoas. (E1B)

A ESF2 não trabalha com grupos: os usuários são atendidos somente individualmente. Chama atenção o uso de termos como fiscalização e controle, e a **preocupação centrada no uso da medicação**. Esta equipe não avalia o impacto de seu trabalho na saúde da população adscrita, como faz a ESF 1.

[...] a gente não faz os grupos, a nossa equipe é mais central no município, a gente discutiu e achou por bem não implantar os grupos, até por ter essa população que trabalha bastante fora, em Lajeado. Então, a nossa forma de detecção acontece na Unidade. O enfermeiro ou as técnicas detectam, a gente verifica a pressão, o médico prescreve os exames, solicita, prescreve os medicamentos, os agentes fazem essa fiscalização na carteirinha, porque são controlados através da carteirinha do hipertenso, então, de dois em dois meses eles retiram a medicação aqui na Unidade Básica... Retirou a medicação faz quatro meses, e a gente só da pra dois meses,

então... Porque que tu não retirou? Então quer dizer que não está tomando certo,... Então a gente tem como ter esse controle. (E2B)

Há muita diferença nos processos de trabalho entre as duas ESF. O enfermeiro da ESF 2 refere que a população não adere às atividades de grupo; no entanto, a mesma população participa de grupo mensal coordenado pelo hospital local com a participação de 40 a 50 pessoas. A fala do mesmo denota uma **postura tradicional e higienista** de educação em saúde.

*“Então nesses dois meses os agentes passam **exigindo** a verificação da pressão arterial, e a gente têm por hábito anotar na carteirinha do hipertenso, então através disso a gente consegue também **fiscalizar** e acompanhar como é que está o tratamento”* (E2B).

Compartilhamos da concepção colocada pelo MS no Caderno de Educação Popular e Saúde (BRASIL, 2007<sup>a</sup>, p. 13):

Critica-se a concepção positivista, na qual a educação em saúde é vista de forma reducionista, cujas práticas são consideradas impositivas, prescritivas de comportamentos ideais desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais, tornados objetos passivos das intervenções, na maioria das vezes, preconceituosas, coercitivas e punitivas. E afirma-se a educação em saúde como prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida.

Além das atividades relatadas, há ainda grupos de atividade física na zona urbana e em uma das comunidades, coordenados por uma educadora física que realiza alongamento, caminhadas e, ainda, grupo de gestantes mensalmente. A Assistência Social coordena um projeto chamado Pró-jovem, do qual as equipes de saúde participam esporadicamente. As famílias cadastradas no programa Bolsa Família também participam de atividades com a nutricionista. Estas **ações intersetoriais** mostram a presença da **atenção multidisciplinar** junto à população.

Outra **ação de promoção à saúde** que está em fase de planejamento tem a população adolescente como público alvo. A intenção das equipes é iniciar um trabalho sistemático nas escolas, em parceria com os professores, evitando a modalidade de palestras e buscando vincular-se aos adolescentes. Acreditam que a resposta deste público possa ser mais efetiva na questão de modificação de hábitos de vida que, no caso dos idosos, referem estar mais estabelecidos.

Às vezes eles acabam sendo uma força transformadora dentro da casa deles, então se a gente começar por ali, com criança, com adolescente, talvez eles possam estar auxiliando essas pessoas mais idosas que não tão querendo mudar. Aqui eu

sinto muito forte a questão da alimentação, muito, muito difícil, está muito forte a presença da banha e a gordura na alimentação e eles não conseguem tirar isso. (MB)

A integração da Secretaria Municipal de Saúde com outras secretarias e setores, a fim de desenvolver políticas comuns de promoção da saúde, é uma das características da situação ideal para a AB (Silva, 2011).

Os profissionais percebem que trabalham muito, mas atingem uma parcela muito pequena da população. Pensando nisso, a ESF 1 começou a compor os genogramas das famílias, utilizando fotografias de cada residência e seus moradores. Desta forma, foram descobrindo que muitos membros das famílias nunca utilizavam o serviço de saúde, enquanto outros, principalmente com doenças crônicas, buscavam frequentemente a unidade. Antes deste trabalho, eles haviam mapeado a cidade e localizado os hipertensos e diabéticos com alfinetes coloridos.

Até a gente já brincou em reunião de equipe, fazer o grupo dos saudáveis, pra identificar quem é a população saudável do município, pra tirar o foco da doença e trabalhar através de quem são os saudáveis e assim proporcionando pras pessoas se darem conta que é bonito ser saudável. (E1B)

*“Porque eles valorizam muito a questão da doença” (E3B).*

*“A cultura da doença, do remédio, de sair daqui com sacola cheia” (MB).*

Observamos um esforço da equipe em **centrar a atenção na família e comunidade, levando em conta as particularidades culturais e os níveis de diversidade da população.**

Esta equipe demonstrou estar desenvolvendo algumas das principais ferramentas de microgestão dos serviços, conforme o anexo da portaria 4279 (BRASIL, 2010<sup>d</sup>), que trata das Diretrizes para organização da rede de atenção à saúde do SUS.

É preciso ampliar o objeto de trabalho da clínica para além das doenças, visando compreender os problemas de saúde, ou seja, entender as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas. [...] Como subsídio à gestão da clínica utiliza-se a análise da situação de saúde em que o objetivo é a identificação e estratificação de riscos em grupos individuais expostos a determinados fatores e condições que os colocam em situação de prioridade para a dispensação de cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais ou assistenciais.

Outro objetivo da equipe, ao fotografar a residência das pessoas, foi mostrar para profissionais que estão somente dentro da unidade qual a condição social da família. No entanto, também relatam a questão de avaliar, através da condição da moradia, se a pessoa

precisa de auxílio no pagamento de exames, caindo novamente na **normalização da ilegalidade** pressionada pela limitação no acesso.

*“O nível social, porque a pessoa que está aqui dentro não conhece a realidade lá fora,... Até uma questão de exames, será que tem condições de pagar ou não, tu vai visualizar a casa dela e tu já tens uma noção”* (E1B).

Segundo os profissionais, houve resistência e desconfiança de algumas famílias em relação às fotografias, mas a maioria aprovou a ideia e inclusive convidava os vizinhos para a foto.

Achavam que o prefeito queria saber se eles eram ricos ou pobres, na verdade pra nós é mais a título de saber esses laços familiares, a gente mora em... a gente não conhece as pessoas e quando a gente começou se dar conta, a gente percebeu a ligação de famílias inteiras com uma patologia, aí começamos a perceber que eram da mesma família, então a ideia do genograma. (E1B)

Uma das expectativas da médica da ESF 1 é realizar um trabalho com as pessoas das comunidades para o atendimento a paradas cardiorrespiratórias. Refere que, como eles moram a longas distâncias, perde-se muito tempo até chegar ao hospital; ela acredita que esta ação poderá diminuir a mortalidade. Observamos, com isso, uma aposta na capacidade e autonomia dos usuários no cuidado comunitário, exemplificando a afirmação de que a realidade impõe sistemas de rede que refazem necessariamente os sentidos e naturezas das ações em saúde, incorporando a pluralidade, a diversidade e a alteridade como requisitos para se reelaborar o planejamento estatal (MARTINS, 2009).

A equipe relata que o trabalho educativo visando mudanças de hábitos tem resultados muito lentos e que, algumas vezes, sente-se desmotivada a continuar. No entanto, quando consegue algum resultado, anima-se e vai em frente.

[...] é um trabalho de formiguinha mesmo, é cansativo, porque envolve a decisão do paciente, tem pessoas que decidem que não querem se cuidar, que é melhor. Eu tenho pacientes que me dizem, eu não quero fazer exames porque eu não quero descobrir que eu tenho um problema pra ter que me cuidar, então também a gente tem que respeitar, mas está sempre alertando. (MB)

Conforme Pinheiro e Martins (2009, p. 10), “é importante compreender como o usuário organiza suas representações, seus sistemas de classificações, suas decisões sobre cuidados e seu modo próprio de avaliar a ação em saúde”. Acreditamos que este embate entre as decisões do usuário e as orientações profissionais, quando aceito positivamente e bem



conduzido pela equipe, fortalece o vínculo equipe/usuários e favorece o cuidado tanto profissional como popular.

Na percepção da equipe, os usuários não encontram problemas relacionados ao transporte para os serviços de referência em Lajeado ou Porto Alegre, locais onde se deslocam carros da Secretaria quase todos os dias. Sempre que o usuário necessita, a Secretaria providencia transporte. Quando não é possível, eles utilizam transporte particular ou ônibus. As faltas a algumas consultas ou procedimentos são justificadas devido à decisão pessoal do usuário ou não ter havido tempo hábil para avisá-lo do agendamento.

No entanto, encontramos problemas de acesso relacionados à **quantidade insuficiente de cotas disponibilizada no HBB**, que é a referência oficial. Devido a esta limitação, o município utiliza serviços em Porto Alegre como referência para consultas em cardiologia, agendando-as pelo sistema AGHOS. Exames e procedimentos não estão disponíveis no sistema, mas o usuário tem acesso uma vez que realiza a consulta.

Consultas cardio sim, porque a referência nossa pra cardio é o HBB, mas não supre a nossa demanda, até porque nesse meio tempo, nessas consultas que a gente tem direito, tem as re-consultas, que acabam entrando no meio da nossa cota, então Porto Alegre tem sido a nossa estratégia. Não temos pacientes aguardando consulta cardio SUS, porque a gente consegue Porto Alegre. (A2)

A mesma **limitação no acesso** que levou o município A a manter convênio com o HBB levou o município B a cometer a mesma **ilegalidade**. O segundo mantém convênio com o HBB para a área da cardiologia (entre outras), pagando cerca de R\$ 2.400,00 mensais. Quando o serviço é utilizado pelo usuário, este paga um valor menor do que o de uma consulta particular. Neste caso, assim como no município A, o usuário paga uma parcela de todos os exames que precisa realizar. A auxiliar administrativa relata que a maioria utiliza este convênio, pois há fila de espera. O próprio médico da ESF orienta que o usuário utilize o convênio a fim de agilizar o atendimento.

Geralmente por essa deficiência que tem o Sistema Único de Saúde da referência nessa especialidade,... Assim ele (o médico) já orienta, se for pelo SUS vai demorar, a gente não sabe quanto tempo vai demorar, então paga R\$ 60,00, porque então é particular, se o paciente tem que pagar é particular, então através desse convênio tem o desconto, aí os pacientes optam geralmente por ir ao especialista. (E2B)

Quando o usuário necessita de um procedimento de maior complexidade (como um cateterismo cardíaco), ele retorna ao município e é encaminhado de acordo com os trâmites do SUS – neste caso, não há dificuldades de acesso.

A equipe relata que, para exames como ecocardiografia e teste ergométrico, o tempo de espera é menor – cerca de dois meses. Contudo, uma tomografia tem fila para mais de dois anos, o que revela **grave problema de acesso**.

Esta situação de limitação à MC está relatada em vários estudos e é amplamente conhecida por todos: profissionais, gestores e usuários (MARTINS, BEZERRA E NASCIMENTO, 2009; ROESE, 2012; RADAELLI E MEDEIROS, 2010). Apesar das justificativas já relatadas para as causas deste problema – em que se inclui desde a falta e distorções no financiamento para a MC (SILVA, 2011), os interesses das corporações privadas da área da saúde (SANTOS, 2008) até a ineficiência da AB (PIRES et al, 2010). Pouco se tem avançado em ações resolutivas para o problema.

A não resolução dos problemas de saúde, o atendimento lento e a não marcação de consultas para o mesmo dia são citados como limitações dos centros de saúde. Esses indícios, associados aos outros, reafirmam a hipótese desse estudo de que a incipiente organização da oferta de serviços de atenção básica do DF e entorno contribui para a procura indiscriminada aos hospitais, diminuindo o acesso equitativo da população (PIRES, 2010, p. 1018).

As equipes **acompanham a trajetória dos usuários encaminhados** para serviços de referência. A médica da ESF 1 relata preocupar-se com os casos que não podem ficar em fila de espera, buscando recursos para resolver as situações.

*“Normalmente eles voltam pra nos dar um retorno, até porque eu costumo pedir, tu vai na consulta, mas tu me dá o feedback, eu preciso saber o que está acontecendo contigo, então eles costumam vir”* (MB).

Observamos que, apesar das dificuldades de comunicação entre os níveis de densidade tecnológica, a equipe da AB faz um esforço para coordenar o cuidado e garantir sua continuidade. No entanto, é um ato ainda bastante solitário, não fazendo parte dos processos de trabalho da equipe de forma organizada e sistemática com o uso de ferramentas gerenciais, como diretrizes clínicas e fluxogramas. Conforme a portaria 4279 (BRASIL, 2010<sup>d</sup>), “é um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS, pois nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, a dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado”.

Embora sendo um procedimento de AB, o município não faz eletrocardiogramas porque não tem quem interprete o resultado do exame e refere que é mais barato encaminhar para o convênio com o HBB do que fazer no próprio município. Entendemos que **este é um serviço que não deveria estar sendo realizado em ambiente hospitalar**; o município

precisaria buscar alternativas mais adequadas.

A incorporação de tecnologias na AB, seja na forma de equipamentos ou de conhecimentos aplicados, amplia sua capacidade de resposta. As mudanças esperadas no sistema de saúde não serão potencializadas se os serviços de saúde, embora estrategicamente localizados e de fácil utilização pela população, não utilizarem insumos e tecnologias que os tornem capazes de resolver a maior parte das demandas de saúde (PIRES, 2010).

Righi (2002) afirma que alguns municípios ampliaram o acesso e possibilitaram a qualificação das ações de vigilância, mas não alteraram a complexidade da AB, reservando para o setor privado todo o atendimento individual que exigisse alguma incorporação tecnológica.

Conforme a equipe, **os recursos financeiros são insuficientes**, mas a **maior quantidade de recursos é investida na AB**, que julga ser de sua responsabilidade. A auxiliar administrativa faz uma **crítica aos “recursos carimbados”**, ou seja, àqueles que já vêm com destinação definida pelo MS.

Com certeza os recursos que vem são importantes, não são suficientes, mas eu vejo uma parte negativa nisso, porque eles vêm vinculados e destinados pra certa coisa, e muitas vezes não é a necessidade do município, ou naquele momento, ou naquela situação. Então, muitas vezes a gente tem o recurso e não dá pra ser utilizado naquilo que a gente tem a necessidade, isso a gente vê como uma parte negativa. (AAB)

Santos e Andrade (2009) traçam uma retrospectiva sobre a organização do SUS e a sequência de leis e normativas, propondo ao final o desafio de organizar o SUS por consensos interfederativos e contratos entre entes públicos. Nesta obra, os autores propõem mudanças na lógica e no controle do financiamento, que passariam a ser por resultados; estas seriam fundadas em contratos públicos entre as três esferas de governo, em uma organização que considera a autonomia dos entes federados e a articulação interfederativa consensual. Esta proposta foi posteriormente incorporada ao decreto 7508 (BRASIL, 2011<sup>b</sup>), que regulamentou a Lei 8080/90.

Os profissionais referem que as **prioridades são definidas no grupo** em reuniões ou através de recados. Citaram como exemplo a decisão de fazer uma campanha de prevenção ao câncer de próstata e de custear um número maior de mamografias. No entanto, o **planejamento não é uma prática usual** da equipe municipal, assim como os registros das ações. Só tem estabelecido metas e estratégias quando isto é uma exigência para receber recursos.

Agora com a implantação da saúde nas escolas, tem uma planilha que tem a meta, a estratégia, quando que tem que ser atingida. Isso é uma coisa que eu acho muito bacana que agora a gente está se obrigando a fazer, porque é uma exigência. Mas o ideal seria pra todas as outras atividades, mas eu sinto que a gente acaba fazendo muita coisa, mas muito pouco vai pro papel, então, tu até faz, mas aparece pouco. Então a gente está tentando por no papel, com esse planejamento a médio e longo prazo. (MB)

Questionamos como está embasada a decisão sobre as prioridades, já que não há planejamento. O incipiente planejamento realizado pelos municípios, principalmente os pequenos, tem sido demonstrado em diversos estudos (PINTO, 2011; MEDEIROS et al, 2008). Consideramos muito preocupante esta deficiência na gestão municipal devido à importância do processo de planejamento para a gestão em saúde – especialmente a partir da implementação do decreto 7508, que estabelece que as pactuações e consensos dar-se-ão a partir dos planos municipais de saúde: “Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros” (BRASIL, 2011<sup>b</sup>).

Em relação à **adequação dos recursos humanos às necessidades do município**, a contratação de novos profissionais é feita de acordo com as possibilidades. Neste momento, estão tentando suprir a necessidade de um técnico em enfermagem para uma das comunidades a fim de que esta tenha atendimento toda semana; buscam, também, a contratação de um farmacêutico, que deixaria os enfermeiros livres para outras atividades. Diferente do município A, esta equipe não comentou carência de especialistas.

### **6.2.3 Organização e funcionamento da rede de cuidados aos portadores de DCV na perspectiva da gestão regional**

Foi entrevistado um profissional da gestão regional (GR) que atua no Setor de Planejamento da 16<sup>a</sup> CRS, é formado em fisioterapia e está cursando o doutorado em Ciências Sociais. Está no cargo de Especialista em Saúde há 13 anos, foi secretário municipal de saúde e atua como docente de ensino superior. A escolha deste profissional foi intencional, devido a sua inserção nos processos de planejamento da região.

Ele relata que a referência em MC e AC para DCV é o HBB. Este, até meados de 2012, era referência também para as regionais de Santa Cruz do Sul (13<sup>a</sup> CRS) e Cachoeira do Sul (8<sup>a</sup> CRS). A partir desta data, passou a **ser referência apenas para a 16<sup>a</sup> CRS; portanto,**

**há definição da população e território**, conforme recomendam os estudos sobre redes (OPAS, 2008, 2011<sup>a</sup>; MENDES, 2007, 2008, 2011, SILVA, 2011).

Na percepção dele, **a integração entre os serviços de AB municipal e o serviço de referência regional é parcial**, na medida em que **há comunicação** entre eles no momento de encaminhamento dos usuários. No entanto, a integração não é completa devido à **deficiência na utilização dos documentos de referência e contrarreferência** por ambas as partes. Segundo a OPAS (2008), a fragmentação dos serviços de saúde é uma causa importante do baixo desempenho do sistema de saúde, gerando dificuldades de acesso, baixa qualidade técnica, uso irracional dos recursos e baixa satisfação dos usuários. Verificamos que a comunicação ineficiente entre os níveis de densidade tecnológica tem levado à duplicação de exames e procedimentos, ao uso inadequado de medicamentos e à descontinuidade da assistência. “Percebe-se a necessidade de organizar os serviços de referência e contrarreferência, os fluxos e as centrais de regulação que objetivem equalizar a oferta, mais que obstaculizar o acesso do usuário (PIRES, p 1018, 2010)”.

O profissional afirma que o usuário consegue acessar o serviço de referência, embora **nem sempre no tempo que seria adequado às suas necessidades**. O acesso é dificultado pela **inadequação entre oferta e demanda**, gerando uma fila de espera de vários meses. Na opinião dele, **o problema está relacionado a questões de investimento** por parte do Estado.

A demanda que vem sendo requerida é bem maior que a oferta de serviços, e talvez não seja nem por falta de vontade do prestador, muitas vezes ele manifesta querer oferecer mais exames, procedimentos e consultas. Talvez o problema maior seja a própria capacidade do Estado de financiamento ou vontade de ampliar a rede na região, aí até é uma leitura política que tem que ser feita. Nós temos uma demanda reprimida..., existe fila de espera, existem pessoas que esperam quatro, cinco, seis meses para consulta e às vezes a consulta demanda um exame que vai durar mais um tempo e..., quer dizer, é uma rede ainda mal construída. Se a gente quisesse ter mais agilidade para resolver as coisas e diminuir os riscos com essa demora, a gente teria que investir bastante. (GR)

Refere que os valores de referência pagos pelo SUS estão defasados e que há necessidade de aumentar o investimento tanto Federal quanto Estadual, citando a aprovação e necessidade do cumprimento da emenda constitucional 29.

Conforme Carvalho<sup>a</sup> (2011), a necessidade de mais recursos financeiros é facilmente demonstrável, comparando a disparidade a menor dos recursos destinados à saúde pública no Brasil sob alguns aspectos: valor per capita usado pelos planos de saúde brasileiros, não considerando o oferecimento menor de serviços ou o percentual remuneratório do capital constitucionalmente permitido; e o valor per capita e de percentual do PIB dos recursos gastos em

outros países com sistemas universais de saúde. Em outro texto (Carvalho<sup>b</sup>, 2011), ele afirma que “hoje o foco nesta busca de mais recursos tem que ser os de origem federal, já que os Municípios estão colocando, em média 30% a mais que os mínimos constitucionais. Os Estados não têm cumprido os mínimos, mas, se o cumprirem estarão certamente também no seu limite”.

O gestor regional levantou a questão dos parâmetros quantitativos para procedimentos e ações de saúde, que atualmente são iguais para todas as regiões e municípios, **não considerando a diversidade da população**. Salientamos que, nesta região, há municípios que já ultrapassaram os 20% de população idosa, agregando um número maior de comorbidades.

[...] hoje em dia nós não conseguimos mais questionar ou chegar num consenso de qual é realmente a necessidade de procedimentos ou de condutas de saúde, para um determinado número de pessoas. Há um descompasso aí que eu acho que mais cedo ou mais tarde nós precisaremos trabalhar com novos parâmetros e parâmetros que considerem mais claramente as diferenças municipais. Hoje eu acho que há uma equiparação, como se todos os municípios e todas as pessoas fossem iguais em todos os cantos do Estado e do país, o que não é verdade. (GR)

O financiamento federal não pode mais ser o conformador da organização do SUS, não havendo mais espaço para a edição de normas operacionais e outras portarias ministeriais que rompam com as realidades locais e regionais e interfiram na autonomia do ente federativo para organizar seu sistema de acordo com essas realidades (Santos e Andrade, p 124, 2009).

Os autores acima defendem que as transferências obrigatórias de recursos da União para os estados e municípios devem ser repassados por critérios legais que levem em conta a demografia, a organização dos serviços, a epidemiologia e a referência e contrarreferência, conforme consta no artigo 35 da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990).

O gestor relata entender as dificuldades dos hospitais em relação a custos, porque apesar destes serem filantrópicos, precisam de equilíbrio financeiro. Afirma, também, que sempre será o usuário o maior prejudicado com a falta de investimento, com o que concorda Carvalho<sup>a</sup> (2011) quando constata que “quem mais sofre com a falta de financiamento é o cidadão que não dispõe dos serviços necessários à promoção, proteção e recuperação de sua saúde”. Acrescenta que “depois disto tenho que lembrar que são estados e municípios corretos, que usam mais eficientemente os recursos, que cumprem os mínimos constitucionais, que mais amargam com a falta de recursos”.

[...] eu seguidamente brigo com os hospitais, mas eu reconheço sempre a luta dos hospitais. Toda vez que um gestor hospitalar diz que tem dificuldade de manter a sua casa funcionando, eu compreendo isso e eu entendo que o hospital não é um escravo do Estado, que tem que trabalhar no vermelho. Ele é um prestador filantrópico, ele tem uma série de questões por trás da vida dele, enfim, mas também o hospital e as pessoas que fazem o hospital não fizeram voto de pobreza para trabalhar, de usar a palavra filantropia como se tivessem que ser alguém altruísta, de fazer tudo de graça, e aí é uma questão de política nacional. (GR)

O gestor regional relata que os municípios têm investido mais do que os 15% previstos na legislação. No entanto, devido à falta de investimento Federal e Estadual, acabam **investindo na MC e AC, prejudicando as ações na AB**. Justifica que isto é feito por causa da pressão dos usuários por atendimento. Roese (2012) também aponta que o subfinanciamento dificulta a consolidação do sistema e sobrecarrega os municípios que compram serviços de MC para desafogar a fila de espera.

Por outro lado, também há muitos municípios que **não sabem como investir adequadamente o recurso financeiro**. Na AB, a percepção do gestor regional é de que há diversidade entre os municípios, sendo que **uns estão bem estruturados e funcionando bem e outros nem tanto**. Estas diferenças já foram amplamente discutidas na problematização deste estudo.

O gestor acredita que a maioria está conseguindo ser razoavelmente efetiva; no entanto, **precisam utilizar melhor seus recursos**.

[...] a gente ouve perguntas de municípios pequenos, e nós temos uma porção deles aqui, muitas vezes não sabem como gastar em AB. Tem o dinheiro na mão, e conseguem enxergar aquele dinheiro só sendo aplicado na assistência ao doente, não fazendo a prevenção, não fazendo promoção. Não enxergam como fazer uma aplicação razoável de recursos em ações que sejam relacionadas à promoção e a prevenção. Então, com certa frequência, nós recebemos telefonemas de gestores ou outros técnicos perguntando como gastar determinado recurso, que é um recurso da epidemiologia, quer dizer, isso mostra que talvez não falem recursos na AB,... O que falta às vezes, é saber como usar bem. (GR)

Encontra-se, nos parágrafos acima, uma antiga discussão; nela, constatamos que o gestor regional compartilha das ideias de Carvalho<sup>a</sup> (2011), que diz: “o mesmo dilema de sempre volta à tona: falta dinheiro ou falta eficiência no seu gasto? Tão primária esta discussão polarizada e maniqueísta, que agride o bom senso! Com a saúde pública os caminhos são por aí também: buscar mais recursos e melhorar a eficiência de seu uso”. Afirma, ainda, que “não se pode cair na falácia da planieconomocracia governamental afirmando que se gasta muito e se gasta mal”. Precisamos nos convencer e calibrar o discurso verdadeiro do “gasta-se pouco e gasta-se mal” (Carvalho<sup>b</sup>, 2011).

Embora não sejam ações muito planejadas e articuladas, o gestor regional refere que existe um **movimento de mudança nos municípios em relação à promoção da saúde, com vistas à integralidade. Vários profissionais têm gradativamente se inserido no sistema de saúde**: educadores físicos, fisioterapeutas e farmacêuticos.

*“[...] longe de ser uma coisa articulada..., um objetivo muito claro, me parece que é muito mais uma resposta a uma demanda que vem forçando a gestão a tomar uma atitude do que de fato ao planejado”* (GR).

Da mesma forma, relata que a **intersectorialidade** não é algo que está sendo regionalmente construído: **ocorre por iniciativa de alguns municípios**. Citou parcerias com Emater, Secretarias da educação, grupos de idosos e empresas privadas.

Embora incipientes, os relatos acima mostram que está ocorrendo um avanço, ainda muito gradativo, em direção ao modelo de atenção definido na regulamentação do SUS.

[...] que preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersectorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas (BRASIL, 2010<sup>d</sup>).

O gestor regional acredita que, devido à transição epidemiológica e ao envelhecimento da população, **a discussão sobre o dimensionamento das equipes de saúde é necessária**. Entende que **na AB não há falta de profissionais**, mas é preciso um redirecionamento dos processos de trabalho. No entanto, refere que **na MC e AC há uma grande lacuna de profissionais e serviços**, o que está relacionado, na opinião dele, à falta de investimento.

É consenso entre autores que a qualificação da AB é condição indispensável para a organização das redes de atenção à saúde. Também, que a deficiência em alguns municípios afeta a região como um todo. Neste sentido, as sugestões passam por especialização em massa de profissionais da AB, apoio matricial às equipes, ampliação do escopo de ação da AB e mudanças no financiamento, incorporando os recursos da MC à AB (SILVA et al, 2011; MENDES, 2011,2012; RIGHI, 2002).

Em relação à MC, concordamos com Silva (2011) quando afirma que devido a habitual falta de interessados é difícil ampliar rapidamente a oferta assistencial ambulatorial especializada nas áreas de demanda reprimida na forma tradicionalmente realizada, que é credenciando especialistas. Refere que são necessárias mudanças no modelo existente, implicando em negociações, construção de consensos e implementação de novos arranjos



político-institucionais. Inclui em suas sugestões: expansão e qualificação da AB; novamente a ampliação do escopo da AB, com apoio matricial de especialistas; melhorar a resolutividade dos hospitais de pequeno porte em cidades pequenas; corrigir distorções de oferta em hospitais de médio e grande porte, evitando paralelismo e competitividade de ações; suporte logístico à rede, garantindo identificação do usuário e compartilhamento de informações; ampliar e aperfeiçoar as linhas de cuidado e fortalecimento da regulação.

#### **6.2.4 Organização e funcionamento da rede de cuidados aos portadores de DCV na perspectiva da gestão do serviço de referência regional**

Estas informações foram coletadas em entrevista com o gestor administrativo do HBB (GH) e a coordenadora administrativa do Centro de Tratamento Avançado (CCTA) da mesma instituição. O gestor é Especialista em Administração Hospitalar e em Marketing. Está há 25 anos na área da saúde e há 6 neste cargo. A CCTA é Bacharel em Direito, trabalha há 8 anos no HBB e está há 1 ano e meio neste cargo.

O gestor confirma parte do que já foi relatado pelos municípios e gestão regional. A porta de entrada para o serviço de referência é o ambulatório do HBB, que recebe os encaminhamentos por e-mail e organiza a agenda com os profissionais contratados. A partir da primeira consulta, os usuários são encaminhados para exames e outros procedimentos necessários.

Refere que foi a 16ª CRS quem estabeleceu as cotas por município conforme critérios populacionais, e que estas são redistribuídas após o dia 20 de cada mês se não utilizadas pelo município. Como ocorrem muitas faltas aos agendamentos, esta redistribuição é sempre realizada.

Cada município é responsável por comunicar-se com os usuários e garantir que eles cheguem ao serviço com os documentos necessários. A CCTA afirma que a maioria dos usuários chega ao HBB com transporte dos municípios.

**Observa-se que há integração administrativa na rede – embora nem sempre eficiente**, o que se comprova pelo alto percentual de faltas aos agendamentos. **A maior dificuldade é a integração clínica**, como vimos nos relatos das equipes municipais de saúde. Entendemos que esta integração seria facilitada por sistemas logísticos de apoio, como “equipamentos de informática e sistemas integrados; mecanismos de identificação do usuário e protocolos” (SILVA et al, p 126, 2011). Todavia, concordamos com os autores quando afirmam que mudanças no perfil de formação e educação permanentes são imprescindíveis, de

modo a proporcionar profissionais comprometidos com os princípios do SUS, que incorporem a concepção ampliada do processo saúde/doença, que se envolvam com a gestão do cuidado e reflitam criticamente sobre seus processos de trabalho.

Segundo o gestor, a demora em realizar consultas em cardiologia está entre 15 a 25 dias. Para cirurgias cardíacas, o tempo de espera gira em torno de 45 a 60 dias, muito relacionado à disponibilidade de leitos de UTI e a realização dos exames, quase todos no HBB. Relata que a equipe do hospital tem trabalhado para diminuir este tempo, que não confere com o tempo referido pelo municípios.

A CCTA entende que a fila de espera ocorre devido à insuficiência das cotas de cada município, as quais acredita que deveriam ser revistas; confirma, assim, que o problema não é a oferta, mas sim o teto físico-financeiro estabelecido pelo Estado. Ao contrário do que afirmam os dois municípios do estudo, refere que não existe convênio na área da cardiologia. Esta contradição provavelmente está relacionada ao receio de confirmar a ilegalidade da existência de duas portas de entrada, sendo uma paga com recursos próprios do usuário. Observamos que a maneira como está estruturado o sistema induz a esta situação, pois as cotas insuficientes levam os municípios a procurar alternativas para solucionar o problema sem comprometerem ainda mais os seus recursos financeiros na MC. Todas as instâncias têm conhecimento deste funcionamento, que já adquiriu, na região, característica de cronicidade e de certa normalização do “inevitável”. A amplitude do problema extrapola a capacidade atual dos atores locais e regionais em resolvê-lo; adota-se, então, uma postura de “o que não tem solução, solucionado está”.

Conforme Campos (p 302, 2007), é grave “a impressão de que há um desencantamento com o SUS ou, talvez, um descrédito quanto a nossa (movimento sanitário, políticos, gestores, profissionais, entre outros) capacidade para transformar em realidade uma política tão generosa e racional”. Ele reforça que estes sinais de crise não depõem necessariamente contra as diretrizes centrais do sistema, pois o SUS é uma reforma social incompleta e de implantação muito heterogênea nas regiões. Ainda, que “a irregularidade com que vem interferindo de modo positivo sobre a vida cotidiana da maioria do povo tem contribuído para esse desinteresse”.

O gestor do HBB relata que o serviço de cardiologia passou a organizar-se para oferecer serviços em cardiologia a partir da publicação de uma portaria do MS, que estabeleceu parâmetros para a realização dos procedimentos nesta área. Buscou adequar-se, contratando especialistas e organizando a estrutura física. Refere que os médicos cirurgiões vêm de Porto Alegre e que, atualmente, conseguem resolver aproximadamente 98% das demandas.

[...] a especialidade de cardiologia tem lá bem especificado quais os códigos de procedimentos de alta complexidade e quais os códigos de procedimentos de média complexidade que compreende o nosso serviço e baseado nisso é que nós temos os tetos, tanto o teto quantitativo de número de procedimentos,... de cirurgias,... de consultas,...de exames de imagem,...todos eles são parametrizados com base nessa portaria. (GH)

Neste relato está implícita a pró-atividade do hospital no acompanhamento da legislação em saúde e na oferta de serviços de seu interesse, mais do que em uma organização regional na busca de serviços necessários a atender a situação de saúde da população. Em alguns casos, como o do serviço de referência em cardiologia, verificamos que os interesses convergiram, pois havia esta necessidade na região. Em outros, porém, esta lógica pode levar à oferta de serviços em sobreposição, estimulando a realização de serviços não necessários.

Em uma imagem idílica de ajuste perfeito, os problemas de saúde constituiriam a demanda por serviços, que, identificados pelo setor saúde, responderiam a esta demanda relacionando prioridades e alocando recursos em conformidade com as mesmas. Esta lógica não resiste nem mesmo a um exame superficial. Há, na verdade, uma coprodução de demanda e oferta sem critérios puramente técnicos para a determinação das necessidades de saúde. Estas são construídas na interface da interação entre o complexo médico-industrial e seus usuários (Camargo Jr, 2005).

Inicialmente o gestor do HBB afirmou que o hospital **não realiza atividades preventivas** que não sejam orientações individuais para os usuários em pós-operatório. No entanto, em seguida, ele referiu que o HBB oferece uma equipe multiprofissional para o apoio de usuários e familiares dos municípios da região, inclusive no suporte pós-alta. Disse que o apoio é interno, mas também há o deslocamento da equipe para a **realização de palestras nas comunidades**.

A CCTA relata que os municípios solicitam palestrantes e que:

[...] a gente tem feirinhas, teve ano passado feirinha do coração aqui em frente à entrada do CTA, que era o dia do coração. A gente teve testes de glicose, de verificação de pressão arterial, essas coisas assim,... As feiras nossas aqui dentro, que a gente abre pra comunidade também. (CCTA)

Salientamos que a dicotomia curativo/preventivo persiste juntamente com a dicotomia atendimento hospitalar/AB. As ofertas relativas a atividades de promoção à saúde realizadas pelo hospital são pontuais e parecem ter caráter de marketing. Observamos que o serviço hospitalar ainda não se percebe como um espaço potencialmente promotor e protetor da

saúde. Talvez o que esteja sendo proposto pela portaria 4279 do MS (BRASIL, 2010<sup>d</sup>), cujo pagamento seja feito por resultados e não por produção, induza a alguma mudança.

A inovação desse modelo de contrato de gestão está em "contratualizar a saúde e não apenas cuidados de saúde, obtendo macroeficiência para o conjunto do sistema" - e para a superação de problemas cruciais como: Passar de uma abordagem populacional isolada (hospitais ou centros de saúde) para uma contratualização de âmbito da região de saúde, seguindo critérios de adscrição da população estratificada por grau de risco, e abordando os diversos estabelecimentos de saúde em termos de uma rede de cuidados; O contínuo aumento dos gastos para a prestação de serviços de alto custo devido ao tratamento tardio de condições e agravos sensíveis à APS, pela introdução de ferramentas de microgestão e incentivos financeiros para pagamento por desempenho individual e institucional; Promover a participação efetiva do cidadão e da comunidade no processo de contratualização, nomeadamente através da participação organizada e permanente dos utentes (BRASIL, 2010<sup>d</sup>).

Em relação a **recursos humanos**, a constatação do gestor hospitalar é de **carência muito grande de profissionais de nível técnico**, principalmente de gessistas, técnicos em enfermagem e instrumentadores. Refere que a **deficiência é quantitativa e qualitativa**.

[...] a gente sabe que às vezes o profissional sai com a teoria sem prática, e a gente sabe que o ambiente hospitalar é um ambiente que a gente não tem direito de errar. Então assim, primeiro, a gente tem escassez de profissionais, os bons profissionais muitas vezes acabam indo embora, porque existe a lei da oferta e da procura do salário e aí as outras instituições às vezes conseguem pagar melhor do que nós. (GH)

Ele avalia que **deveria haver um incentivo do Estado para a formação de técnicos**, pois atualmente o HBB está custeando um curso de técnico de enfermagem em parceria com a UNIVATES. Não se sabe, porém, quantos destes profissionais permanecerão no hospital, pois muitos fazem concursos públicos e vão trabalhar nas secretarias de saúde. Em relação a enfermeiros, entende que não há dificuldades devido aos vários cursos existentes na região.

A insuficiência de profissionais de nível técnico, especialmente em enfermagem, é comum a toda região. Com a expansão da rede básica, houve um aumento importante na demanda por estes profissionais, que buscam no serviço público estabilidade e melhores condições de trabalho. Além disso, constatamos que os baixos salários oferecidos pelas instituições hospitalares não motivam as pessoas a seguirem esta ocupação. Conforme os administradores dos hospitais locais e regionais, há necessidade, atualmente, de aproximadamente mais 70 técnicos em enfermagem. Na região, há oferta de curso para técnicos em enfermagem somente na UNIVATES, que forma em torno de 55 técnicos ao ano; este número, contudo, não tem sido suficiente: muitos acabam optando por outras áreas melhor remuneradas. Uma das formas possíveis de amenizar este problema seria oferecer um

curso técnico com recursos da Política de Educação Permanente em Saúde e melhorar o plano de carreira destes profissionais.

### **6.3 Espaços e estratégias de cooperação e coordenação da rede de atenção à saúde: a interdependência e a governança**

Neste capítulo, analisamos a visão das equipes gestoras sobre os espaços e as estratégias de cooperação e coordenação da rede de atenção à saúde, considerando a **interdependência** entre eles e o **sistema de governança**.

“A interdependência é um elemento essencial para o processo de institucionalização da rede, uma vez que sua estrutura se desenvolve a partir dos fatores que impulsionam essa interdependência” (FLEURY, OUVÉNEY, p. 76, 2007). Segundo os autores, estudos apontam que os principais fatores de coesão das redes são, por um lado, a dependência de recursos e o interesse comum dos atores; por outro lado, está a capacidade de coordenação interorganizacional com o desenvolvimento de estratégias eficientes de intercâmbio de recursos.

A Constituição Federal estabelece que o padrão de interdependência desejável para o formato organizacional do SUS é a coordenação interorganizacional em rede. Para sua análise, é preciso saber o que, como e quem irá coordenar as relações interorganizacionais. A governança da rede é resultado da coesão propiciada pela interdependência criada internamente no arranjo de recursos, mantendo a autonomia dos atores que a compõem (FLEURY E OUVÉNEY, 2007).

Uma vez que tais processos devem ter como referência o suporte político oferecido pela governança em rede, é essencial determinar em que nível se devem coordenar as atividades, quais são as estruturas de coordenação relevantes, como são construídas as regras de coordenação, de que forma tais regras são implantadas e monitoradas, qual o nível de recursos disponíveis e qual o grau de poder e controle daí resultante (FLEURY E OUVÉNEY, p. 90, 2007).

Em número especial da Revista de Salud Pública, pesquisadores latino-americanos e canadenses vinculados ao International Development Research Centre (IDRC) apresentam avanços em relação ao desenvolvimento conceitual, metodológico e da aplicação do enfoque de governança em investigações de políticas e sistemas de saúde. Os estudos ratificam a utilidade da incorporação da categoria de governança para alcançar melhor compreensão das políticas públicas de saúde. Os autores concebem que a governança é uma variável intermediária que ajuda a explicar as características e os resultados da política de saúde, e que é possível

intervir sobre os processos de governança para melhorar os níveis de equidade e eficácia do sistema de saúde (BAZZANI, 2010).

Conforme Hufty, Báscolo e Bazzani (2006), governança pode ser definida como processos de ação coletiva que organizam as dinâmicas de atores e normas sociais com os quais uma sociedade determina sua conduta. Esta se refere à maneira de tomar e executar decisões que se referem ao conjunto social e aos acordos dos atores entre si. Estes processos compreendem atores, ações coletivas e normas tanto formais como informais.

Vejam os fenômenos descritos acima ocorrem no campo empírico em estudo.

### **6.3.1 O papel da Coordenadoria Regional de Saúde e da Comissão Intergestores Regional na integração e construção da rede de atenção à saúde**

Verificamos na fala da equipe municipal A (CM<) que, embora haja um bom relacionamento com os profissionais da 16ª CRS, nem sempre encontram todas as respostas que buscam. O município coloca a CRS numa posição intermediária entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e si, entendendo que a CRS muitas vezes encontra-se em uma situação semelhante a do próprio município, isto é, de **passividade e sem autonomia nas decisões**.

[...] nas nossas reuniões da CIR, antes a gente faz a reunião da ASSEDISA (atualmente COSEMS) que é só os secretários. Todo mundo diz, a gente tem que cobrar mais da 16ª, eles tem que se envolver mais, eles tem que buscar mais, porque a gente fica com algumas coisas vagas. Só que daí muitos dizem, eles também recebem isso e daí tu nunca chega a um ponto final. Nós vamos passar o que a gente recebe da 16ª, a 16ª recebe também informações, e assim vai. (SA)

Constatamos que quando o município não obtém respostas da CRS, a saída que encontram é utilizar recursos municipais para resolverem as necessidades dos usuários, ou, conforme colocado anteriormente, induzindo o usuário a utilizar de seus próprios recursos.

O município B (CM>), ao ser questionado sobre a relação com a gestão da CRS, referiu que esta ajuda a resolver os casos mais complexos de dificuldade no acesso. Fica explícita a percepção da equipe de que o **papel da CRS é o de intermediar as referências fora do município**. Não se evidenciou o papel de apoio técnico.

Já o gestor regional salienta o **papel da CRS na articulação entre municípios e prestadores privados**.

Estes relatos mostram como está sendo limitada a ação da CRS, que deveria exercer um papel de articuladora da regionalização, atuando como suporte técnico ao planejamento e execução das ações pelos municípios. Esta mesma situação é descrita por Roese (2012), na região Centro-Sul do RS, referindo que as CRS precisam deixar de ser encaminhadoras e burocratizadoras, assumindo seu papel de articuladoras e mediadoras no processo de negociação e planejamento em saúde entre os municípios e entre esses e o Estado. Concordamos com ela quando afirma que o problema das CRS está relacionado à falta de pessoal, ao subfinanciamento do Estado que diminui seu poder administrativo e a problemas na coordenação, que tem sido exercida por políticos sem perfil técnico ou administrativo para o desempenho das funções de coordenador.

A estas questões, acrescentamos que o papel das CRS tem mudado com o avanço do arcabouço legal do SUS e da própria descentralização, exigindo profissionais qualificados para exercerem funções de monitoramento, avaliação e planejamento. Em relato sobre a experiência de um colegiado regional do Estado de São Paulo, os autores concluíram que:

A SES ainda é frágil e pouco estruturada para as exigências do novo modelo. Falta, às DRS, pessoal técnico em número suficiente, bem como capacidade de gestão para a coordenação, acompanhamento e avaliação do SUS local e regional. É necessário que se aperfeiçoe a relação com os municípios para que eles sejam apoiados tecnicamente e possam assumir com mais efetividade a gestão local. O Estado ainda compete com os municípios na execução de atividades em vez de concentrar esforços no que deve ser a sua atribuição mais importante: a coordenação, a avaliação e a indução de políticas através de pactuações e financiamentos específicos (ASSIS et al, p 20, 2009)

Estudo realizado na região da 6ª CRS/RS mostrou dificuldades semelhantes, onde a demanda e a falta de tempo aparecem como justificativas para a não realização de ações prioritárias como dar apoio técnico aos municípios. A equipe perde-se nas rotinas de trabalho e na resposta a problemas imediatos, deixando de ter uma visão de longo prazo. A resposta à demanda diária ocupa o espaço na agenda em detrimento das reuniões de coordenação (LIMA, RIVERA, 2006).

Entendemos que o papel de articulação e coordenação das CRS também precisa ser exercido junto às CIR, instâncias regionais estabelecidas com o objetivo de fortalecer a capacidade decisória das regiões de saúde, ampliando a participação dos municípios. Conforme Santos e Andrade (p 117, 2009), “o SUS impõe que sejam criados os colegiados interfederativos, com a finalidade de decidir todos os aspectos da gestão, em especial a explicitação das responsabilidades dos dirigentes da saúde e o financiamento dos serviços”. De modo a melhorar a capacidade de governança, se fez necessária a criação de instâncias

regionais que, ao contrário da CIB e da CIT, conseguissem atender às discussões e decisões locorregionais.

No entanto, o profissional da gestão regional entende que a participação dos servidores regionais não tem sido muito efetiva na CIR, e que o Coordenador Regional de Saúde, sem o apoio dos servidores, não consegue fazer o debate técnico e político, exercendo meramente o papel de receptor das queixas municipais.

O gestor regional da saúde sozinho não tem condições de fazer um embate político que poderia ter, então ele acaba servindo de esponja, recebendo as demandas, escutando as críticas, as dificuldades, mas também não sabendo dar uma resposta... Eu acho que isso tira muito o poder da CIR, porque acaba sendo um muro das lamentações. Todo mundo vai lá, chora as dificuldades, mas fica-se com uma impressão de que nós estamos num túnel sem saída. (GR)

Apesar destas dificuldades, o gestor regional avalia que houve muitos avanços nos últimos 20 anos na construção das redes de atenção à saúde. Novos atores estão participando da rede – como a Universidade e o Consisa –, ajudando a organizá-la, e alguns municípios têm se reunido em grupos para pensar na regionalização. Todavia, o gestor percebe como condição para progressos a profissionalização da CIR e o entendimento desta como um **espaço de negociação** (e não como uma reunião burocrática), ressaltando a necessidade de superar o individualismo dos municípios.

A gente vai passar para outro patamar quando esses pequenos grupos conseguirem sentar e pensar como região, e isso é um passo que não foi feito ainda e talvez não foi nem tentado porque ainda há uma preocupação muito paroquial com a minha localidade. Então isso se reflete em como os próprios municípios têm dificuldade de se articular numa ASSEDISA. Há dificuldade de ter uma liderança forte, ou até de definir gestores que participem nos fóruns de discussão, nos mais variados. Eles olham para o seu problema pessoal, do seu município, e não conseguem ver a região como a meta grande. (GR)

Conforme Fleury e Ouverney (p. 102, 2007), “a construção de objetivos compartilhados induz ao desenvolvimento de uma institucionalidade em função da percepção coletiva de que as atividades isoladas e sem coordenação resultam em ações de pouca eficácia e eficiência”. Guimarães e Giovanella (2004) complementam que a descentralização no sistema de saúde brasileiro tem indicado que os efeitos externos dos agravos geram a necessidade da coletivização do cuidado sanitário; portanto, as soluções individuais não são eficazes para o enfrentamento das condições que afetam uma comunidade.

A CIR é entendida pela equipe A (CM<) como o único **espaço de discussão e integração com os serviços de referência** – neste caso, com o HBB. Percebem-na como uma



oportunidade para troca de experiências com os outros municípios e sentem-se melhor ao ver que os problemas são comuns a quase todos. Também colocam que há progressos em algumas discussões e na participação dos gestores – conseguem tomar algumas decisões em conjunto. Devido a isso, a secretária de saúde refere participar regularmente das reuniões.

Uma das enfermeiras do município A citou, como exemplo da **força dos municípios**, a decisão de não assinarem o Pacto pela Saúde, tomada em conjunto com a FAMURGS. Infelizmente, neste caso, entendemos que foi uma decisão equivocada, sem embasamento técnico; foi utilizada apenas como pressão política e não teve bons resultados para o Estado, atrasando vários processos da descentralização.

A secretária de saúde e a auxiliar administrativa do município B (CM>) percebem que a **CIR** é um **espaço que tem adquirido força** nos últimos anos, sendo um momento de expor e discutir dificuldades comuns aos municípios. Referem que a pauta tem aumentado e tem-se conseguido avanços nas reivindicações municipais.

A consciência da dependência mútua é positiva quando gera empreendimentos cooperativos e precisa de coordenação para se organizar e estabelecer arranjos mais estáveis. A diversidade e assimetrias entre os municípios podem gerar conflitos e iniquidades se não houver a coordenação da interdependência e implantação de uma estrutura eficiente de incentivos pela esfera estadual. Esta coordenação precisa estabelecer metas comuns e definir prioridades (GUIMARÃES, GIOVANELLA, 2004).

Apesar dos avanços, persiste a sensação de que não há solução para os problemas, e o município coloca-se numa posição de conformismo.

A gente fica só na discussão porque é sempre a mesma coisa, sempre a mesma coisa [...] Força até ele tem (a CIR), porque a gente consegue trocar várias experiências, mas força de seguir em frente, porque às vezes a gente passa 2 horas e meia lá, discutindo, o pessoal começa a sair e daí eu venho pra casa me perguntando, tá e daí? Como será que vai ser? Como é que vai ficar? Claro que a gente não vai sair de lá com as respostas que a gente quer ouvir. Agora tá melhor, que está se montando aquelas comissões,... Está vindo pessoal, porque as primeiras que eu comecei a participar a gente discutia, discutia, o município tem isso, o meu tem isso e chegava quatro horas, cada um ia pro seu, com seus problemas. (SA)

*“Simplesmente porque as coisas são assim” (E1A).*

Verificamos que as mudanças na relação entre as esferas de governo propostas pelo Pacto pela Saúde – e mais recentemente pela resolução 7508 – necessitarão de um tempo imprevisível para se efetivarem; conforme mencionado em diversos momentos neste estudo, a tradicional centralização de poder no nível federal e estadual criou uma cultura expectadora nos municípios em relação à tomada de decisões e iniciativa.

Acreditamos que a responsabilidade pela saúde deve ser compartilhada entre os três âmbitos federativos. Para isso, se impõe “a definição clara de competências próprias e comuns que ponderem a competição entre sistemas e orientem processos de cooperação”. É preciso “reforçar e aperfeiçoar espaços para a construção de acordos dinâmicos que permitam a geração de bens públicos, como é o caso da saúde” (GUIMARÃES, GIOVANELLA, p. 287, 2004).

### **6.3.2 Ruídos e deficiências operacionais e na comunicação entre serviços e níveis de densidade tecnológica**

Nesta parte da análise, explicitamos as deficiências encontradas em relação à comunicação e outros processos de trabalho entre os diversos níveis de densidade tecnológica.

Conforme a OPAS (2011<sup>a</sup>), as redes de atenção à saúde necessitam da gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico (atributo 10), assim como um sistema de informação integrado que vincule todos os membros da rede (atributo 12).

Segundo a equipe A (CM<), **não há integração entre a AB e os outros níveis de densidade tecnológica. Os sistemas informatizados utilizados não são compartilhados com os outros níveis de densidade tecnológica – assim como o prontuário eletrônico. Não há nenhum sistema de informação que integre os dois municípios com os serviços de referência.**

Apesar de haver formulários de referência e contrarreferência, os médicos da ESF do município A decidiram não informar mais os dados clínicos dos usuários quando os encaminham para o HBB; pois, segundo as enfermeiras, não recebem retorno. Para encaminhar ao hospital local, continuam preenchendo os dados – embora também refiram não receberem retorno.

Na maioria das vezes as médicas acabam olhando o prontuário e vendo... Eu encaminhei esse paciente para o cardiologista, aí elas na boa vontade acabam indo atrás, perguntar para nós, se a gente sabe se ele foi, se ele não foi, perguntar para ele, mas não tem nada que comprove que ele tem aquela doença ou que ele fez aquele exame.  
(E2A)

O documento de referência e contrarreferência utilizado pela rede foi elaborado pelo HBB e encaminhado aos municípios, que não tiveram participação.

A equipe do município B (CM>) refere que, quando encaminha os usuários para os cardiologistas do HBB através do convênio, solicita que o usuário escolha os médicos que

fazem contrarreferência. No entanto, nos encaminhamentos exclusivamente SUS não conseguem obter o retorno, pois esta escolha não é possível.

A gente elaborou um documento. Como a gente usa muito o convênio na parte de cardio, então a gente fez um documento,... Eu anoto sempre todos os medicamentos em uso, todos os exames realizados, tudo que o paciente tem de doença, e isso aqui vai com ele, porque se eu deixo para ele levar os exames, os medicamentos, eles acabam não levando, então eu digo, leva essa folha, e aí sempre vem uma resposta atrás, então isso funciona muito bem assim (MB).

*“Tem ótimos médicos, mas eu não sei o que eles disseram pro meu paciente, então fica difícil”* (MB).

A médica do município B também relata que costuma encaminhar usuários com hipertensão persistente para o hospital local, juntamente com um documento de referência, em que constam informações de condições clínicas e medicações. No entanto, depara-se com dois problemas: a mudança da prescrição realizada pelo médico que atende no hospital e a ausência da contrarreferência com esta informação. Observamos que, também neste caso, **persiste o problema da não integração da gestão clínica.**

Isso a gente se deu conta com os grupos, quando a gente começou um levantamento, paciente por paciente, tudo que usava de medicação, até porque a gente leva medicação no grupo. Aí ia entregar, já não era mais, porque foi num outro médico. E aí, às vezes o paciente tinha 3, 4 receitas. Então hoje a gente até prefere que venha consultar com a médica do nosso PSF, porque a gente tem um controle maior sobre o que a pessoa está usando. Às vezes como é consulta ali no hospital, o médico não sabe se o paciente já estava usando a medicação, e aí acontece isso, de tomar duas vezes a medicação pra mesma função. (E1B)

Por outro lado, a CCTA refere que os usuários chegam ao serviço portando a solicitação de exames e o documento de referência, que muitas vezes são enviados com campos em branco, sem informações fundamentais para a realização dos procedimentos e exames. Alguns trazem, também, uma folha impressa com os dados do agendamento fornecida pelo município.

Quando questionei a gestão hospitalar sobre a prática do envio de contrarreferência, esta primeiramente entendeu que se referia à necessidade de encaminhamento do usuário para outra especialidade e respondeu que isto é sempre feito internamente. Quando expliquei que estava me referindo à contrarreferência ao município que tinha referenciado o usuário, a CCTA respondeu que:

Esse documento de referência e contrarreferência, que cada paciente deveria trazer no dia do seu atendimento, nem todos trazem. Então quando um paciente que é contrarreferenciado não tem esse documento, o médico faz num receituário interno

da instituição, mas ele não deixa de sair daqui sem o documento, não propriamente o documento de referência e contrarreferência, porque ainda temos muitos municípios que mandam os pacientes sem os documentos. (CCTA)

Constatamos que falta comunicação entre os profissionais dos diversos serviços para esclarecimento e organização desta comunicação, pois as reclamações de ambos são semelhantes.

No pós-operatório, segundo o gestor hospitalar, há a comunicação entre o cirurgião e o médico assistente do município de origem.

O que nós estamos estudando via sistema online, é que no momento da alta a gente já pudesse fazer uma orientação com o médico assistente via e-mail, para que o médico tivesse mais dados sobre o paciente, então eu não saberia te informar agora se é feito essa contrarreferência de 100% dos médicos, o que eu sei é que a gente tem uma parceria muito forte com os médicos aqui da Região do Vale. (GH)

Observamos que há falhas em todos os níveis em relação à qualidade da utilização dos instrumentos de comunicação. Inferimos que não há responsabilização dos profissionais de saúde com a continuidade do cuidado ao usuário. Cada um faz a “sua parte”, constituindo uma rede fragmentada. As consequências destas atitudes ficam claras nas falas dos próprios profissionais; no entanto, não verificamos iniciativas dos mesmos no sentido de aproximar os serviços e repensar os processos de trabalho.

Conforme Silva et al (2011), entre os problemas mais frequentes para a consolidação das redes de atenção à saúde estão: a hegemonia de uma cultura organizacional e de técnicos voltada para sistemas fragmentados; equipes técnicas insuficientemente capacitadas e lideranças não motivadas para promover mudanças; inexistência ou insuficiência de sistemas logísticos de suporte às redes; e políticas de investimento e custeio e marco jurídico-legal inadequados. Não há um sentimento de pertencimento, pois as regiões não se consolidaram como instâncias do sistema de saúde.

A construção de redes pressupõe mobilização e articulação de múltiplos atores em torno de objetivos comuns, implementação de estratégias viáveis e factíveis e domínio de métodos e técnicas para levar adiante processos de mudança. Mudanças dessa natureza não têm geração espontânea. É necessário estimular o surgimento de “inteligências locais e regionais”, investindo em capacitação técnica e outros processos educacionais (SILVA et al, p. 126, 2011).

Nos sistemas de saúde dos países Europeus, os problemas são semelhantes: a literatura sugere que as barreiras estruturais para a coordenação do tratamento podem ser caracterizadas por gestão e controle separados, pois saúde e assistência social estão em partes diferentes do

setor público; coexistência do público e privado; fornecedores partilhados e concorrentes; barreiras profissionais provocadas pelas rivalidades dentro e entre grupos de profissionais e problemas relacionados à implementação e operacionalização dos instrumentos de coordenação (atrasos nas cartas de referência, preenchimento inadequado dos prontuários e falta de comunicação entre as equipes) (OBSERVATÓRIO EUROPEU DE SISTEMAS DE SAÚDE E POLÍTICAS, 2006).

Durante todo o estudo, não constatamos ações ou mesmo consciência da necessidade de promover a aproximação entre os serviços nas questões da gestão da clínica. Os problemas são percebidos, mas a integração da clínica não aparece como proposta.

O gestor hospitalar avalia que, para que houvesse **integração entre municípios**, serviço de referência e Estado, **seria necessário um sistema informatizado integrado**.

[...] quando se fala de integração é importante frisar que ninguém consegue fazer integração sem ter um sistema de inteligência. Fazer integração individual na área da saúde não existe mais, então você precisa construir uma retaguarda, criar sistemas inteligentes principalmente na área da informática, essas estruturas, bancos de dados, onde você consiga ter dados armazenados e a partir dali então tu consegue fazer essa integração. (GH)

Acredita que tem havido melhorias; porém, como a maioria dos municípios são pequenos, emancipados há pouco tempo, há muitos **problemas de infraestrutura**. Com os maiores já ocorre melhor integração. Pensa que é preciso investir em sistemas informatizados e utilizar mais a grande quantidade de dados disponíveis pelo DATASUS. Também relata que há um sistema integrado interno no hospital; com a implantação do AGHOS pelo Estado, contudo, tem encontrado algumas dificuldades. **O fato de os sistemas não serem compatíveis e integrados gera erros e duplicidade de trabalho**.

Segundo a OPAS (2011<sup>c</sup>), a importância dos mecanismos de referência e contrarreferência é reconhecida, mas na prática do SUS esses mecanismos não estão em pleno funcionamento. Aponta que a causa para isso é a incapacidade de se estruturarem sistemas logísticos com base em tecnologia de informação (TI). Mas afirma, também, que a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde não estão numa perspectiva estrita da utilização das TI modernas, “mas da coerência entre a proposta dessas logísticas com o modelo de atenção à saúde adotada por uma rede de atenção à saúde singular” (p. 34), principalmente em uma situação de saúde com alto predomínio de condições crônicas.

Concordamos com a afirmação acima, pois mesmo com um ótimo sistema de integração informatizado, ele só funcionará se houver comprometimento por parte dos

profissionais que o operam; do contrário, o sistema permanecerá sem informações, assim como o documento em papel.

Neste ponto, levantamos algumas questões: qual o modelo assistencial seguido pelos diversos serviços? Eles são similares e compatíveis? É possível integrar serviços com modelos de atenção diferentes e algumas vezes contraditórios?

Conforme Viana e Machado (2008, p. 31), as contradições são evidentes: paralelamente à expansão do sistema público, ocorre a consolidação de mercados privados fortes com o incentivo do Estado “com a persistência de iniquidades que colidem com a noção da saúde como direito de cidadania”. As autoras afirmam que é difícil a integração entre dois modelos assistenciais produtivos devido à “natureza distinta dos equipamentos/serviços presentes em um e outro, pela adoção de diferentes modalidades de prestação, acesso e financiamento e pela presença de diferentes grupos de atores na base política de sustentação desses arranjos”. Segundo elas, pouco se enfrentou este dilema organizacional e político até o momento.

Explicações possíveis para esse fenômeno, impeditivo da constituição de um sistema nacional integrado, público e universal, talvez se liguem ao processo político de constituição dos modelos e dos atores presentes em defesa de interesses específicos, cuja trajetória é não se unir em prol de uma rede única, possivelmente por medo de terem seus interesses atingidos ou por terem outra perspectiva para a política de saúde que não é o fortalecimento explícito de um sistema nacional (VIANA, MACHADO, p. 31).

Verificou-se, nas falas, a existência de **conflito entre a AB do município A (CM<) e o hospital local**. Este refere, segundo a secretária, que a AB é de responsabilidade do município. Por outro lado, o município lembra que o hospital possui filantropia e não age como tal. A equipe entende que não consegue atender a tudo que está se tornando responsabilidade da AB.

[...] a saúde básica, a atenção primária, cada vez é mais ampla, cada vez é exigido mais dos profissionais, mais qualificação, mais exames, mais recursos, cada vez é tudo mais, é mais responsabilidade pra atenção primária, isso é bem nítido,... Só que às vezes a gente não consegue fazer tudo isso, por várias questões. (E1A)

Mais uma vez, este conflito expõe a fragmentação desta rede e o comportamento individualista de gestores e profissionais, num jogo de “empurra-empurra” de responsabilidades. Mecanismos indutores de cooperação e responsabilização – como o financiamento por resultados proposto por Carvalho e Medeiros (2011) e Silva (2011) – precisam ser implementados para tentar minimizar esta condição.

Conforme relato da equipe do município B (CM>), **o hospital local tem dificuldade de comunicação com o hospital regional** quando há necessidade de transferência de usuários. Esta comunicação precisa ser feita de médico para médico; no entanto, eles pedem a intermediação da secretaria de saúde. **Observamos a fragilidade dos mecanismos de coordenação assistencial ao longo do contínuo dos serviços de saúde.**

[...] o hospital de Lajeado solicita que seja a transferência médico para médico, e a gente tem um pouco de dificuldade nesse diálogo com o hospital, de fazê-los entender que não é a secretária ligando para o HBB e dizendo que o paciente fulano de tal precisa disso, até porque ela não tem conhecimento técnico pra passar um caso,... Já foi falado, feito inúmeras reuniões, às vezes a gente não sabe como fazer, porque afinal o paciente tá lá, a gente tem que fazer alguma coisa, mas como é que a gente vai fazer o meio de campo, a gente também não sabe certo o caso, daí vai chamar a doutora... pra fazer a transferência? O paciente não está na mão dela. (E3B)

O gestor hospitalar confirma a exigência de que as transferências dos usuários entre serviços sejam realizadas após a comunicação entre médicos.

O médico que está assistindo o paciente, ele vai pegar o telefone e vai encaminhar para uma referência, e ele vai falar pessoalmente com o seu colega, para passar o histórico, para passar o caso do paciente, para que o médico que vai assumir o paciente já tenha conhecimento do quadro, da situação do paciente. (GH)

Novamente, verificamos o descompromisso do profissional médico com a gestão do caso: ele é detentor de informações relevantes para a continuidade da assistência do usuário no continuum dos serviços e não está sensibilizado para exercer este papel. É preciso construir um equilíbrio entre as funções clínicas e gerenciais com uma equipe multiprofissional responsável pela condução do paciente no emaranhado assistencial dos níveis de atenção – especialmente o médico (SILVA et al, 2011).

A informação sobre o agendamento de consultas e procedimentos é realizada pelo HBB por meio de correio eletrônico. Ocorrem problemas quando esta comunicação é feita com apenas um dia de antecedência. Neste caso, o município muitas vezes não consegue avisar o usuário a tempo.

*“Uma consulta dum dia pro outro, pra nós aqui como o pessoal é do interior, às vezes tu não consegue avisar se não é por rádio, e algumas eu perdi também”* (AA).

Os profissionais do município B (CM>) referem que as faltas que ocorrem nas consultas agendadas no HBB não são justificadas pelos usuários. A equipe municipal é informada destas faltas pelo hospital.

O gestor regional confirma que há **ruídos na comunicação** entre os municípios e o serviço de referência e que o HBB tem sido pró-ativo ao tentar minimizar estes problemas. Este tem chamado os municípios para tentar diminuir o número de faltas às consultas e procedimentos agendados. Os municípios, por sua vez, têm dificuldades internas de comunicação – que justificam, como vimos anteriormente, por vários motivos: agendamentos sem tempo hábil para avisar os usuários, decisão do usuário de não comparecer, tempo na fila de espera levando o usuário a buscar outras formas de atendimento.

Conforme o gestor hospitalar, a equipe do setor de marcação de consultas reúne-se a cada 60 dias com os municípios para discutir as dificuldades e melhorar o acesso. O restante dos contatos para agendamento é por meio eletrônico.

A gente procura fazer reuniões também com os motoristas de ambulância, porque são eles que trazem o pessoal. O que a gente quer é tentar equacionar e facilitar o trabalho principalmente de quem vem de fora, tornar mais ágil, para que as pessoas ao chegarem no hospital saibam exatamente onde elas tem que ir, com quem elas tem que falar, o que vieram fazer,... É comum as pessoas chegarem aqui e não encontrar onde é que fica o serviço, com quem eu falo. Então a idéia dessas reuniões é a gente se aproximar, encurtar a distância e facilitar ao usuário, porque ele está num momento difícil, a gente sabe que quem está com a doença já não tem só a doença. A gente procura oferecer esse serviço para tornar o ambiente mais agradável e também para transmitir maior segurança para o paciente. (GH)

O gestor hospitalar ressalta o importante número de faltas (que em 2011 ficou em torno de 26%) e as atribui a problemas com o transporte do município. Refere que isto é um problema sério a partir do momento em que a equipe está disponível e não ocorre o atendimento. Conclui afirmando: “[...] *aproveitar melhor aquilo que é de graça, a gente diz assim, que talvez por ser de graça as pessoas não usam como deveriam usar*” (GH).

Observamos, nesta fala, a “velha” concepção de que o serviço público é de graça e, por isto, não é valorizado e devidamente utilizado (considerando o alto valor de impostos que todos pagamos por ele, logo percebemos nisto uma falácia). Esta concepção induz à exaltação do que é pago diretamente: ou seja, do serviço privado.

A CCTA refere que solicitam semanalmente justificativa aos municípios sobre o motivo das faltas, mas poucos dão retorno sobre este.

“[...] *de 10 municípios, se 2, 3, responderem é muito, ou os outros respondem simplesmente que encaminharam, entregaram a documentação para o paciente, que informaram a data, o horário e o local e não sabem por que não vieram*” (CCTA).

Vimos anteriormente que, se o HBB não avisa que ocorreu a falta, o município não é informado, pois **não faz o acompanhamento da atenção ao usuário na linha de cuidado**.



“A continuidade informacional é a base para a garantia da continuidade do cuidado. Diz respeito à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde” (CUNHA, p. 90, 2009).

A CCTA relata que há municípios bem organizados, que encaminham o que está definido na sua cota mensal. Porém, alguns municípios fazem muitos encaminhamentos que são colocados em fila de espera.

As normas de funcionamento do serviço, segundo ela, foram sendo definidas e adequadas conforme se verificava o que estava funcionando bem ou não. Estas **normas são comunicadas para a 16ª CRS, que as transmite aos municípios. Não há construção coletiva de normas**: as operacionais são determinadas pelo HBB e as cotas, pela SES. A prestação de contas e outras negociações e combinações se dão por intermédio da 16ª CRS.

Observamos que **não há espaços de encontro a nível técnico** entre profissionais do serviço de referência e equipes da AB. O **direcionamento da comunicação tem sido dado para questões operacionais** do agendamento e transporte. Avaliamos, com isto, que **não está sendo percebida a importância da integração da gestão clínica** pelos atores envolvidos nos processos da rede.

A autonomia do hospital, conforme a CCTA, ocorre em relação a pequenas mudanças internas de agendas dos médicos. **As outras decisões**, segundo ela, são sempre **tomadas em parceria com os municípios**; as mudanças são realizadas de acordo com as necessidades de ambas as partes, com comunicação em tempo hábil para a organização dos municípios. O relato das equipes municipais não confirma a fala acima.

O gestor hospitalar analisa, também, o **impacto que têm as trocas de governo e de gestão sobre a integração e a continuidade**.

[...] parece que a máquina pública para, e a gente começa tudo da estaca zero de novo. Desde a formação de profissionais, porque a área da saúde é uma área específica, tu precisa conhecer, hoje tudo está basicamente definido em portarias, legislações, então requer profissionais que conheçam a área. (GH)

O problema da falta de qualificação da gestão tem sido amplamente debatido há vários anos, tanto por instâncias de gestão do SUS (MS, SES, CONASS, CONASEMS) quanto por pesquisadores e instituições formadoras. No entanto, acompanhamos nesta e em outras regiões a recorrência de pessoas sendo conduzidas a cargos importantes de gestão da saúde sem formação ou conhecimento na área, meramente por questões político-partidárias.

Estudo realizado com o objetivo de avaliar os efeitos do processo de descentralização da atenção à saúde em municípios do Estado da Bahia verificou que os limites da descentralização estavam relacionados às deficiências na gestão do sistema, reduzindo sua capacidade de realização. Observou baixa capacidade técnica, pouca compreensão das características de um modelo público em saúde e limitado sentimento de participação na gestão por parte dos técnicos e trabalhadores de saúde. Relacionaram estes problemas ao perfil do gestor, que é pouco preparado para lidar com práticas participativas e mais vinculado às questões político-partidárias (VIEIRA DA SILVA et al, 2005).

Alguns projetos de qualificação de gestores têm sido oferecidos com recursos do MS e da SES, mas não dão conta do problema: por um lado, há pouca participação dos gestores e, por outro, a alta rotatividade dos mesmos. Na maioria das vezes, quando a capacitação chega ao final, as pessoas que a realizaram não ocupam mais o cargo de gestão. Desta forma, acreditamos que seja um recurso mal utilizado e que não tem diminuído o problema em questão. Notamos que as decisões tomadas por muitos gestores são baseadas no senso comum e no modelo biomédico ainda vigente na maioria dos municípios.

### **6.3.3 Regulação, monitoramento e avaliação: ações que não saem do papel**

O arcabouço jurídico que trata da regulação no SUS é amplo (Constituição Federal/88, Lei 8080/90, Decreto 7508/2011, Portaria nº 1.097/2006, Portaria nº 1.571/2007, Portaria nº 1.559/2008, Portaria nº 2.907/2009, Portaria nº 1.034/2010, Portaria nº 4.279/2010). Em junho de 2012, foi publicada uma nova minuta de portaria pelo MS sobre a Política Nacional de Regulação, que define no parágrafo único do Art 1º: “Compreende-se a regulação do acesso como componente de gestão para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta, auxiliar no monitoramento e avaliação dos pactos intergestores e promover a equidade no acesso às ações e serviços de saúde” (BRASIL, p 266, 2012).

No Artigo 2º, estabelece a orientação das diretrizes por eixos.

Art. 2º Definir que as diretrizes de regulação do acesso às ações e serviços de saúde, serão organizadas por eixos, a saber:

- I. Gestão da regulação do acesso às ações e serviços de saúde;
  - II. Tecnologia de suporte aos Complexos Reguladores/Centrais de Regulação; e
  - III. Operacionalização da regulação do acesso às ações e serviços de saúde
- (BRASIL, p. 267, 2012)

No entanto, veremos nesta parte da análise que muito pouco do que está descrito na legislação acima tem sido implementado nos municípios e no próprio Estado. Os complexos reguladores nunca foram implantados, e não há classificação de risco para organizar a demanda. Também não verificamos monitoramento e avaliação efetivos das ações realizadas pelos prestadores em relação à quantidade e muito menos à qualidade dos serviços ofertados.

As duas Secretarias de Saúde do estudo **não realizam a regulação dos serviços locais, e o município sede do serviço regional também não o faz**. Esta regulação é feita pelo próprio serviço de referência regional. Igualmente, **não há controle efetivo** sobre os encaminhamentos para este serviço.

A Secretaria Municipal de Saúde A (CM<) limita-se a registrar os usuários na lista de espera e não possui quantitativos registrados dos atendimentos realizados no HBB. Desconhecia o número de exames disponíveis em sua cota mensal, tendo informação apenas do número de consultas oferecido. Surpreenderam-se quando eu informei quais eram as cotas disponíveis e os exames que eles realizaram em 2011 (dados que busquei na CRS e no HBB e que estão disponíveis aos municípios).

O município B (CM>) estava informado das suas cotas de consultas e exames e mantinha registros dos mesmos.

Conforme Silva et al (2011), o primeiro e principal desafio para fortalecer a regulação é a qualificação da AB. Sugere, para isso, quatro passos: identificação dos usuários e cadastramento dos estabelecimentos e profissionais de saúde da região; avaliação dos instrumentos que regulam a oferta assistencial na região, fazendo sua readequação se necessário; legitimação, criação ou readequação dos protocolos técnico-assistenciais; e criação ou adequação, do suporte logístico para o trabalho em redes. Observamos que somente o primeiro passo está sendo seguido – parcialmente, pois os usuários não são acompanhados devidamente.

Segundo o gestor regional, quem faz a regulação das referências em cardiologia é o próprio prestador, que envia relatórios mensais com o serviço realizado. Estes relatórios são enviados para a SES, onde fica registrado o problema da oferta insuficiente para a região. Refere que os complexos reguladores previstos na NOAS/2002 e no pacto de gestão nunca foram implementados.

O contrato do HBB é acompanhado por uma comissão que se reúne mensalmente para analisar o serviço prestado. Esta comissão, formada por representantes do hospital, dos municípios e da gestão regional, segundo ele, *“acaba sendo mais uma demanda burocrática de prestar contas e fazer o registro do que conseguir fazer uma avaliação que seja decisiva,*

*que possa interferir na decisão*” (GR). A avaliação parte dos números apresentados pelo próprio hospital, pois este regula os atendimentos. O **controle** fica por conta do relato dos municípios nas reuniões da CIR e dos relatórios de gestão, que normalmente referem-se a cotas insuficientes e não à qualidade na assistência. O hospital também faz o gerenciamento das cotas, redistribuindo-as entre os municípios quando ocorrem faltas aos agendamentos a fim de manter os quantitativos contratualizados.

Assim como neste trabalho, um estudo realizado na região metropolitana de São Paulo concluiu que, num sentido amplo, a regulação não chega a ser vislumbrada pelos secretários municipais, e “a ação regulatória do gestor incide quase que exclusivamente sobre a população, no sentido de receber, orientar, encaminhar, adscrever, ou ainda restringir serviços e procedimentos, como no exemplo mais comum, dos medicamentos”. Os autores afirmam que existem mecanismos para se exercer uma melhor regulação, mas que são pouco usados na relação público/privado. “O sistema de auditoria, avaliação e controle não foi completamente implantado, apenas criado por meio de legislação”. Os autores referem, ainda, que “verifica-se uma enorme lacuna a ser preenchida pelo gestor público estadual quanto a mecanismos de avaliação, fiscalização e regulação do setor privado” (IBANHEZ et al, p. 582, 2007).

O estudo aponta para a necessidade de o gestor estadual exercer funções precípuas, na coordenação, articulação, avaliação, controle e prestação de serviços de forma integrada aos sistemas de saúde locais/municipais e regional. Para a maioria dos secretários municipais entrevistados, o gestor estadual é ausente no processo de PPI como um todo, limitando-se, por exemplo, a delimitar tetos financeiros e indicar referências – muitas vezes sem levar em conta particularidades municipais, ou ainda interpretações diversas das normalizações [...] (IBANHEZ et al, p. 581, 2007).

A expectativa do gestor hospitalar é de que os municípios assumam a regulação, tanto da parte ambulatorial quanto das internações, que são atualmente realizadas pelo próprio hospital e, em parte, pela 16ª CRS. Mas para que isto seja possível, refere que:

[...] é um período no qual as próprias secretarias vão ter que se estruturar internamente pra poder atender essa demanda, porque isso não é fazer do dia para a noite, tu tem que criar toda uma estrutura, montar sistema, preparar pessoas na área, que entendam para poder assumir. (GH)

Concordamos com ele, pois atualmente poucos municípios têm estrutura para realizar a regulação, por deficiência de equipamentos de informática e de profissionais qualificados e disponíveis para este trabalho. Isto se verifica na forma como têm atuado no controle e encaminhamento dos usuários dentro da rede. Este trabalho tem estado sob responsabilidade

de auxiliares administrativos com pouca ou nenhuma capacitação, que atuam apenas agendando consultas e procedimentos.

O **monitoramento e avaliação**, conforme a equipe A (CM<), limita-se ao acompanhamento da cobertura vacinal (principalmente em campanhas) e dos indicadores pactuados que estão no relatório de gestão. Estas ações são realizadas apenas pelas duas enfermeiras e a secretária de saúde. Elas entendem que há a necessidade de acompanhar e avaliar os resultados e indicadores referentes aos vários sistemas de informação que alimentam, mas ainda não o fazem. A justificativa é que a demanda por atendimentos impede a realização de outras atividades.

Pela demanda... A gente não conseguiu ainda organizar, diminuir essa demanda espontânea, porque como tem duas ESF que estão junto ainda na unidade básica de saúde, é mais complicado trabalhar. Como é que vai sair simplesmente as duas equipes da unidade e não deixar profissionais pra atender a demanda espontânea. Então a gente prioriza isso quando a gente está aqui dentro. Que nem agora, o posto está fechado, a gente tem tempo pra fazer uma discussão, fazer uma reunião, mas se alguns profissionais fazem isso, cada pouco a gente tem que estar atendendo, enfim, a demanda está aí, e nós vamos fazer o que... Tem que ser atendida. (E1A)

O Hiperdia desde que eu vim pra cá ele nunca funcionou, faz seis anos. Foi feito um cadastro de pacientes, não foi feito acompanhamento, e no ano de 2010 até se tentou começar colocar em prática, começar alimentar mais o sistema, só que daí... Pela demanda, pela falta de tempo, não se fez mais, se parou. (E2A)

Segundo a equipe do município B (CM>), o monitoramento da qualidade do serviço prestado pela referência regional ocorre apenas por meio do relato dos usuários, normalmente no consultório médico. O enfermeiro da ESF2 entende que o município não tem autonomia para avaliar e cobrar melhorias no atendimento. As reclamações que chegam dos usuários têm relação com a demora no atendimento, raramente com a qualidade deste.

Observamos que, pelo pouco monitoramento e avaliação realizados, **a gestão não é baseada em resultados**, e que praticamente inexistente planejamento.

Em relação à utilização dos sistemas de informação do MS para acompanhamento e avaliação das ações, a equipe do município B diz que a participação de alguns dos profissionais em cursos de mestrado e especialização tem contribuído para a aprendizagem na utilização destes sistemas. No entanto, também **colocam a demanda e a escassez de recursos humanos como obstáculos para a efetiva avaliação dos serviços**, embora utilizem mais as informações e indicadores do que o município A. Ressaltaram a necessidade de digitadores para alimentar os sistemas.

Da mesma forma, na visão do gestor regional, os sistemas de informações são subutilizados – principalmente como subsídio para o planejamento. Há poucos municípios que os utilizam: isto ocorre onde há gestores mais comprometidos ou profissionais que percebem sua importância.

*“[...] mas não é uma preocupação generalizada, a maioria dos profissionais ou inclusive dos gestores estão muito mais apagando incêndios do que usando o sistema de informação para planejar a sua ação” (GR).*

Avalia, também, a pactuação dos indicadores da AB como um processo que se torna apenas burocrático, a partir do momento em que não há monitoramento e utilização destes indicadores durante o ano. Neste ponto, ele faz uma crítica não somente à gestão municipal, mas também à regional, que também não tem avançado na formação de um grupo de profissionais que realize o monitoramento e avaliação das ações da região.

[...] talvez porque uma parte da equipe não enxergue sentido no trabalho, ainda voltados muito numa questão técnica de responder demandas que vem de outros níveis. A gente não consegue enxergar no monitoramento, na avaliação dos resultados da saúde, algo que seja concreto, e aí a gente acaba naufragando nesse trabalho, infelizmente. (GR)

Todos estes relatos trazem à tona uma questão crônica no SUS: a deficiência no monitoramento, avaliação e planejamento.

O controle e a avaliação devem fundar-se em resultados, no cumprimento de metas previstas nos planos de saúde. O SUS deve perseguir uma administração pública centrada em resultados qualitativos das ações e serviços de saúde, e não em procedimentos formais e burocráticos (SANTOS; ANDRADE, p. 75, 2009).

Estudo realizado em outro pequeno município da mesma região mostrou que o processo de planejamento não faz parte da prática da equipe, e que as ações são definidas a partir de problemas pontuais. “A preocupação maior da equipe de saúde centraliza-se em torno da execução das tarefas cotidianas, disponibilizando pouco tempo para a reflexão sobre o processo de trabalho” (MEDEIROS et al, p. 100, 2008).

Conforme Pinto (2011), em estudo realizado nos municípios de Camaquã e Canguçu, no RS, as principais práticas avaliativas foram estimuladas por avaliações pontuais. Afirma que “o uso de Sistemas de Informação, documentos e relatórios de gestão, enquanto meros cumpridores de responsabilidades com as demais esferas de gestão banaliza a potencialidade das ferramentas” (p 117). Analisa que as ferramentas de monitoramento e avaliação não conseguem mobilizar a capacidade reflexiva dos gestores, sendo necessários momentos de

diálogo e reflexão em equipe sobre as informações e seu uso para a avaliação. Ressalta o papel das instâncias Estadual e Federal do SUS como mediadores de conhecimento e instigadores de reflexões para o desenvolvimento municipal. “Pensar em ferramentas de gestão no SUS significa pensar as tecnologias leves incorporadas nas relações entre os gestores, trabalhadores, usuários e outros atores na negociação diária de interesses na condução e uso dos recursos disponíveis no Sistema” (PINTO, p. 118, 2011).

O HBB, conforme o gestor hospitalar, monitora indicadores selecionados em cada unidade produtiva (setor). Eles são avaliados de acordo com os parâmetros da OMS e em relação a outros hospitais. Citou como exemplos: tempo de permanência na UTI, período de recuperação de paciente cardíaco e o índice de óbitos aceitável. Avaliam os indicadores por sexo e idade e também o grau de satisfação do usuário com o serviço.

Embora a gestão hospitalar esteja mais avançada na utilização de indicadores para acompanhar a qualidade da assistência e dos resultados, os indicadores utilizados referem-se exclusivamente às atividades internas ao hospital, não avaliando o impacto na rede de atenção à saúde regional e mudanças na situação de saúde regional.

Uma fala que destacamos, pois tem relação direta com o foco deste estudo e resultado do coeficiente de mortalidade por DCV no município B (CM>), é a seguinte:

É, na verdade nesse ponto chega ser frustrante, tu entra no DATASUS e os coeficientes de mortalidade são muito altos. Aí entra uma crítica minha com relação aos atestados de óbito do município. É muita parada cardiorrespiratória, é muita morte súbita de origem cardíaca sem passar por um IML. Então, como é que está sendo esse atestado? Realmente a pessoa morreu disso? Foi feito algum exame, tem alguma comprovação? Porque esse é um coeficiente que detona o nosso trabalho e eu questiono a validade desse atestado de óbito. Até porque muitas vezes eu estou acompanhando o caso e eu sei que não foi feito exames porque o paciente já chegou morto no hospital, e não se deu sequência. Aí entra aquela coisa do interior, de não expor a família tendo que mandar para o IML. (MB)

Acreditamos que a qualidade do preenchimento das declarações de óbitos também está relacionada à responsabilidade do profissional com o sistema como um todo. O entendimento da relação entre a informação produzida e a orientação das políticas públicas de saúde, bem como ao estabelecimento de prioridades de investimento, pode sensibilizar os profissionais a qualificarem este trabalho.

A questão da inexistência dos atestados de óbitos derivou para o questionamento do preenchimento das autorizações para internação hospitalar (AIH) e a relação corporativa entre médicos na função de autorizadores e auditores.

[...] eu já trabalhei em outros municípios e já vi também muito da AIH que paga a mais, se colocar na AIH que aquela pessoa tem uma doença pulmonar obstrutiva crônica. Ela internou por uma gripe, mas se botar lá que ela tem uma DPOC vai vir mais recurso. Então tu vê assim municípios que todo mundo tem DPOC, e isso não existe. O que está sendo colocado ali no papel, que de repente pro médico do hospital, vai favorecer o hospital, mas pra AB é muito ruim. (MB)

E ao mesmo tempo pro médico autorizador, às vezes estar negando, eles estão aqui, às vezes eles dependem também lá do hospital, eles estão negando cada pouco as internações, pra eles também é ruim na questão entre colegas. É uma questão delicada, o outro médico da outra ESF também é autorizador, ele trabalha lá também, então, daqui a pouco fica constrangedor pra ele, ficar questionando tantas coisas, apesar de que questiona também. (E3B)

Segundo a médica, o que pode significar mais ganhos para o hospital leva a indicadores distorcidos e equívocos na avaliação da AB dos municípios.

O controle das ações e serviços de saúde constitui-se em um processo gerencial que contempla, entre outras ações: autorização das internações e dos procedimentos especializados e de alta complexidade; monitoramento e fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial; monitoramento e revisão das faturas de cada estabelecimento; monitoramento e avaliação da produção, inclusive a relação entre programação, produção e pagamento; avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos por meio de análise de dados e indicadores e verificação dos padrões de conformidade (BRASIL, 2006<sup>c</sup>).

Os municípios designam um dos médicos que atuam na AB para exercer a função de autorizador. Constatamos que a qualificação do controle e da auditoria consiste em mais um “nó crítico” a ser enfrentado no SUS, principalmente em pequenos municípios e regiões, onde o mesmo profissional assume diversas funções e acaba sendo autorizador de procedimentos e internações no hospital onde também trabalha.

#### **6.3.4 Poder, autonomia e interesses: centralidade no Estado, regulação da oferta e investimentos pelo prestador, conformismo dos municípios**

A governança em rede pressupõe objetivos comuns e construção de percepções, estratégias e valores compartilhados. A ação conjunta de diversos atores em torno de um projeto consistente de organização da provisão de serviços de saúde, com preponderância decisória dos municípios, favorece o êxito da regionalização (FLEURY; OUVÉRY, 2007).



Contrariamente às colocações dos autores acima, o que vemos nesta parte da análise é a disputa de poder decisório entre prestadores privados e o Estado, com pouca participação dos municípios.

O gestor regional percebe uma relação de “pires na mão” do município em relação ao Estado. Os municípios **não percebem a força que teriam agindo em conjunto** e nem sempre obtêm respostas efetivas por parte do Estado. Refere que os municípios têm uma estrutura muito deficiente em nível de atenção de MC e AC, embora entenda que a AB esteja mais bem estruturada. Entende que há uma boa relação entre a gestão municipal e a regional, com abertura para o diálogo e a vontade de construção conjunta. No entanto, percebe uma importante **deficiência política na região**.

[...] é uma região pequena, sem tanta expressividade política, que não tem tanta população e são municípios muito pequenos... é uma questão em que também depende um pouco desse gestor municipal e do gestor regional da saúde ter condições de fazer um embate um pouco mais técnico e uma voz mais política, de conseguir fazer um debate com o próprio Estado, de reivindicar com clareza o que ele quer. Eu acho que isso nem sempre está claro, se o município quer algo mais, mas nem sempre sabe o que quer, quer mais dinheiro, mas mais dinheiro por mais dinheiro não quer dizer nada, afinal de contas qual é a necessidade do município e da região, eu acho que não há uma clareza muito grande. (GR)

Observamos que esta relação entre as duas esferas de governo origina-se na histórica **centralidade do poder no Estado** no que diz respeito à definição dos serviços de referência e das cotas – não há participação e discussão com os municípios, como demonstram as falas a seguir.

*“Veio pronta, quantidade de exames, quantidade de consultas”* (SA).

*“Pela coordenadoria nos passaram: vocês vão ter tanto disso, daquilo, como todos os outros municípios também tem as suas referências. A gente recebeu isso, acredito que seja dividido por população, então a gente tem essa cota que foi definida pela 16<sup>a</sup>”* (AB).

Quanto às decisões tomadas na rede de atenção, a percepção dos profissionais da equipe municipal A (CM<) é de que não se possui autonomia. Acreditam que **somente a unificação como grupo aumentaria o poder dos municípios, mas há situações que extrapolam o poder da rede regional** e que aderir ao Pacto pela Saúde significará apenas mais responsabilidades para o município. Referem, ainda, não ter percebido mudanças; o pacto foi assinado, mas a equipe julga que há descaso por parte do Estado e da União e que estes repassam as responsabilidades.

O município está com as mãos bem, bem amarradas. A gente não tem muito que exigir deles (o serviço de referência regional), o que eles disserem a gente tem que seguir aquilo e pronto. Não tem consulta hoje, bom então não tem consulta hoje, quem sabe mês que vem vai ter, eu acho que isso é bem falho, bem difícil de conseguir. (E2A)

A secretária do município A refere que a distância entre o Estado e o usuário leva esse a agir com descaso em relação aos problemas da atenção à saúde, manifestando certo conformismo com a situação.

[...] nós, como secretários, a gente acha que o Estado vem em segundo lugar, nenhum paciente vai cobrar o Estado se quebrar uma perna, fraturou um fêmur e não tem aonde ir, eles vão cobrar a secretária, então a gente acha que talvez o Estado não valorize tanto essa questão nossa dos secretários, porque nunca ninguém vai bater lá, quem vai estar com o pepino, a batata assando vai ser o secretário, o prefeito... Tem secretários de (outras cidades)... e outros municípios que já estão há duas administrações, que tu sente que eles tem uma experiência boa como secretários, que eu às vezes até ligo pra trocar ideias,... eles tem essa visão que sempre foi e sempre será assim. (SA)

Da mesma forma, a equipe do município B (CM>) percebe-se sem autonomia: não veem possibilidade de exigir, por exemplo, que o serviço de referência envie a contrarreferência dos usuários encaminhados. Entendem que o **poder de controle só existe nos serviços pagos pelo próprio município.**

*“A gente tem autonomia onde a gente paga, que no caso no hospital, alguma coisa a gente pode exigir, que é quando a gente paga, pode barganhar. Vocês fazem assim ou senão não levam isso, mas agora, outras coisas ficam um pouco difícil”* (E3B).

Constatamos que se mostram conformados com uma situação que não conseguem – ou se sentem capazes – enfrentar de outra forma que não ser aceitando o que os prestadores estabelecem. Poucas vezes buscam orientação e apoio junto ao Estado.

As diretrizes da NOAS/02 estabelecem o Estado como responsável pelo processo de regionalização, e as normas anteriores (NOBs) também centralizaram o poder decisório e financeiro no MS e SES. Embora o Pacto pela Saúde tenha sido publicado em 2006, não foi implementado na região – o foi apenas parcialmente no RS. Dessa forma, verificamos que, na prática, o que vigora são as diretrizes e o *modus operandi* da NOAS. Este “hiato” entre a normatização vigente e a não adesão pela maioria dos municípios do RS têm causado algumas dificuldades na transferência de recursos e na utilização destes.

De acordo com Fleury e Ouverney (2007), a centralização de toda a estratégia na SES gera defasagens em relação à realidade e dificuldade de interpretação dos dados, acarretando em menor efetividade e eficiência nas decisões tomadas e nos investimentos realizados. “A

autonomia federativa coexiste com práticas político-administrativas centralizadoras, levando os pactos de gestão a se enfraquecerem e não se efetivarem; transformando-se, muitas vezes, em meros instrumentos burocráticos em vez de assumirem o seu valor jurídico-legal” (FRANÇA; GUERREIRO; ARAÚJO, p. 19, 2010).

O gestor hospitalar confirma a centralidade da organização das referências e a definição dos tetos físico-financeiros no Estado.

[...] precisando de aumento de teto, então é uma reivindicação que é feita diretamente dos secretários municipais de saúde à secretaria estadual de saúde e a secretaria por sua vez, consegue fazer avaliações e dizer se concorda ou não, porque nem sempre tem recurso disponível para o aumento de teto, então depende também do Estado fazer uma renegociação com a união e aumentar seu teto financeiro [...]. (GH)

A contratação do HBB como referência regional em cardiologia, afirma o gestor regional, ocorreu a partir de uma oferta do hospital, tornando-se referência macrorregional nesta especialidade. A partir deste momento, a SES definiu e enviou para a CRS uma planilha com as cotas por município.

[...] não houve nenhuma consulta regional para perguntar qual era a necessidade de consultas, exames e outros procedimentos cardiocirculatórios nesse serviço de referência, foi uma negociação direta do HBB com o nível central da Secretaria e aí se chegou a um valor de consultas, de procedimentos que foram contratualizados e o próprio nível central então montou uma distribuição de quanto que seria a cota de cada município. A regional recebeu isso pronto. (GR)

O gestor regional fez uma crítica à forma com que tradicionalmente têm ocorrido as negociações realizadas diretamente entre os prestadores de serviço privado e o Estado: sem a participação da CRS e dos municípios. Na sua percepção, deveria haver uma pactuação entre Estado e municípios, mediada pela CRS, na definição das referências e distribuição das cotas.

[...] nós temos outra situação que até no atual governo diminuiu um pouco, mas o que a gente via muito há algum tempo atrás era o contato direto dessas organizações, desses serviços com o nível central da Secretaria, no lugar onde decide mesmo, e as instâncias regionais fazendo o papel secundário. A própria regional de saúde, a própria ASSEDISA, sendo chamados quando eram estritamente necessários, ou seja, muitas coisas foram implementadas ou muitas negociações foram travadas entre prestadores com o Estado sem que as regionais pudessem ter uma voz ativa. (GR)

Relata que as cotas são apresentadas na CIR com muito pouca discussão, e que esta **falta de posicionamento da região** levou, em algumas ocasiões, à personalização da ação de

servidores estaduais – acusados de agir contra os serviços regionais, descaracterizar sua ação como parte da Secretaria Estadual de Saúde e fragilizar a posição do servidor público.

O Pacto pela Saúde representou um avanço na construção de colegiados de gestão regional e na proposição de revisões para os planos diretores de regionalização. No entanto, até o momento, a avaliação dos resultados tem mostrado avanços localizados onde os CGR (atualmente CIR) são “empoderados”, melhorando a governança regional. Na maioria das regiões, as mudanças têm sido pouco efetivas e restritas a medidas burocrático-administrativas, percebendo-se que os avanços dependem de vontade política dos governantes, estando insuficientemente institucionalizadas nas políticas públicas (CARVALHO<sup>c</sup>, 2011).

O gestor regional entende que o **poder de decisão está centralizado no Estado** principalmente por este deter a decisão do investimento, deixando a **região com pouca autonomia** para a negociação. Acredita que a CRS auxilia no diagnóstico e emite pareceres, mas a decisão está com a Secretaria Estadual de Saúde e seus diretores. Segundo Santos e Andrade (p. 27, 2009), o que orientou a implantação do SUS “foi muito mais o financiamento do que os ditames das leis que o regulamentam, os resultados pretendidos ou as necessidades do sistema”. Estes autores lembram que 50% dos recursos que financiam a saúde estão nas mãos da União; no entanto, 60% dos serviços prestados estão sob o encargo do município.

Verificamos que o poder decisório, por vezes, **está dividido com a força do prestador de serviços**, tornando **o município dependente e impotente perante esta configuração**.

[...] eu vejo o município sem força para fazer o debate, pelo fato talvez de serem municípios muito pequenos e não terem historicamente muitas referências. O que o Estado decidir vai acabar fazendo com que o município aceite bem. Se o Estado disser que a partir de amanhã o HBB não é mais referência, nossa referência vai ser..., o município vai achar ruim por uns dias, mas vai levar para..., quer dizer, a falta de condição de articulação do outro gestor que é o municipal acaba fazendo com que o Estado acabe com todo o poder... É ele que vai definir onde quer estabelecer referências e os municípios acabam se adaptando a essa realidade. (GR)

*“[...] eles parecem satisfeitos quando recebem uma cota. Quando o Estado oferece, você tem tantas consultas, tantos exames, há uma satisfação, porque eles estão na verdade conquistando algo que eles não tinham, porque a falta de referências é crônica”* (GR).

Conforme Righi (2002), a lógica centralizadora simplifica as realidades locais e ainda:

[...] o desenho da rede de atenção tende a reproduzir as organizações dos municípios maiores sem que as realidades, valores e necessidades locais influenciem na sua concepção e no seu desenho [...] Um novo desenho do SUS, com vistas à

constituição de uma rede de atenção, está relacionada à possibilidade de formação de pessoas com capacidade para articular diferentes espaços de governo, respeitando a autonomia e a legitimidade local e, ao mesmo tempo, inserindo-se na disputa pela conformação dos modelos de atenção e das próprias características das redes de atenção nos municípios e na região (Righi, p 240 e 241, 2002).

Conforme observamos, há uma conjugação de interesses entre Estado e prestador de serviços: o primeiro implementa mais serviços na região a partir da oferta do segundo, que busca recursos públicos para ampliar sua estrutura. Nesta relação, há muita tensão: o prestador é competente na cobrança dos seus custos e há força, também, no sindicato dos hospitais. **Ocorre, então, um equilíbrio de poder entre eles** – que não acontece entre Estado e município ou entre prestador e município. O segundo encontra-se em desvantagem nas negociações tanto com o Estado quanto com o prestador.

Sabemos que, quando ocorre a organização da rede de atenção a partir da oferta dos serviços privados e não da demanda de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, corre-se o risco de induzir a utilização excessiva de procedimentos e exames e de intervenções desnecessárias. É o que afirma também o autor abaixo:

Na perspectiva da equidade, evidencia-se uma contradição quando o conceito de regulação é pensado no âmbito da compra e venda de mercadorias, dado que o mercado intrinsecamente induz às desigualdades. Equidade supõe a abordagem das desigualdades sociais no plano coletivo e não no plano individual, como ocorre quando se trata dos direitos do consumidor. Deste modo, faz-se imprescindível não reduzir a equidade em saúde a um equilíbrio entre necessidades ou demandas e oferta de serviços no mercado (HEIMANN et al, 2010, p 217).

Observa-se, segundo o gestor regional, uma força política nas decisões relativas a prioridades de investimentos. Exemplo importante disto é a manutenção de hospitais em municípios pequenos, que não seriam viáveis técnica e economicamente.

[...] tem muitos municípios pequenos que têm hospitais que talvez não se justifiquem economicamente ou como necessidade real, mas ele acaba virando prioridade porque tem uma questão política muito forte. Essa é uma questão multifatorial, de como que se definem os investimentos. Às vezes os investimentos estão muito claramente atrelados a um grupo de interesse bem específico, um profissional, um serviço, uma empresa quer expandir, ela vende a ideia e o gestor compra a ideia e acaba investindo muito dinheiro. (GR)

Conforme Righi (2002), para manter o hospital local aberto, muitos municípios utilizam importantes parcelas de seu orçamento para complementar o pagamento de internações, e, assim, recursos que deveriam ser destinados para ações na AB acabam estimulando internações. Sobre isto, outros autores também discutem que:

[...] em função de questões como capacidade instalada, compromissos políticos assumidos, relacionamentos pessoais de longa data ou dependência técnico-econômica, muitas vezes o gestor tende a não assumir a regulação plena, aumentando o grau de subordinação – seu e da população – à oferta dos serviços e equipamentos e aos interesses do mercado (Heimann et al, p. 215, 2010).

Este tipo de investimento – que não é decidido na CIR a partir de um planejamento estratégico regional – acaba gerando problemas a médio e longo prazo: a dificuldade de manutenção de um serviço onde foi investido recurso público. Ele cita vários exemplos, neste sentido, que ocorreram na região. Após receberem investimentos públicos de custeio e de infraestrutura, alguns serviços não quiseram mais manter o contrato com o SUS.

Segundo Silva (2011), é necessário que os contratos com prestadores de serviços mantenham coerência com a visão e os objetivos gerais, evitando duplicidades e competição e colocando cada ponto da rede em seu devido lugar.

O poder limitado dos municípios também tem como causa a **pouca qualificação da gestão municipal**, aliada a um imaginário de desqualificação do SUS pelos próprios gestores de saúde. Isto **dificulta a negociação com os prestadores** tanto intra quanto intermunicipais.

A Secretária do município A (CM<) relatou que, após uma reunião com a equipe da CRS sobre as Regiões de Saúde, deu-se conta que desconhecia os contratos com os prestadores de serviço e percebeu que, para negociar com eles, é preciso ter os documentos em mãos. Segundo ela, o prestador do hospital local afirma não ter que oferecer alguns procedimentos que agora ela viu que estão em contrato. Entendemos que a deficiência em conhecimentos básicos como esse (controle dos contratos mantidos com os prestadores) mostra a importância da capacitação das equipes gestoras municipais como condição para o fortalecimento do SUS.

Eu fiquei sabendo esses dias que nós tínhamos direito a raios-X aqui no hospital. Pelos contratos, é que às vezes por falta de experiência minha como secretária. Agora eu aprendi esse ano, tu tens que pegar a cópia de todos os contratos, a gente tem todos os contratos arquivados que não são SUS, o SUS a gente ia levando meio, sempre foi assim, vai dar sequencia assim... É normal faltar, eu não sabia que a gente tinha disponíveis 30 raios-X pelo SUS no nosso hospital local, eu acho que nem eu e nem ninguém aqui da unidade sabia. Agora eu estou batendo de frente com o administrador e ele não admite liberar... Que são anos que está contratualizado pra isso. O hospital está recebendo pra isso (SA).

As limitações para uma regulação mais efetiva têm sido muitas e incluem dificuldades operativas do sistema público para definir sua demanda, negociar serviços, implantar e fiscalizar contratos, o que impõe fortes custos de transação em uma relação que ainda não tem regras muito definidas e nem desenvolveu a capacidade reguladora entre os gestores públicos. As restrições políticas são também significati-

vas, na medida em que o setor privado, com forte tradição de autorregulação ou de regulação governamental, quase limitada à definição de preços e controle da produção dos serviços, impõe fortes resistências. Porém, o que parece mais decisivo é que não têm sido construídas, no âmbito do setor saúde ou mesmo na sociedade, propostas consistentes no sentido de uma transição para uma regulamentação sob a lógica do interesse público (Menicucci, 2010, p. 195).

O gestor hospitalar refere que, até 2002, a tabela de procedimentos SUS era reajustada igualmente em todas as áreas. Após esta data, os reajustes passaram a ser por área, segundo ele motivados por influência das sociedades médicas no MS. Dessa forma, alguns procedimentos têm reajustes maiores, outros, menores e outros não têm reajuste. Relata que, atualmente, o Estado tem complementado a tabela e os valores de AIH, o que tem auxiliado a manter equilíbrio entre procedimentos que são deficitários e outros que cobrem os custos. Afirma que o grande problema está na MC, na necessidade do hospital manter um conjunto de serviços necessários e também de incorporação tecnológica.

A decisão sobre a prioridade de investimentos e alocação de recursos é definida, segundo o gestor hospitalar, por um plano diretor para um período de quatro anos. Este plano analisa demandas e cenário e estabelece metas a médio e longo prazo. A avaliação do cenário utiliza critérios técnicos e análise de viabilidade, envolvendo equipes da área financeira, médica e de enfermagem.

Neste ponto, entendemos que coexistem duas lógicas na definição de prioridades de investimento que podem se tornar antagônicas: a do setor privado é o lucro; a da administração pública, a efetividade da garantia de direitos sociais. Conforme Campos (2010), as escolhas clínico-políticas não podem ser baseadas apenas em questões de eficiência (produção a baixo custo, extração de mais valia etc.), senão “a questão que deixará de ser abordada é a do ‘para quê?’ de nossas práticas. A finalidade, o sentido, a teleologia” (p. 203).

Na percepção do gestor hospitalar, a participação do Estado nos investimentos é muito pequena – principalmente após 2008, quando a legislação não mais permitiu investimentos públicos na estrutura de hospitais privados. Os investimentos podem ser realizados apenas na compra de equipamentos; a ampliação de estrutura é, então, realizada apenas com recursos do próprio hospital. No entanto, relata que **se a análise de demanda e viabilidade entender que o hospital pode oferecer algum serviço aos municípios, este busca a parceria com o Estado**, pois sabe que vai precisar da aprovação dos conselhos municipais de saúde e gestores para habilitar os leitos.

Os aspectos discutidos acima necessitam de uma avaliação mais aprofundada, que não será possível neste estudo. Esta seria uma realização de levantamento dos recursos públicos

investidos no hospital pelas três esferas de governo nos últimos anos, comparando com outras fontes de arrecadação do hospital, considerando o percentual de atendimentos pelo SUS. Normalmente, o que se escuta nos espaços de negociação é o baixo valor tabelado pago por consultas e procedimentos, não considerando todos os outros investimentos e complementos pagos pelo estado e municípios aos hospitais.

O gestor hospitalar ressalta que o HBB é uma instituição privada e, como tal, precisa ser sustentável, buscando o equilíbrio financeiro. Para isto, analisam separadamente cada centro de custo e unidade produtiva. Afirma que, por vezes, há falha na comunicação quando as pessoas falam da seguinte forma:

[...] o pessoal tem mania de perguntar assim, quanto é que o município... deu de recurso pro hospital. O município não deu nada de recurso para o hospital, o município comprou serviço do hospital, porque eu que pago o salário de funcionários, eu que pago fornecedores, então essa história de que deu dinheiro, quanto é que o Estado deu de dinheiro [...]. (GH)

Devido a isto, o gestor hospitalar refere que **apresentam planilhas de custos para a comissão de acompanhamento de contrato e também para a defensoria pública federal**, pois, segundo ele, a lei 8080 prevê que nas operações deve existir o equilíbrio financeiro. “A Lei n. 8.666/93 não permite que sejam aceitas propostas com valores inexequíveis ou preço vil em suas contratações; não obstante, o poder público impõe a terceiros valores inexequíveis, numa afronta à mencionada lei” (Santos e Andrade, 2009, p. 99).

Na expectativa de manter o equilíbrio financeiro referido acima, o hospital busca, junto ao Estado e aos municípios, a complementação das tabelas de procedimentos previstas na lei orgânica da saúde 8080. No entanto, entende-se que os municípios ficam penalizados neste processo, pois a média e a alta complexidade seriam de responsabilidade do Estado e da União – e estes não têm cumprido com esta responsabilidade.

*“[...] recentemente com a EC 29 que nós conseguimos definir um índice para o Estado, então a gente sabia que os municípios estavam sendo pressionados com o índice, e a união inteligentemente de novo conseguiu não definir um índice de recurso”* (GH).

O gestor hospitalar entende que, apesar dos problemas de financiamento, o clima das negociações é harmonioso e sem maiores dificuldades, embora nem sempre as reivindicações sejam atendidas. Afirma entender o lado do Estado, que enfrenta custos crescentes.

[...] o acesso hoje à rede pública, cada vez mais nós estamos vendo jovens, que a gente imaginava que os jovens passariam a acessar após os quarenta anos, nós estamos vendo hoje jovens com 24, 25 anos, acessando exames de mamografia,



câncer de pele. Não vamos nem falar aqui em drogadição e traumato que são especialidades hoje que nós não sabemos onde que vão parar os gastos. (GH)

Novamente, ele reforça a influência da evolução tecnológica nos custos dos serviços.

[...] a saúde vive um momento mágico, porque na área tecnológica, a velocidade com que a imagem evolui hoje, é algo assustador, e é bom, porque graças a isso, a gente está conseguindo ter uma expectativa de vida mais longa e também aliviando a dor de muitas pessoas. Porém às vezes essa evolução é tão rápida que a parte dos custos não acompanha, a parte das tabelas de valores não tem fôlego para andar na mesma velocidade, na mesma proporção e aí sempre há negociação. (GH)

Campos (2009) afirma que o SUS enfrentará dilemas graves de escolhas em relação ao financiamento de um sistema que inova constantemente. Com ele concordam Santos e Andrade (2009, p 88), dizendo que “sem a definição do padrão de integralidade que vai ser colocado à disposição da população, do conseqüente critério de incorporação tecnológica e de seus parâmetros de custo, o SUS não sobreviverá conforme concebido constitucionalmente”.

Salientamos que, para regulamentar esta questão, o MS estabeleceu no Decreto 7508 (2011<sup>b</sup>) a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, conforme segue:

#### Seção I

##### Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

Art. 24. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Portanto, vemos que se avançou em termos de regulamentação de temas sanitários, tentando preencher o “vácuo normativo”, conforme se referem Santos e Andrade (2009). O desafio está em se avançar na consolidação e qualificação das relações de interdependência interfederativas para a construção das redes de atenção à saúde regional.

### 6.3.5 A ausência do controle social

A efetiva participação social nas decisões da rede de atenção à saúde é um dos critérios que distingue uma rede fragmentada de uma rede integrada. O Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas refere que a participação de todos os cidadãos no processo decisório por meio de instituições que representem seus interesses é um dos critérios que define uma boa governança (MENDES, 2011).

O que observamos neste estudo foi um controle social desarticulado e sem consciência de seu papel e responsabilidades. Esta tem sido uma situação encontrada em grande parte dos municípios brasileiros, segundo inúmeros relatos em espaços de discussão acadêmicos e profissionais sobre o sistema de saúde brasileiro.

A equipe A (CM<) refere a **ausência da comunidade nas decisões**. Relatam não ter havido participação na Conferência Municipal de Saúde e que os membros do Conselho Municipal de Saúde precisam ser convocados para uma reunião que é de difícil iniciação, pois não há a presença mínima exigida de conselheiros. No entanto, percebem a comunidade como muito exigente em relação a seus direitos.

No município B (CM>), a avaliação dos profissionais em relação ao controle social é equivalente. A participação nos conselhos é pouca, e somente alguns conselheiros se dispõem a participar de capacitações.

Eu não sei, eu não acredito que seja um problema nosso, mas de todo controle social, de todas as cidades,... O pessoal está pensando muito no seu lado, no seu eu e eles não se doam, eu vou ir capacitar pra quem sabe eu possa melhorar essa qualidade da saúde no meu município,... Ninguém participa. A gente tinha agora o programa de inclusão digital, a capacitação dos conselheiros, ninguém pode. Era mais dirigido pro controle social, então a gente não vai ter nem um representante lá. (E2B)

Referem que a comunidade costuma levar as reivindicações aos vereadores e que, quando ela não consegue o que procura, faz as ACS de alvo para suas reclamações. A equipe entende que os usuários desconhecem o funcionamento do SUS, mesmo com as tentativas de esclarecimento que fazem em reuniões.

*“[...] é através delas (ACS) que, é um meio de ligação, às vezes a questão nem é da saúde, enfim, então elas acabam sendo o elo mesmo entre a comunidade e a gente”* (E1B).

A gestão regional também avalia que **há pouca articulação para o controle social a nível regional**. Percebe os Conselhos Municipais de Saúde muito voltados para os problemas internos aos municípios. Há uma tentativa de organizar o Conselho Regional de Saúde, o que

tem demandado bastante esforço. A população utiliza a imprensa para reclamar da falta de acesso, mas não se organiza para promover mudanças na rede de atenção à saúde.

De acordo com os relatos acima, percebe-se que as lutas por direitos são individualizadas, não há a cultura do coletivo nas reivindicações, e, dessa forma, o controle social como estabelecido na legislação do SUS não se efetiva.

Conforme Santos e Andrade (2009), não há um sentimento de pertencimento da população em relação ao SUS. O cidadão não o deseja como um direito e o encara como *coisa para pobre*. O desejo das pessoas é ter renda para contratar um plano de saúde. Os sindicatos, ao invés de lutar pela melhoria dos serviços de saúde, reivindicam a inclusão de planos de saúde nos acordos coletivos de trabalho. A ausência da classe média no SUS e a desqualificação, pela mídia, do serviço público não permitem a adequada qualificação do conselho de saúde. O corporativismo de alguns segmentos do conselho e a perpetuação de alguns conselheiros impede o saudável rodízio de cidadãos nesse fórum público.

#### **6.4 Analisando a rede de atenção à saúde a partir da visão das equipes gestoras e do referencial teórico**

Os relatos das equipes gestoras revelam uma rede de atenção aos portadores de DCV em construção. Esta rede parece estar em um processo incipiente de transição de modelo assistencial a partir de algumas tentativas de mudanças feitas pelas equipes da AB – estas mais evidentes no município B (CM>). O restante da rede permanece na lógica fragmentada de um modelo assistencial que atua por procedimentos, cuja finalidade é executá-los **sem integração com a AB ou comprometimento com a resolutividade da atenção oferecida.**

Conforme os atributos de análise de Redes Integradas de Serviços de Saúde propostos pela OPAS (2011<sup>a</sup>), encontramos, no âmbito de abordagem Modelo assistencial, uma **rede com população e territórios definidos (atributo 1)**. No entanto, não observamos amplo conhecimento das necessidades desta população, muito menos a determinação de uma oferta de serviços que as atendam, conforme recomenda o referido atributo. O que verificamos é que a oferta é determinada principalmente pela análise de viabilidade econômica dos prestadores de serviço e, por vezes, pela pressão que a população exerce sobre a gestão municipal.

Há, na região, uma **rede de estabelecimentos de saúde** que seria **suficiente** para prestar um cuidado integral aos portadores de DCV; verificamos, porém, vários problemas que dificultam este cuidado. Alguns estão relacionados à deficiência da AB oferecida à população, ainda muito centrada no atendimento médico e pouco eficiente em **ações de**

**promoção à saúde e prevenção às doenças (atributo 2).** Pouco se trabalha com classificação de risco e protocolos clínicos, muito menos com planejamento. Embora tenhamos verificado a presença de **equipes multidisciplinares**, não constatamos o trabalho interdisciplinar. A AB nem sempre é a **porta de entrada** para o sistema, não conseguindo exercer efetivamente o **papel de coordenadora da atenção à saúde**. Também não observamos nas equipes a consciência da responsabilidade por esta coordenação (**atributo 3**).

A **prestação de serviços especializados**, na maioria das vezes, é realizada em ambiente hospitalar ou em consultórios particulares. Este fato traz várias dificuldades para a atenção longitudinal ao usuário, assim como ao estabelecimento de vínculo entre este e as equipes de saúde da família. A tentativa de **coordenação assistencial** é feita pelo setor de marcação de consultas da secretaria municipal de saúde, que apenas exerce papel de agendamento e mantém poucos registros da trajetória dos usuários. Dessa forma, a coordenação assistencial praticamente inexistente, pois os profissionais que atendem o usuário não conseguem acompanhá-lo adequadamente a partir dos encaminhamentos, com algumas exceções (**atributos 4 e 5**).

Como os municípios analisados são muito pequenos, há uma proximidade dos profissionais com as **particularidades culturais da comunidade** e a consideração em relação aos **níveis de diversidade da população**. Por conhecer a condição socioeconômica da família em questão, porém, algumas vezes esta consideração está relacionada à decisão por garantir o atendimento pelo SUS ou recomendar que o serviço seja acessado por conta própria. O tipo de cuidado é muito **mais direcionado ao indivíduo do que à família**, apesar de estarem ocorrendo, no município B, mudanças neste sentido (**atributo 6**).

No âmbito de abordagem da governança e estratégia, observamos a presença de um **sistema de governança da rede ainda fragmentado**, que tem a CIR por espaço de encontro e discussão. A participação, no entanto, é limitada: ora pela concentração de poder na SES, ora pela falta de qualificação da gestão municipal, que não tem ferramentas para negociação com os prestadores privados. A capacidade de negociação com os hospitais locais é pequena por ser individualizada em cada município (**atributo 7**).

A governança também é limitada pela **pouca participação social** nas decisões da rede. Observamos a desarticulação do controle social nos municípios estudados e na maior parte da região (**atributo 8**). A **ação intersetorial ainda é incipiente**, com atividades isoladas junto à educação, assistência social e alguns órgãos governamentais e não governamentais (**atributo 9**).

Em relação ao âmbito de abordagem da organização e gestão, observamos que há **integração razoável nos sistemas administrativos e logísticos**, apesar de ainda ocorrerem importante número de faltas aos agendamentos. **O maior problema está na integração do sistema de apoio clínico**. Verificamos deficiência na comunicação entre os serviços pelo não preenchimento dos documentos de referência e contrarreferência, assim como pela ausência de comunicação entre os profissionais de saúde. Não observamos utilização de protocolos e fluxogramas clínicos em nenhum ponto da rede (**atributo 10**).

Entendemos que as questões acima possam estar ligadas ao perfil e formação dos profissionais que atuam na rede. Embora em algumas áreas haja deficiência quantitativa, o que mais se observa é a **inadequação do perfil dos profissionais para o trabalho em rede**. Não verificamos a visão sistêmica entre eles e nem o compromisso com o acompanhamento do usuário no contínuo da rede, fatos demonstrados pela resistência em utilizar documentos de comunicação entre os serviços ou até mesmo em realizar contatos telefônicos na ocasião de transferência dos usuários (**atributo 11**).

Encontramos **múltiplos sistemas de informação que não se comunicam entre si** e não utilizam os dados para conhecer e melhorar a assistência (**atributo 12**). Outra grande deficiência na rede é a falta de monitoramento e avaliação, **inviabilizando a gestão por resultados**. Os municípios **pouco utilizam os indicadores em saúde na sua prática**, tomando decisões mais políticas do que técnicas. O HBB utiliza vários indicadores internos de qualidade na sua gestão, mas estes não são integrados com a avaliação do restante da rede (**atributo 13**).

**Não há definição de metas da rede para orientar a alocação de recursos financeiros e incentivos**. Esta alocação segue critérios orientados pelo poder de negociação dos prestadores e interesses políticos. A região não está suficientemente articulada para a definição técnica de prioridades de investimento. Além disso, verificamos que, devido ao financiamento insuficiente da MC, o foco das discussões da CIR concentra-se sempre nesta área, desviando o olhar da AB que apresenta problemas de resolutividade – o que também consome recursos de forma inadequada, gerando aumento da demanda para a MC (**atributo 14**).

De acordo com a proposta da OPAS (2008), que classifica a rede em três níveis (I – Sistema fragmentado; II – Sistema parcialmente integrado e III – Sistema integrado), verificamos que esta rede encontra-se no nível II; ou seja, é um **sistema parcialmente integrado**. Dos 14 atributos considerados, 13 encontram-se neste nível. Consideramos que apenas o atributo financiamento (14) esteja no nível I por ser insuficiente.

Complementando a análise, avaliamos o potencial para a organização e o desenvolvimento de um trabalho coletivo que promova e sustente a interdependência em rede de acordo com as dimensões propostas por Fleury e Ouverney (2007). “O exercício da governança por meio de redes mostra a necessidade de construir relações de interdependência e intercâmbio de recursos com base numa visão de complementaridade de interesses e confiança” (FLEURY, OUVERNEY, 2007, p. 65).

Verificamos que o foco gerencial na rede de cuidados aos portadores de DCV concentra-se em um conjunto de **atividades complementares** que precisam ser coordenadas pela rede: o estabelecimento e distribuição de cotas de consultas, exames e procedimentos entre os municípios; os processos de comunicação e agendamento entre os municípios e o serviço regional de referência; o transporte dos usuários para os serviços fora do município; preenchimento da documentação necessária para a referência e contrarreferência; a prestação de serviços em cardiologia pelo HBB; e o pagamento por serviços prestados por parte da SES e dos municípios. “Cada organização mantém o foco e autonomia sobre suas próprias atividades, mas incorpora seletivamente à rede as atividades consideradas essenciais à realização de metas coletivas” (Ouverney, 2005, p. 91).

Como as atividades propostas pela rede são duradouras e planejadas coletivamente, observamos o envolvimento de atores de todos os níveis das organizações nas mesmas. Estão envolvidos os níveis de maior capacidade decisória, como os secretários municipais de saúde, coordenador regional de saúde, administrador e outros gestores hospitalares. Também há o envolvimento do nível tático, como os coordenadores de setores dos municípios, da CRS e dos hospitais. Por fim, vários profissionais administrativos e técnicos da saúde que compõem o nível operacional estão envolvidos na rede, caracterizando **ampla inserção de atores**. No entanto, a participação dos profissionais médicos nas questões gerenciais é mínima, o que leva a problemas posteriores de integração clínica, conforme verificamos.

O nível de formalização da rede precisa manter um equilíbrio entre regras coletivamente construídas e a autonomia das partes, mantendo uma dinâmica flexível e resolutiva (FLEURY, OUVERNEY, 2007). Verificamos que **algumas regras gerais foram construídas coletivamente**, mas muitas decisões foram tomadas pela SES sem a participação dos outros atores da rede, caracterizando **alta formalidade**. Observamos, também, que **algumas regras estabelecidas não são seguidas** pelos componentes da rede, como o cumprimento dos contratos pelos hospitais locais e os processos de comunicação entre os serviços. Conforme Fleury e Ouverney (2007), a instituição de regras é uma condição

essencial para a institucionalização da rede, possibilitando o seu desenvolvimento, capacidade de se autorregular e transformar rapidamente.

Segundo os autores, os recursos envolvidos e o foco de poder devem ser analisados de forma conjunta: a distribuição de recursos influencia o padrão de interdependência dos atores, e este orienta a distribuição de poder dentro da rede. Neste sentido, observamos o **domínio elevado de recursos pela SES e pelo serviço de referência regional** enquanto o município fica numa relação de dependência destes recursos. Este domínio proporciona a **centralização de poder**, como vimos nos depoimentos dos participantes do estudo. Esta situação leva a **relações de coerção**, “onde os atores com maior quantidade de recursos estabelecem as diretrizes em detrimento dos demais, o que é incompatível com a dinâmica de estruturação da rede” (Ouverney, 2005, p. 98).

Monitorar o trabalho coletivo é essencial para garantir o alcance dos resultados e a prestação de contas, embora o caráter autônomo dos componentes da rede se revele na dificuldade para estabelecer mecanismos de controle e legitimidade de quem possui esta função. Nas redes, o controle assume uma nova dimensão, ampliando a sua função de apoio às atividades desenvolvidas em detrimento de seu caráter fiscalizador (Fleury e Ouverney, 2007). O controle na rede em estudo é realizado pela comissão de acompanhamento de contrato e pela CIR – e de forma muito incipiente: município e prestadores discutem os padrões de relacionamento, intercâmbio de recursos e resolução de problemas. Portanto, observamos um **foco complementar de sistemas articulados e um caráter estratégico de suporte à dinâmica gerencial**. No entanto, o processo de planejamento ao qual está ligada a função do controle ainda está muito centralizado no gestor estadual, que é quem define parâmetros, cotas e referências, caracterizando **elevada institucionalidade**.

Quando há a percepção de que os objetivos compartilhados devem ser perseguidos com o engajamento integrado das organizações, é possível aprofundar a interdependência em rede (Fleury e Ouverney, 2007). Embora cada organização que compõe a rede em estudo tenha seu **foco principal voltado para suas metas, observa-se a construção de um compromisso em torno de objetivos compartilhados**. O Estado e os municípios necessitam da prestação de serviços de saúde em cardiologia na região, e os prestadores têm interesse em oferecê-los. Embora haja alegações sobre a insuficiência do financiamento, os hospitais locais não sobreviveriam sem a filantropia e apoio monetário dos municípios; o hospital regional, por sua vez, também necessita do custeio para a AC, sendo obrigado a ofertar serviços que não são considerados lucrativos.

Conforme Fleury e Ouverney (2007) é necessária, para o desenvolvimento de uma estrutura de rede, a institucionalização das relações de interdependência. Deve haver bases organizacionais que deem suporte ao trabalho coletivo e a coalizões políticas internas e externas na construção da governança. A coesão precisa ocorrer no interior do conjunto de recursos para que haja condições de governança. Os autores consideram como bases institucionais as instâncias estratégicas nos espaços internos de pactuação e nos canais externos de articulação. Na rede em estudo, **as instâncias estratégicas estão estruturadas dentro e fora do conjunto de recursos. Os parâmetros de atendimento são definidos pelo MS e distribuídos pela SES**, assim como a decisão final sobre as referências oficiais de MC e AC. **O principal espaço interno de pactuação na rede é a CIR**, grande avanço trazido pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006<sup>a</sup>); vemos, porém, pouca capacidade gerencial e de negociação por parte dos secretários municipais de saúde. A CRS também fica em um papel fraco de articulação, pois não possui poder decisório – concentrado na direção da SES, que muitas vezes negocia diretamente com os prestadores de serviço. No entanto, verificamos um movimento interno na CIR: o espaço começa a **ganhar legitimidade no compartilhamento do poder decisório e na construção de consensos**. Notamos processos de aprendizagem que têm o potencial de levar ao planejamento regional da rede. Acreditamos que este processo tende a avançar na medida em que os municípios forem assumindo a regulação e a auditoria dos serviços do seu território.

A despeito das mudanças propostas pelo Pacto e mais recentemente pela Resolução 7508, **a esfera federal ainda interfere nos mecanismos da governança interna das regiões de saúde**, pois detém importante parcela do financiamento que é condicionado aos parâmetros institucionais gerais do sistema estabelecidos pelo MS.

**Não observamos a participação social na governança da rede** devido à desarticulação do controle social, que, na maioria das vezes, tem cumprido papel meramente burocrático na aprovação das decisões que já vêm tomadas pela gestão municipal.

Como os dois municípios estudados não são conveniados com o CONSISA, não pudemos avaliar a participação deste na rede. Pela fala da gestora do município A (CM<), contudo, o papel do consórcio parece limitar-se a intermediar a prestação de serviços, não havendo uma gestão regional compartilhada. Esta gestora considera mais vantajosa a negociação realizada individualmente com o prestador do que através do consórcio; vimos, porém, que nesta entra uma parcela paga pelo usuário. Estudo de Roese (2012) também revelou dificuldades na implantação do consórcio de saúde na região Centro-Sul do RS: nos encaminhamentos pelo consórcio, no pagamento de prestador e no repasse de recursos pelo



Estado. Alguns gestores apontaram que conseguem fazer negociações melhores com os prestadores do que pelo consórcio. Segundo Mendes (2011), estes últimos introduzem assimetrias no sistema quando definem territórios singulares e regramentos próprios de pagamento aos prestadores de serviços fora dos valores praticados no SUS.

Esta análise, realizada a partir da visão das equipes gestoras, foi complementada com a avaliação sob a ótica do usuário, utilizando como metodologia as trajetórias assistenciais de usuários portadores de DCV dos dois municípios em estudo, apresentada no subcapítulo a seguir.

### **6.5 As trajetórias assistenciais revelando a rede de atenção à saúde dos portadores de DCV**

*A sociedade, e a cultura que faz da sociedade humana um sistema, é um mecanismo que permite a realização do feito heróico, de modo cotidiano e trivial, por seres humanos comuns, não-heróicos.*

*Bauman, 2005*

Estudar a busca dos usuários por uma resolução para suas necessidades de saúde permite que aprendamos como os serviços produzem respostas a elas, constituindo redes para o cuidado em saúde (BELLATO et al, 2009).

Seguindo a proposta de incluir a ótica do usuário na avaliação da Rede de Atenção à Saúde dos portadores de DCV, este subcapítulo está subdividido em dois eixos. No primeiro, descrevemos as trajetórias assistenciais de dois usuários do município A (CM<) e dois do município B (CM>); no segundo, analisamos a rede assistencial revelada por estas trajetórias, observando seus fluxos, o acesso aos serviços, a resolutividade, a integralidade e a equidade. Estas trajetórias foram construídas a partir de entrevistas abertas, conforme descrito na metodologia deste estudo.

Selecionamos estas pessoas a partir da indicação realizada pelas equipes dos municípios, de usuários adscritos às ESF e portadores de alguma DCV. De posse dos nomes indicados, selecionamos pessoas de ambos os sexos vinculadas a cada uma das ESF. Como o município B tem uma importante extensão territorial rural, escolhemos um morador de zona urbana e um de zona rural neste município. Todos entrevistados são de cor branca, predominante nesta região.

As falas dos usuários estão identificadas com os seguintes códigos: U1A (usuário 1 do município A), e assim por diante, mantendo sua identidade em sigilo.

### **6.5.1 Histórias de vida e adoecimento: trajetórias assistenciais**

Inicialmente apresentamos as trajetórias assistenciais de cada usuário separadas por município e, na sequência, as categorias emergentes da interpretação de sentidos (Gomes et al, 2005) dos relatos destes usuários.

Realizei contato telefônico com os usuários escolhidos, agendando dia e hora da entrevista, que foi realizada sempre no domicílio dos mesmos. Não ocorreu negativa ou resistência de nenhum dos convidados para integrarem o estudo ou terem suas falas gravadas. Todos me receberam prontamente. As pessoas moradoras em zona rural desta região manifestam satisfação em receber visitas, e fui presenteada com frutas ao me despedir.

#### **6.5.1.1 Trajetória assistencial do usuário 1 – município A (CM<)**

O usuário – que a partir de agora denominaremos U1A – é um homem de 71 anos, casado, estudou até o 6º ano do ensino fundamental, trabalhou como agricultor (fumicultor) e também em uma ervateira, estando atualmente aposentado. Não possui plano privado de saúde.

Reside com a esposa quase no centro da cidade, muito próximo ao hospital local e à USF, em uma casa em boas condições. Foi recebida por sua esposa e filha, e iniciamos a entrevista na sala da residência. Por haver muita conversa (tinha visitas na casa), concluímos a entrevista no quarto do casal.

Iniciou seu relato falando sobre o seu primeiro problema de saúde cerebrovascular há cerca de 25 anos, quando teve um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Estava trabalhando junto ao forno de secagem de fumo com a esposa quando sentiu tontura, náusea e dor na nuca. Pensou que algo que havia comido não tinha lhe feito bem. Resolveu chupar um limão, na tentativa de diminuir os sintomas; como isto não adiantou, pediram carona para o vizinho até a casa do médico, que o atendeu e internou no hospital local, pedindo que alguém da família ficasse com ele. Permaneceu internado por sete dias. Relata que, durante a internação, o médico tirava “sangue da espinha” diariamente para que este não se espalhasse pelo cérebro. Atribui à qualidade do tratamento realizado por este médico o fato de ter sobrevivido ao AVC e não ter ficado com nenhuma sequela, o que foi ressaltado pelo médico que o atendeu

posteriormente em Lajeado. O médico do hospital local o encaminhou para o hospital regional em Lajeado após sete dias a fim de, segundo ele, “secar a veia”. Neste hospital, permaneceu por mais cinco dias.

Relata que, após este episódio, continuou o tratamento e levou uma vida normal, voltando a trabalhar. Acredita que não tinha hipertensão quando teve o AVC, mas utiliza medicamento anti-hipertensivo e antidepressivo desde então. Refere sentir “uma bola que se enosa atrás, na corda do pescoço” desde que teve o “derrame”; ingere, então, o tranquilizante e sente-se bem.

Não adotou cuidados alimentares após o AVC, nem referiu qualquer ação educativa que tivesse participado após este problema de saúde. Em julho de 2011, sofreu um infarto. Estava dormindo e acordou com dor no peito e nos braços. Chamou a esposa, solicitando que o levasse ao hospital. Pediram carona para o filho, que mora ao lado. Quando chegaram ao hospital local, o médico foi chamado e disse, segundo o usuário, que ele estava com uma “ameaça de infarto”. Permaneceu internado por cinco dias e, quando teve alta hospitalar, o médico solicitou que ele procurasse um cardiologista em um município próximo para que este o encaminhasse ao hospital regional em Lajeado. No entanto, ele teve uma infecção pulmonar e precisou ficar mais cinco dias internado.

Quando ele se recuperou da infecção pulmonar, consultou com o médico em um município próximo, que o encaminhou ao serviço de hemodinâmica do hospital regional. Lá, realizou um cateterismo cardíaco para colocar um *stent*. Relata que, desde então, não pode mais fazer trabalhos que exijam esforço. Relata que, em uma ocasião em que fez muitas atividades no mesmo dia, sentiu-se mal. Foi atendido pelo médico do hospital, que reforçou que ele não poderia fazer este tipo de atividade e, desde então, ele só faz serviços leves, pois não suporta ficar sem fazer nada.

Relata que sua internação no hospital local devido ao infarto foi feita através do SUS; quando esta se estendeu, porém, devido à infecção pulmonar, a internação foi particular.

*“O posto dá tantos dias de SUS; passou daqueles dias lá, não tem mais, não é que tu pode baixar qualquer hora, que o SUS te ajuda... Ele tem no começo do mês e só, depois até o outro mês não tem mais, eles não ajudam mais pelo SUS”* (U1A).

A consulta médica que fez no município próximo também foi paga por ele. Segundo ele, é este médico quem encaminha para o serviço de referência regional. O atendimento neste serviço e o cateterismo foram realizados pelo SUS. O usuário relatou ter recebido uma carta do MS dizendo que haviam gastado quase R\$ 5.000,00 com este procedimento.

Os medicamentos são fornecidos na ESF, embora às vezes não estejam disponíveis.

Sim, volta e meia eles se perdem, que nem fim de ano, eles se facilitaram um pouquinho, se passaram, porque eles tinham avisado que tava em falta de remédio, que era pras farmácia se prevenir, só que as outras farmácias se preveniram e o posto ele se passou, daí um tipo de remédio que eu pegava lá eu tive que comprar até que chegou no posto, daí então eu comprei um mês, e agora não, agora tem direto no posto. (U1A)

Este usuário é acompanhado pelo médico, que, segundo ele, é antigo no município. Este atendia na UBS e no hospital; segundo o usuário, no entanto, era aposentado pela UBS. A despeito disso, procura este médico quando precisa de atendimento - mesmo tendo que pagar pela consulta; acredita que, na ESF, o médico atende apenas problemas simples e não confia nele quando crê se tratar de algo mais sério.

[...] vou direto no meu médico, porque é ele que me cuida, ele já conhece, ele já sabe desde aquela vez do derrame, sempre foi ele que cuidou. Agora também, o médico de Encantado ele me disse, quem cuida do teu caso é o teu médico que é o doutor L. Então eu disse que tá bom, porque sempre foi aquele o meu médico, toda vida que eu fui no médico sempre foi com ele, fui alguma vez com outro, mas não me acerto muito [...] Não é pra falar mal dele, porque não se sabe... Uma hora dessas eu posso precisar dele, mas ele é muito facilitão, [...] não confio muito nele. (U1A)

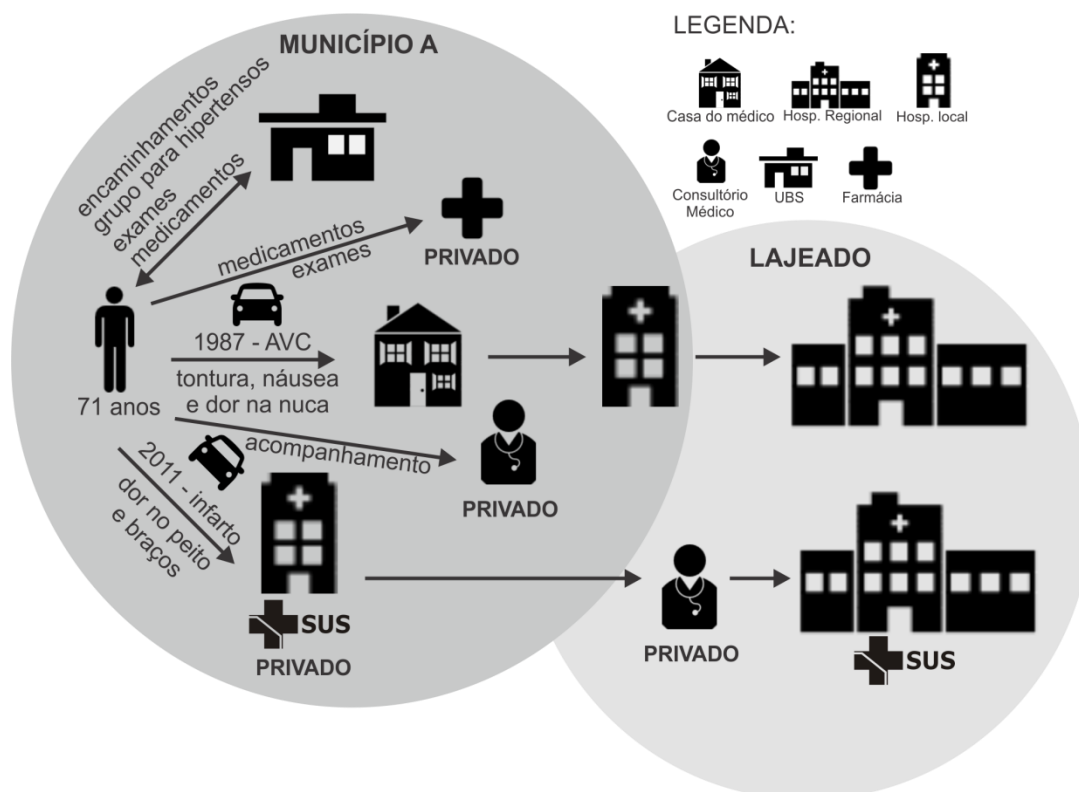
Em relação aos exames, o usuário refere que a ESF “ajuda muito pouco”; normalmente tem que pagar pelos exames realizados.

*“Remédio, aqueles que precisa aí eles ajudam, mas negócio de doença, consulta, exame, essas coisas, eles tão ajudando muito pouco, que nem pelo SUS, os primeiros dias do mês tu consegue, depois...”* (U1A).

Observamos que o fluxo do atendimento para as referências dá-se na seguinte sequência: o médico da ESF encaminha para especialista em um município próximo, e este encaminha o usuário para o serviço de referência. O usuário é quem paga a consulta e os exames solicitados pelo especialista.

O usuário referiu que ele e a esposa (e, às vezes, a nora) participam de um grupo mensal para hipertensos, em que os profissionais da ESF falam sobre as causas das doenças e outras orientações.

**Figura 06** – Trajetória assistencial do usuário U1A.



**Fonte:** Dados da pesquisadora

### 6.5.1.2 Trajetória assistencial do usuário 2 – município A (CM<)

Esta usuária é uma mulher de 72 anos, casada, estudou até o 2º ano do ensino fundamental. Reside com o marido em uma casa pertencente a uma antiga pousada desativada: trabalham no local como caseiros. Ela não possui plano privado de saúde.

Relata que seu problema de saúde cardíaco foi diagnosticado há cerca de 10 anos, quando realizou uma cirurgia de tireoide no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Acredita que sua doença é hereditária, pois várias pessoas da família tiveram problemas cardíacos. Seu irmão fez transplante de coração, e ela perdeu um filho de 25 anos com problemas cardíacos. Descreve seu problema como “coração crescido para o lado esquerdo”. Refere que não foi difícil conseguir a cirurgia em Porto Alegre, pois “naquela época era mais fácil”. Continuou sendo acompanhada lá por mais 5 ou 6 anos.

Desde então, é acompanhada pelos médicos do município onde reside, do município vizinho e de Lajeado. Realiza os exames que precisa nestes dois últimos. Refere que faz a maioria dos exames e procedimentos pelo SUS, porque é pobre. Entende isto como uma

“ajuda” do município. Quando não se sente bem e precisa de atendimento com brevidade, ela paga, porque não dá para esperar.

*“Uns ajuda, parte a gente ajuda, às vezes quando não me sinto bem, quando que eu me sinto com pouco, assim que a gente tem mais tempo de esperar né, então eles ajudam mais”* (U2A).

Nestes casos, o município a encaminha para o hospital de Lajeado, e ela paga o atendimento. Diz não receber orientação ou trazer alguma informação por escrito quando retorna ao município.

A usuária e o marido participam mensalmente de um grupo de educação em saúde, que é referido por ela da seguinte forma:

*“De hipertensão, esses grupos de pegar os remédios todos os meses, eu participo. Pra buscar o remédio, assistir a palestra que eles fazem, um mês eles fazem uma palestra, no outro mês faz outra”* (U2A).

Com relação aos medicamentos que utiliza, relata que retira a maioria na UBS; o restante é comprado quando o município refere que não tem mais recursos para a compra.

*“Às vezes chega ali é fim do mês, elas dizem por esse mês não tem mais verba, então a gente sem não pode ficar, então a gente compra”* (U2A).

Refere que, quando não se sente bem, procura o atendimento médico na unidade de saúde; se percebe que é uma urgência, no entanto, vai direto para o hospital – onde paga pela consulta. Diz que os médicos do hospital já a conhecem e sabem de todos os seus problemas. Se precisar de internação, esta ocorre pelo SUS e não há cobrança particular.

Os exames realizados se comportam da mesma forma que a distribuição dos medicamentos: alguns são feitos pelo SUS e os urgentes são pagos.

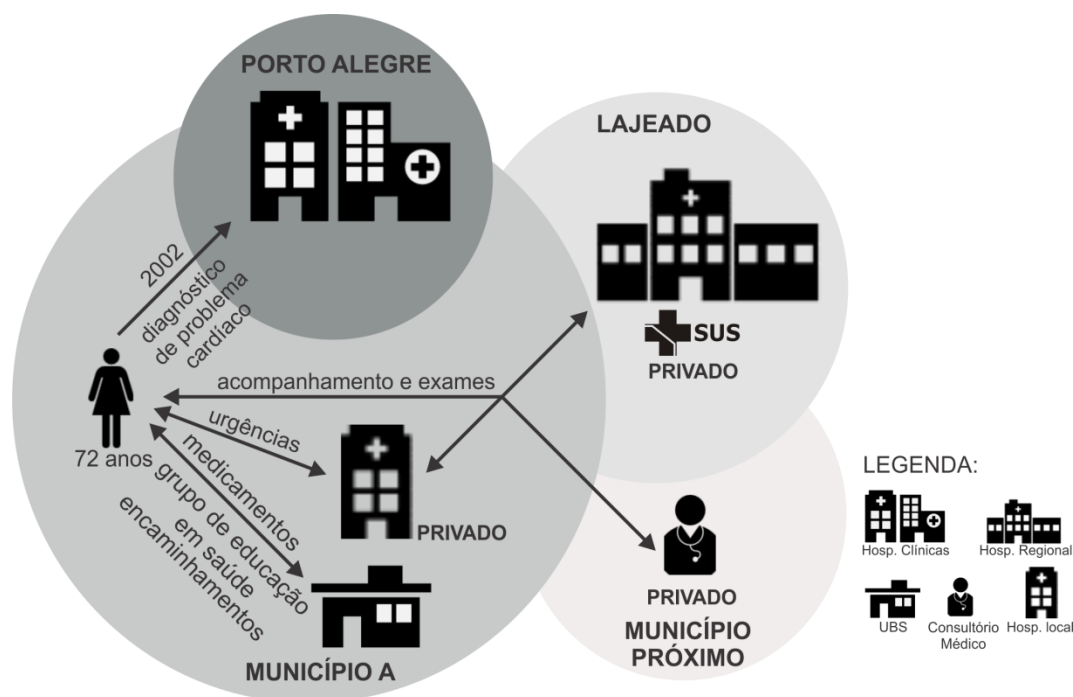
A usuária refere que é muito bem atendida na UBS, que os profissionais são muito bons e já vieram na sua residência várias vezes. Relata que, como estava com a pressão muito baixa e sentindo-se mal, a médica veio na sua casa e diminuiu a dosagem dos remédios pela metade. Hoje se sente muito melhor. Entende a falta de recurso como um problema que não é responsabilidade dos profissionais e vê com normalidade o fato de pagar por parte das suas necessidades de saúde.

*“Ah, vou dizer o que, a gente, o posto ali de saúde, tudo é gente fina, e se eles têm verba eles ajudam, se não tem, coitados, o que que eles fazem?”* (U2A).

Durante a entrevista, esta usuária relatou dificuldade de acesso relacionada também a outro problema além do cardiovascular, pois está com um nódulo na mama e não consegue realizar a biópsia. Constatei que falta conhecimento ou envolvimento das equipes de saúde

para facilitar este acesso. Como trabalho na coordenação regional da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, fiz contato com a enfermeira da ESF que atende esta usuária, passando informações sobre como realizar o encaminhamento para a biópsia no serviço de referência regional.

**Figura 07** – Trajetória assistencial do usuário U2A.



**Fonte:** Dados da pesquisadora

### 6.5.1.3 Trajetória assistencial do usuário 1 – município B (CM>)

Esta é a trajetória assistencial de uma usuária de 61 anos, casada, que estudou até o segundo ano do ensino fundamental, trabalha como agricultora e reside em uma comunidade rural do município B com o marido. Possui o plano privado de saúde Diersmann. Nesta comunidade onde reside, há uma unidade de saúde vinculada a uma das ESF do município que oferece atendimento dois dias por semana.

Ela relata que, há 16 anos, sentiu-se mal e foi ao hospital local, onde constataram que estava com a pressão arterial elevada. Passou a usar medicamentos para normalizar a pressão, mas esta persistia alta. Há 8 anos, quando estava visitando sua nora em Lajeado, teve um infarto. Foi socorrida pelo filho e pelo vizinho, que a levaram rapidamente ao Hospital Bruno Born, onde permaneceu internada. Refere que a trataram por três meses, mas que foi preciso realizar uma cirurgia cardíaca para colocar “quatro pontes de safena”.

A usuária conta que, desde o momento em que foi diagnosticada sua hipertensão, usou medicamentos, mas nunca fez nenhum tipo de exame complementar, como eletrocardiograma. Realizava o acompanhamento da hipertensão tanto no hospital local quanto na UBS.

Há cerca de um ano, também foi diagnosticado Diabetes tipo II pela médica que a atende no Hospital Bruno Born. Os atendimentos neste hospital, segundo ela, são encaminhados pela secretaria municipal de saúde mediante um documento e o pagamento de R\$ 66,00. Refere que, quando questionou este pagamento junto à secretaria (porque a médica que a atende disse que ela não deveria ter que pagar este valor), foi lhe dito que todos pagam esta taxa. Para realizar os exames, ela também paga uma parte do valor e o plano de saúde paga uma “partezinha”. No entanto, a cirurgia cardíaca e toda a internação na UTI foram realizadas exclusivamente pelo SUS.

Atualmente, ela é acompanhada pela médica da ESF (chama pelo nome), que a atende na UBS da comunidade; quando necessário, é encaminhada para a cardiologista em Lajeado (a cada quatro meses). Relata que vai quase toda semana nesta UBS, pois é perto; verifica a pressão e a glicemia capilar. Todos os meses, participa de uma palestra na comunidade – médica e enfermeira distribuem os medicamentos, segundo ela “os mais baratinhos”.

Refere grande dificuldade com os medicamentos, pois compra a maioria deles. Sua filha estranha esta situação, pois na cidade onde esta mora estes problemas não acontecem: eles têm acesso a exames e medicamentos gratuitamente.

Eu tenho esses do coração que eu to tomando, como ela me pediu, que não posso ficar um dia sem, e daí eu sou aposentada, mas o meu salário é só pro remédio, tem mês que não chega, porque tem mês que eu tenho que pegar do salário dele (filho) ainda pra cobrir os meus remédios. (U1B)

Devido à glicemia não estar controlada, a médica prescreveu um medicamento que não está disponível na UBS. Como tem preço elevado, ela conta que teve que optar entre comprar este medicamento ou os do coração, optando pelos últimos. Tentou encaminhar o pedido pela Secretaria de Saúde, por processo judicial para o Estado, mas refere que em um mês é fornecido e, depois, ficam vários sem fornecimento. Relata que o Juiz solicitou uma prescrição do SUS e, para consegui-la teve que fazer uma consulta no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A prescrição do HBB em Lajeado não serve, já que a consulta é feita por convênio com o município, e a solicitação deve ser de um receituário do SUS. Na prescrição do Hospital de Clínicas não consta o medicamento do Diabetes, e agora ela precisa marcar nova consulta em Porto Alegre que, segundo ela, vai demorar cerca de seis meses. Refere que

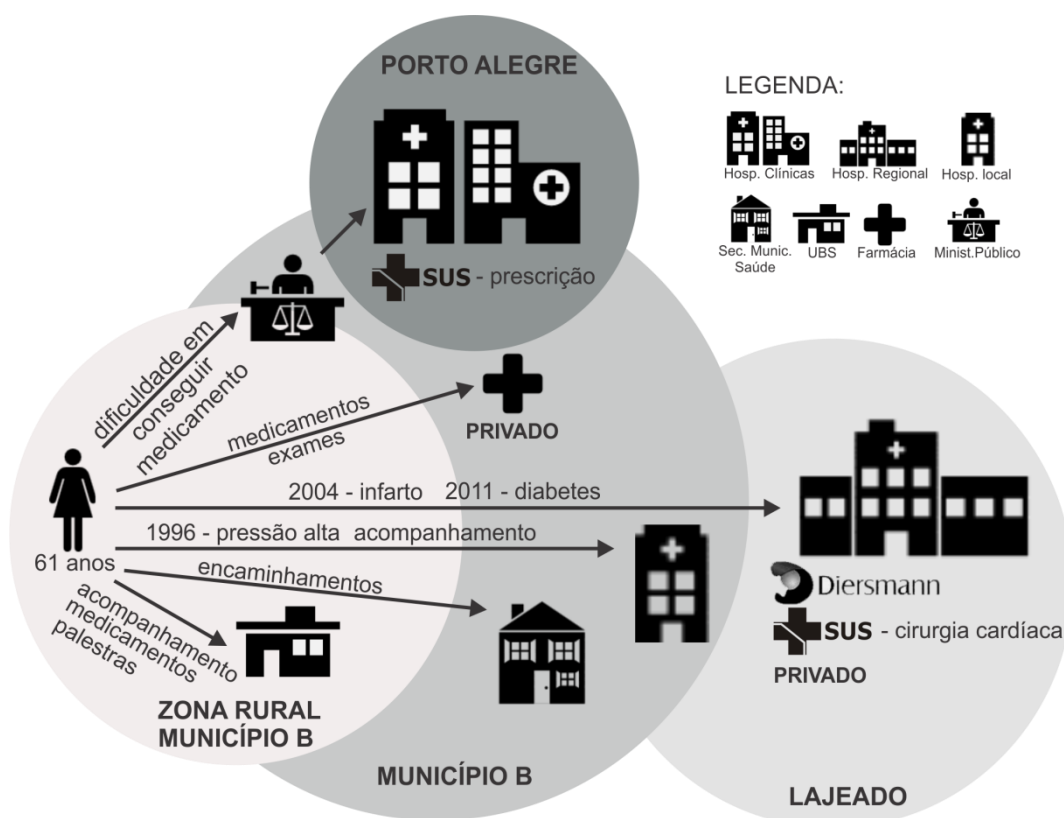


o valor que paga quando vai consultar no HBB falta para completar o que precisa para comprar os medicamentos. Quanto ao plano privado, afirma: “*Não se faz muito, tu vai fazer exame de sangue, aí eles ajudam com uma partezinha, uns trocos. Eles ajudam mais dentista, a gente tem prótese. Daí a gente não ocupa muito, o mais é quando vou fazer exame*” (U1B).

Em todos os exames realizados, a usuária paga uma parte do valor, mesmo os encaminhados no próprio município.

Refere que, atualmente, realiza vários cuidados com a saúde, orientados por profissionais do hospital e da UBS. Cuida a alimentação e faz caminhadas diárias de 40 min. No entanto, antes do infarto, não havia tido nenhuma orientação e não fazia nenhum cuidado. Sua preocupação era com o trabalho e o sustento dos cinco filhos. Freqüentava muito pouco os serviços de saúde antes da cirurgia cardíaca. Fala que não sabia de nada sobre cuidados a saúde, pois pouco saía do local onde moram. Sendo assim, não se cuidava, não tinha conhecimento sobre alimentação adequada. Acredita que estas informações ajudaram a controlar a hipertensão e está satisfeita com o atendimento que recebe em todos os serviços de saúde que frequenta.

**Figura 08** – Trajetória assistencial do usuário U1B.



**Fonte:** Dados da pesquisadora

#### 6.5.1.4 Trajetória assistencial do usuário 2 – município B (CM>)

A segunda trajetória assistencial de usuário do município B é de um homem de 61 anos, casado, agricultor e criador de suínos. Reside na zona urbana com a esposa. Possui UNIMED Rural.

O problema cardíaco – uma arritmia – foi detectado, segundo ele, por um médico do HBB durante uma internação de 19 dias em 1991. Este médico o encaminhou para o Instituto de Cardiologia de Porto Alegre, pois naquela época não havia o serviço de hemodinâmica em Lajeado. Ele continua, até hoje, sendo acompanhado pelos profissionais do Instituto, realizando todos os exames e procedimentos neste serviço.

Quando retorna ao município, traz a data para a próxima consulta e exames e os leva até a Secretaria Municipal de Saúde, que faz o encaminhamento pelo SUS. Ele tem conhecimento de que não adianta recorrer ao serviço de Porto Alegre pela emergência, pois não é atendido sem o encaminhamento do município. Em caso de emergência, é atendido no HBB pelo médico que o acompanha. Em Porto Alegre, ele relata que é atendido integralmente pelo SUS, mas no HBB ele paga 50% do valor da consulta. Segundo ele, intercala as consultas em Porto Alegre (a cada seis meses) com as no HBB por opção própria, pois o médico deste último o acompanha desde o seu diagnóstico. Diz que em ambos os locais eles têm a sua “pasta” e, dessa forma, conhecem todo o seu histórico.

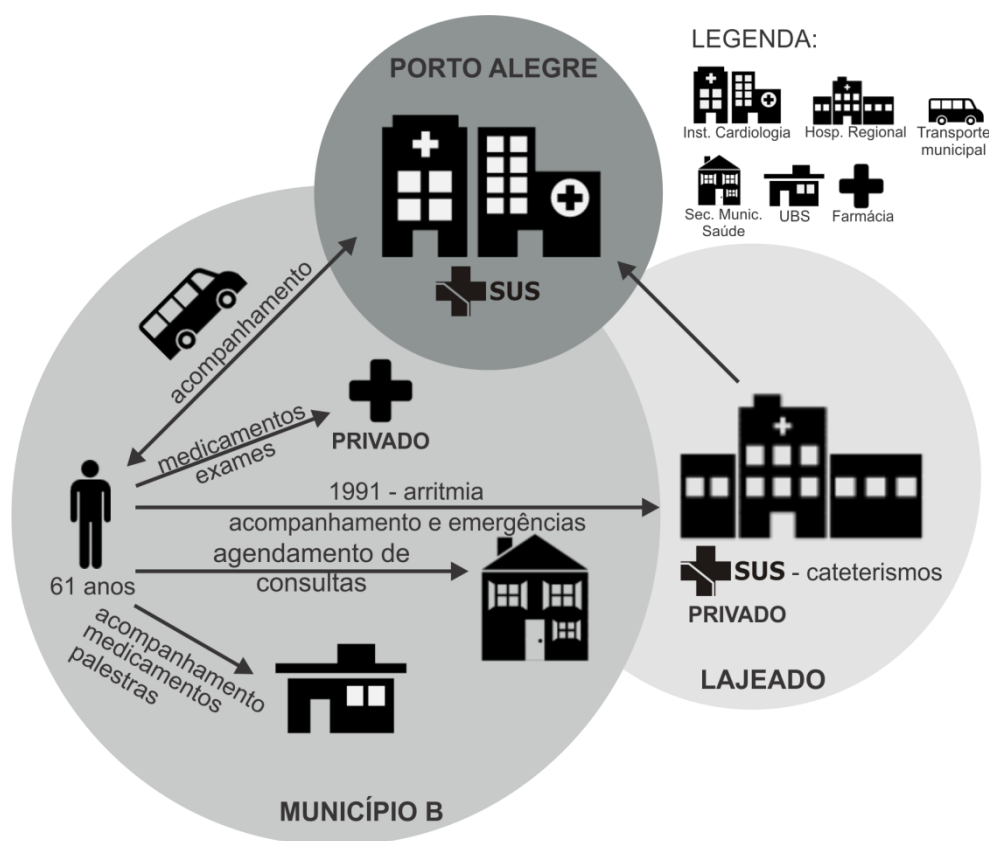
Conta que o atendimento em Porto Alegre é muito bom, com hora marcada, sem problema de acesso. No HBB, já realizou três cateterismos – tendo sido encaminhado com urgência a Porto Alegre, onde fez uma ablação. Relata que sempre foi muito bem atendido nos dois serviços. Na UBS, ele diz ser atendido pelo médico de saúde da família e ter seu tratamento acompanhado, pois é o município que providencia o agendamento e o transporte para Porto Alegre. No entanto, não procura atendimento quando o problema é cardiologia, pois eles não o atendem e o transferem imediatamente para os serviços de referência.

Eu tenho minha pasta ali, anotado todos (remédios) que eu tenho que tomar. Vem a receita lá da cardiologia, aí eu repasso pro município e se eu venho com a consulta marcada de lá, essa marcação eu passo pro município, então o município agenda a consulta e o transporte, eles fazem o transporte via município a Porto Alegre, isso eu trago de lá, a agenda, dia, hora tudo tá agendado direto. (U2B)

O usuário utiliza vários medicamentos, sendo que obtém na UBS os “baratinhos”; os caros são comprados com seu dinheiro. Está tentando encaminhar pedido pela UBS, mas afirma que é muito demorado para consegui-los.

Relata participar, juntamente com a esposa, das palestras oferecidas pela UBS. A agente de saúde é quem passa na residência para convidá-los. Demonstra ter um bom conhecimento sobre o seu problema de saúde, descrevendo os exames que faz e o que está sendo pesquisado e observado por eles. Diz que os exames estão com bons resultados e que a pressão está normal. Sabe que seu problema é crônico e quais os cuidados que precisa ter para não agravá-lo; sabe, inclusive, que adaptações precisam ser feitas em seu trabalho a fim de evitar esforços, já que está com o coração hipertrofiado e é preciso evitar “criar água no pulmão”. Não fuma e não bebe – o que é importante para sua saúde, segundo ele.

**Figura 09** – Trajetória assistencial do usuário U2B.



Fonte: dados da pesquisadora

### 6.5.2 Caindo entre os nós da rede: o *composé*<sup>c</sup> descombinado da utilização dos serviços de saúde

Em arte e arquitetura, o termo “*composé*” é utilizado para descrever a mistura de estampas e texturas que combinam entre si. Utilizando esta metáfora, o que encontramos nas trajetórias assistenciais descritas neste estudo foi um *composé* descombinado de formas de acesso aos serviços de saúde, com excesso de cores que fere os princípios da integralidade e equidade, criando fluxos irregulares e dificultando a resolutividade da atenção à saúde.

Todos os usuários entrevistados utilizam várias formas de atendimento: público, privado e convênios (os convênios referem-se à negociação entre municípios e prestadores a fim de que estes forneçam descontos aos usuários). Os dois usuários do município B (CM>) possuem plano de saúde privado (Diersmann e UNIMED Rural), que, segundo eles, ajuda um pouco na realização de alguns exames de MC. Conforme Conill et al (p. 1508, 2008), “diversos arranjos se estabelecem no cotidiano assistencial dos usuários quando buscam, através de suas próprias escolhas ou estratégias, superar lacunas do acesso e da integralidade da atenção”.

*“A gente paga a consulta e depois a baixa não, a baixa sempre foi feita pelo SUS”* (U2A).

*“Eu tenho que pagar uma parte, uma parte o SUS me ajuda. [...] pra exame ele ajuda um pouco, não é muito, um pouquinho, e daí é uma parte o SUS e uma partezinha o Diersmann”* (U1B).

Assis e Jesus (2012) propõem um modelo de análise do acesso universal aos serviços de saúde que toma como dimensões as questões políticas, econômico-sociais, técnicas, organizativas e simbólicas. Referem que:

A dimensão relacionada à organização da rede de saúde sustenta-se na capacidade dos serviços de saúde em dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários. Para tanto, é necessário fortalecer a “porta de entrada” no nível básico da atenção, demarcando os fluxos dos atendimentos organizados a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social. A regulação teria que responder de fato a estas, com garantia do atendimento nos diferentes níveis de complexidade. Além disso, é preciso facilitar o acesso dentro dos limites geográficos de cada território social, integrando serviços e práticas por meio da referência e contrarreferência na rede SUS (p. 2872).

---

<sup>c</sup> Traduzido do Francês, composição

Analisando a realidade estudada conforme os critérios propostos por esta dimensão, verificamos que nenhum deles é atendido integralmente para garantir o acesso ao usuário.

Santos e Andrade (2012) acrescentam aos apontamentos dos autores acima questões como: baixo financiamento da saúde; a falta de instrumental para que o gestor público possa manejar, de forma compatível, os meios para atingir os fins que lhe são impostos; processos organizativos do SUS que tateiam entre uma descentralização fragmentadora e uma regionalização que deveria unir os serviços em uma rede integrada abrangente aos níveis de complexidade tecnológica. Referem que a rede é essencial para garantir a integralidade e gerar equidade federativa para qualificar o acesso. Trazem, ainda, a dimensão ética e moral do Estado e da sociedade em relação a custo do direito à saúde versus necessidade de saúde; tecnologias disponíveis e incorporáveis e o orçamento público; ordenação técnico-administrativa e sanitária do acesso e a garantia de um conjunto de ações e serviços de saúde.

A múltipla situação observada nos fluxos é induzida pela forma com que a rede se configura, não oferecendo grande parte das necessidades da população na média complexidade. Os usuários são forçados a pagar por seu atendimento, pois não dispõem de tempo para esperar em uma fila comum, que não observa uma classificação de risco – apenas a ordem de chegada. Conforme Santos e Andrade (p. 2877, 2012), “tempo na saúde é imperativo ético ante os danos que podem causar. Tempo e risco na saúde devem formar palavra composta. Sem essa consideração a atenção tardia é sinônimo de omissão”.

As trajetórias mostram as alternativas que os municípios têm encontrado para dar conta da atenção à saúde de seus cidadãos, tendo em vista recursos insuficientes destinados pelo Estado e União, com indefinição de referências ou limitação de cotas. As escolhas, embora não em acordo com a legalidade, têm sido comuns entre os municípios da região. Os convênios com prestadores de serviço – em que o usuário paga uma parcela do custo – são uma alternativa já “normalizada” pelo uso. Esta situação é de conhecimento do Estado e do Controle Social, que fazem “vista grossa”, pois não apresentam solução para o problema.

*“Tudo pelo SUS se entra pela emergência, ai eles chamam ele (o médico), ai quando é imediatamente tem uma taxinha pra pagar, e assim eu consulto com ele aqui também com o..., daí eu pago 50% do valor da consulta dele” (U2B).*

[...] eu tenho que encaminhar aqui... pelo SUS, ai eu sempre pago uma taxa, é complementação. Ela (médica) disse que eu não devia pagar o que eu to pagando, mas eu já comentei com as gurias de lá (secretaria de saúde) e elas disseram que não é só eu que pago, todos que vão consultar tem que pagar, então agora tá em R\$ 66,00, eu pago aqui, daí eles me encaminham pra Lajeado, eu pego a autorização aqui e vou lá (U1B).

Os usuários referem-se ao atendimento público como uma “ajuda”, mostrando que a saúde como direito não está na consciência das pessoas e nem na sua pauta de reivindicações. Apesar das dificuldades relatadas, todos referem que são bem atendidos nos diversos serviços de saúde e que estão satisfeitos.

*“Tenho que fazer aqui no hospital, o posto não, o posto tá ajudando pouco” (U1A).*

De acordo com Assis e Jesus (2012), por meio da emancipação de sujeitos históricos é possível construir a consciência cidadã e derrotar o conformismo social intervindo na realidade cruel do acesso aos serviços de saúde. Pensamos que o processo de empoderamento dos usuários requer, também, uma aliança com os profissionais de saúde, a partir da responsabilização destes com a identificação das necessidades da comunidade e o protagonismo de ambos em busca de sua resolução.

No entanto, observamos que o vínculo dos usuários é com o médico especialista que os atende, não com a equipe da ESF. Referem-se ao especialista pelo nome e por “o meu médico”, mas a maioria não lembra o nome dos médicos e enfermeiros da ESF. Constatamos que o vínculo está muito relacionado à confiança no profissional e em sua capacidade técnica para atendê-los. Desta forma, o planejamento funcionalista da rede não se sustenta, pois “o usuário é simultânea e obrigatoriamente sujeito e objeto da ação social em rede; ele é delimitado pela cena institucional onde está inscrita sua trajetória inicial e reinventa esta cena a partir da sua luta por reconhecimento e por sobrevivência” (MARTINS, p. 55, 2009).

[...] o médico de lá (HBB) me pediu qual é que era o meu médico, eu disse é o doutor... (atende no hospital)... é aquele mais velho que tem ali, e sempre foi ele que me cuidou, ... ele é um médico sério, quando ele fala, se ele te diz, tu tem a tal doença, tu pode ir pra Porto Alegre ou aonde tu quer, é aquela e não tem. (U1A)

O único nome lembrado por uma das usuárias foi da médica da ESF 1 do município B (CM>), que atende na comunidade rural. Interessante ressaltar que esta profissional foi quem demonstrou, de forma evidente durante a coleta de dados, aproximação e afeto com os usuários.

Eu tenho a doutora aqui do posto..., ela tem o mesmo nome que a..., só o sobrenome muda... Essa que atende no postinho aqui em..., e daí no caso mais grave, se eles não podem resolver no posto, daí a gente vai ali no hospital também, mas só que quando é o problema do coração daí é só em Lajeado com a cardiologista. (UIB)

Os usuários referem que o atendimento na UBS é para situações simples e que, para a

sua condição, não oferece respostas. Utilizam a AB para serem referenciados para os serviços de MC e AC, para verificarem pressão arterial, retirarem alguns medicamentos e quando o problema não está relacionado à DCV.

*“[...] ela me mandava sempre aqui no hospital, as médicas dali (UBS) não fazem quase..., elas são mais pra coisa pequena, doença mais simples assim, mas se é uma coisa meia de importância ela manda pro hospital” (U1A).*

Eles (UBS) me transferem e não me aceitam, eles me transferem imediatamente pra Lajeado, não adianta porque é cardiologia, agora, se fosse outro setor tudo bem, eles tratam, mas se é coração eles passam imediatamente, e tão dando toda assistência de transporte, colaboração, isso eles fazem tudo pelo município (U2B).

Dessa forma, verificamos que quem coordena a atenção e o acompanhamento ao usuário nos dois municípios – ou melhor, define a continuidade do mesmo, pois não observamos coordenação – é o médico especialista. No município A (CM<), este profissional é terceirizado pelo município, não integrando a equipe multiprofissional da AB; no município B (CM>), integra a equipe do serviço de referência regional no HBB. Estes profissionais são quem define os prazos para o retorno dos usuários à consulta e exames, que depois são agendados pela Secretaria Municipal de Saúde. Portanto, a AB, na maioria das situações, exerce um papel de apoio logístico no fornecimento de medicamentos, transporte e encaminhamentos para o serviço de referência.

Eu chego através do Posto de Saúde de [...] eles encaminham, mas eu já saio lá de baixo (Porto Alegre), quando eu saio, eu já sei o próximo dia da consulta, do exame,... tudo tem que ter uma matrícula do SUS, encaminhamento via o seu município, então tu entra lá através do seu município. Não adianta correr lá, só pela emergência, pelo ambulatório, é só via município. (U2B)

Esta situação pode estar relacionada à formação dos trabalhadores de saúde: conforme Santos e Andrade (2012), a área ainda é dominada pelo mercado liberal, centrando-se no serviço privado e cultivando a lógica do consumo de saúde - e não do direito à saúde. Acreditamos que esta formação induz à desqualificação do atendimento na AB e centralidade nas especialidades, até por sua lógica perversa de manter o *status quo* do atendimento privado. O excesso de encaminhamentos e a pouca resolutividade da AB cria um imaginário de que as coisas só se resolvem no consultório privado, e, portanto, é necessária a aquisição de um plano de saúde.

Conforme Cecilio et al (2012), a UBS não consegue ser o ponto de apoio no alcance para outros níveis do sistema de saúde, servindo como observatório das dificuldades de acesso

aos serviços de MC e AC. Isto define o lugar que ela pode ocupar como centro de comunicação ou coordenação da rede de atenção à saúde. Concordamos com os autores quando afirmam que:

Por mais que julguemos que tais necessidades possam ser “distorcidas”, uma simples reprodução ideológica de “falsas necessidades” que a medicina tecnológica em parceria com o complexo médico-industrial vai produzindo sem cessar, o fato é que aquele *usuário real*, movendo-se na ordem de significados que vai sendo socialmente produzida, almeja conseguir tal consumo. E é a partir de tal julgamento que vai produzindo significados para a rede básica real, muito além de todos os modelos idealizados do seu funcionamento (p. 2900).

As atividades de educação em saúde estão presentes nos dois municípios, embora utilizem como motivação para a participação dos usuários a entrega de medicamentos, fornecidos durante a atividade. Os quatro usuários relataram frequentar grupos de educação em saúde, aonde vão também alguns familiares.

Sim, nós temos palestra, a cada mês vem a médica, vem as enfermeiras,... então junto com essa palestra que elas distribuem os remédios, ... que eu tenho vários tipos que eu tomo daí uns eu pego ali do posto, os mais controlados, mais baratinhos. (U1B)

Constatamos que os quatro usuários tiveram seus problemas de saúde diagnosticados em situações de urgência e outros procedimentos: AVC, infarto, arritmia e cirurgia de Tireóide. Nenhum deles, conforme relatos, participava de atividades de educação em saúde antes de terem diagnóstico de DCV, assim como não realizavam ações de autocuidado com a saúde. As atividades de promoção à saúde realizadas pela AB, conforme observamos, são ainda incipientes, pois todos usuários só iniciaram o autocuidado e participação em alguma atividade a partir de uma patologia já agravada.

Estudo realizado por Taddeo et al (2012) com usuários portadores de doenças crônicas adscritos a uma ESF revelou que o fator educação foi apreendido como o principal desencadeador dos outros aspectos que inibem ações de autocuidado. Sugerem que os profissionais desenvolvam uma prática baseada na interação e na troca de experiências entre a equipe e os usuários, valorizando o autocuidado e focando em uma relação dialógica e em negociação compartilhada.

O relato da U1B (vítima de IAM) de que, apesar de hipertensa, nunca havia realizado exames que constam nas diretrizes clínicas – como eletrocardiograma e investigação laboratorial de dislipidemias – sugere deficiências na prevenção a complicações cardiovasculares, pois ela frequentava os serviços de saúde.



[...] depois que eu fiquei ruim um dia que ela tava muito alta (a pressão arterial), daí eu fui no hospital aqui em..., daí os médicos que descobriram, daí fiquei me tratando com remédio e remédio, mas eles nunca me disseram, não me encaminharam para um exame, um eletro, de repente precisava ter feito, ia tratando a pressão até que deu infarto. (U1B)

Estudo realizado com usuários do segmento de saúde suplementar em Florianópolis encontrou que “não apareceram referências a procedimentos preventivos sistemáticos com relação ao IAM e apenas após o primeiro episódio de infarto é que se inicia o efetivo monitoramento da doença” (p. 1505). Segundo os autores, “o itinerário revela o que poderia ser denominado como uma “linha de cuidado invertida”, uma vez que os cuidados preventivos, que deveriam expressar a integralidade e a continuidade da atenção, começam no final – ou seja, quando a doença já está instalada de forma severa (CONILL et al, p. 1508, 2008).

Não verificamos diferenças importantes no fluxo de atendimento e referências nos dois municípios; observamos apenas que, no município A (CM<), a referência para consulta ambulatorial em cardiologia é um especialista de um município próximo, que, se necessário, encaminha o usuário para Lajeado. Este profissional é quem faz exames como eletrocardiograma e ecografias. No município B (CM>), o eletrocardiograma é realizado na UBS e o encaminhamento é feito diretamente para Lajeado.

Os serviços de saúde de Porto Alegre foram utilizados pelos dois usuários do município B e por uma usuária do município A. Pelos relatos, não parece ter havido dificuldade para este acesso quando se tratavam de atendimentos mais complexos – como a cirurgia da U2A e o acompanhamento do U1A –, assim como não houve cobranças ao usuário. Para consultas, como foi o caso da U1B, o tempo de espera dificulta a resolução de seu problema, que é obter a prescrição dos medicamentos em um serviço do SUS.

A dificuldade no acesso aos medicamentos foi relatada por todos os usuários e parece estar relacionada a limitações orçamentárias e também à deficiência no gerenciamento do estoque e desorganização da rede. A necessidade de buscar uma prescrição em um serviço fora da região demonstra desorganização e desconhecimento por parte da gestão municipal, pois os serviços contratualizados pelo SUS podem fornecer esta prescrição. Este é mais um problema gerado pelas consultas por convênio, pois nestas não é utilizado o receituário público. Além do mais, consideramos um desperdício de recursos do sistema: além da utilização de transporte e de consulta ambulatorial, acarreta em um desconforto ao usuário, que se desloca durante (neste caso) 5 horas e ainda precisa esperar para ser atendido.

Reproduzimos, a seguir, a fala de uma usuária – um tanto longa, mas necessária para nos mostrar a dimensão do seu problema.

Tentei mas não tem (medicamentos), eu já encaminhei quatro processos contra o Estado, mas até hoje é oito anos que to de luta e não adianta, aí a gente desiste. Eles enxergam o problema da gente, não é porque a gente não precisa, se eles me ajudassem só com o remédio, com esses quatro tipos que eu tenho que tomar só pro coração, daí pra mim era uma grande coisa. Nós encaminhamos pelo Estado via judicial,... um mês vem uma caixinha, duas, depois dois, três meses não vem nada, aí de repente vem de novo. Daí o juiz daqui de Lajeado me pediu uma receita só pelo SUS. Aí o eu marquei uma consulta em Porto Alegre no Hospital das Clínicas, aí eu fui pra lá só pra fazer as receitas, aí a cardiologista de lá me fez..., mas agora então depois disto a doutora aqui de Lajeado me receitou esses (medicamentos) da diabete que são caro também, só que daí não consta na receita daquela que ela me deu pelo SUS pra nós poder encaminhar esses junto com os outros. O filho me ligou essa semana e disse mãe, marca de novo uma consulta em Porto Alegre, só que eu disse vai demorar muito, isso vai seis meses, um ano e talvez eles não me chamem ainda. Aí agora eu vou ter que marcar consulta em Lajeado com a cardiologista, daí eu vou falar com ela pra me dar outra receita. Aí eu venho e vou tentar marcar essa consulta lá em Porto Alegre pelo SUS de novo (UIB).

Salientamos a importância da regulação da Relação Nacional de Medicamentos (Rename), instituída pelo Decreto 7508 (BRASIL, 2011<sup>b</sup>). Esta relação estabelece com clareza, a partir de protocolos e diretrizes clínicas, os medicamentos acessíveis pelo SUS e deve ser atualizada periodicamente.

Consideramos um problema importante a ausência de equidade e integralidade verificada nas trajetórias nos dois municípios. Alguns usuários, como a UIB, precisam optar por um medicamento ou uma consulta; por um ou outro medicamento. Enquanto para um usuário o valor pago é considerado uma “taxinha”, conforme relato, para outros pode significar não seguir o tratamento prescrito. No entanto, a resposta dada pela Secretaria de Saúde do município B foi que “todos têm que pagar”.

Conforme Assis e Jesus (2012), os seguintes fatores são considerados como limitantes do acesso: pouca acessibilidade, sistema fragmentado, focalizado, ausência de descentralização e regionalização da rede de assistência, ausência de equidade, de acolhimento e permeando estes fatores, a excludente capacidade financeira.

A ausência da integralidade é constatada em todos os sentidos: desde a falta de acesso aos diferentes níveis de densidade tecnológica, até a centralidade da atenção no tratamento de doenças em detrimento de ações de promoção à saúde e prevenção às doenças.

*“Se tu quer, tanto faz, vai consultar no posto, vai no hospital, tu tem que pagar os exames, não tem”* (U1A).

Problemas semelhantes – de dificuldades de acesso à MC e a medicamentos – foram

relatados em estudo realizado no Recife. Os autores referem que os usuários são obrigados a recorrer a clínicas particulares para agilizar o diagnóstico. Consideram que este tipo de estratégia reforça a baixa autoestima do usuário e o descrédito nos serviços públicos, além de comprometer a sua renda. Esta desorganização funcional entre a baixa e a MC atinge ao mesmo tempo usuários e a equipe de saúde no desempenho de suas atividades (MARTINS, BEZERRA, NASCIMENTO, 2009).

Para finalizar este capítulo, trazemos importantes considerações de estudo realizado por Cecílio et al (p. 2900, 2012), que produziu narrativas de vida de 15 usuários de serviços de saúde de dois municípios do ABC Paulista em uma busca para responder a questão “qual pode ser o papel da rede básica na construção das redes temáticas?”. Os autores, com os quais concordamos, consideram que, embora a AB seja produtora de valores de uso para milhões de cidadãos, compondo o cuidado de que precisam, não reúne condições materiais e simbólicas para funcionar como centro de comunicação entre os vários pontos das redes de cuidado. Afirmam que “há o risco de ficarmos, discursivamente, reiterando tal papel para a atenção básica quando, na prática, e para as pessoas vivendo situações de grandes carências e vulnerabilidade, os arranjos para a responsabilização e gestão do cuidado deverão ser muito mais complexos e articulados”.

Há dois movimentos complementares, segundo Cecílio et al (2012), para se avançar na constituição, coordenação e operacionalização das redes temáticas. O primeiro se dá no sentido da existência de múltiplas configurações das redes a partir de diferentes contextos locorregionais do SUS, incluindo diferentes graus de participação e responsabilidade da AB na busca da integralidade do cuidado. O segundo é o investimento na ABS para que ela possa ampliar sua capacidade regulatória, legitimando seu papel perante os usuários como centro de comunicação entre os serviços. Sugerem algumas medidas, como acesso direto das equipes locais para marcação de consulta, criação de mecanismos formais e regulares de comunicação entre médicos da rede de AB e as centrais reguladoras e qualificação dos processos microregulatórios nas unidades.

## **6.6 Análise comparada: diferenças e semelhanças entre os municípios**

Um dos objetivos deste estudo foi comparar a rede de atenção à saúde aos portadores de DCV entre os dois municípios selecionados, olhando por meio da perspectiva dos sujeitos participantes do estudo e buscando semelhanças e diferenças entre eles. Partimos da tese de que municípios com semelhante estrutura de serviços de saúde, número de habitantes e

condições socioeconômicas obtêm resultados diferentes no CM por DCV, entre outros fatores, devido à organização e funcionamento de sua rede de atenção à saúde.

O quadro e a figura abaixo resumem alguns dados dos dois municípios e do RS (Quadro 09 e Figura 10).

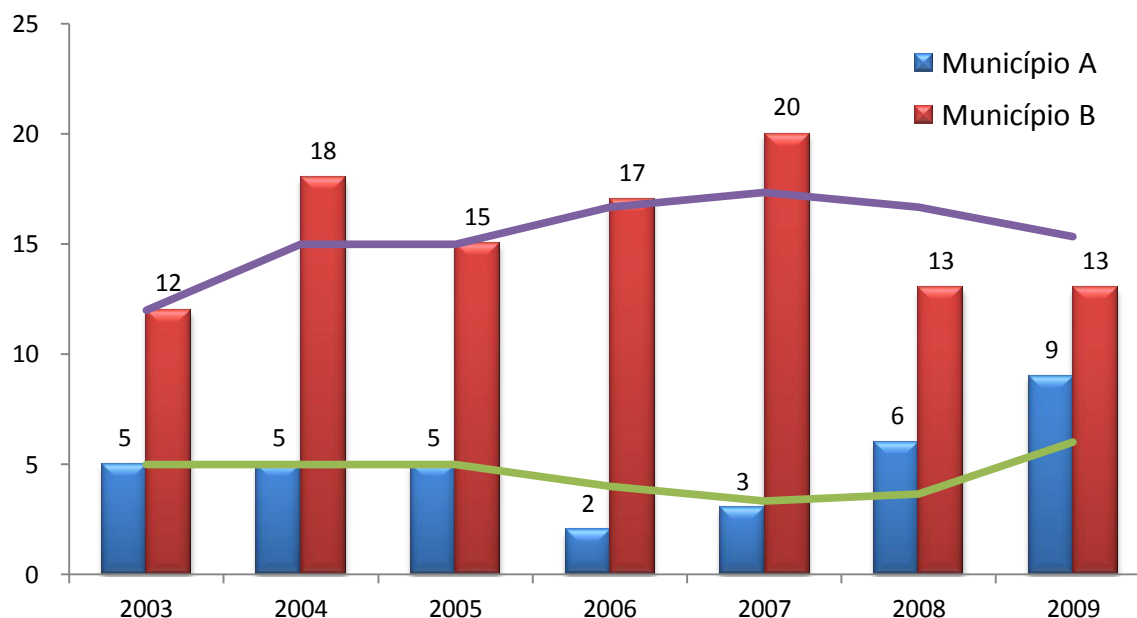
**Quadro 09** – Quadro comparativo de dados dos municípios A (CM<), B (CM>) e do RS.

Dados	Munic A	Munic B	RS
% resid zona urbana-2010	53,8	38	85,1
% de pessoas com + de 60 anos-2010	17,1	23,2	13,7
renda mensal domic per capita-2010	738,00	738,00	810,00
% 15 anos ou + que não sabem ler e escrever - 2010	6,8	6,9	4,5
IDH - 2000	0,79	0,79	0,814
IDESE - 2006	0,673	0,644	0,772
Média despesa total com saúde/ hab-2006 a 2009	308,02	343,93	185,92
Óbitos por DCV- 2003 a 2009	35	108	não comparável*
CM por DCV – 2003 a 2007	85,23	350,83	não comparável*
% óbitos por DCV em pessoas com + de 60 anos-2003 a 2009	85,7	95,4	82,19
Nº óbitos por DCV em pessoas com – de 60 anos-2003 a 2009	5	5	não comparável*
Nº óbitos todas as causas/1000 hab-média 2002 a 2008	5,08	7	6,7
Intern. por DAC-2006 a 2010	222	522	não comparável*
% intern. por grupo de causas – DAC - 2009	10,2	14,1	13,1
Leitos/1000 hab-2009	4,9	7,3	2
% Cobertura ESF- 2010	100	100	36,5

**Fontes:** IBGE, Datasus, FEE.

\*Devido à grande diferença populacional.

**Figura 10** – Mortalidade por DCV por ano, segundo município, no período de 2003 a 2009.



**Fonte:** SIM/Datasus.

Estes dados mostram algumas diferenças importantes entre os dois municípios selecionados. Observamos tendência de elevação do número de óbitos por DCV no município

A (CM<) e estabilidade no B (CM>), considerando na linha de tendência a média móvel de 3 anos.

O município B apresenta 15,8% a mais de população residindo em zona rural, e a população idosa é 6,1% maior. Poderíamos pensar que a população rural tem menos acesso a assistência à saúde? O maior percentual de idosos está interferindo na diferença na mortalidade por DCV?

Observamos diferença de 9,7% nos óbitos acima dos 60 anos entre os municípios – maior no B (CM>), que tem 6,1% a mais de população idosa. No entanto, o número de óbitos por DCV é 3 vezes superior no município B. Este apresenta-se, na mortalidade geral, 30% mais elevado, mas a diferença na mortalidade por DCV é de 308,5%. Portanto, a diferença parece estar pouco relacionada ao maior percentual de idosos. Verificamos, também, que no município A (CM<) ocorrem, proporcionalmente, mais óbitos na população com menos de 60 anos, tendo sido 14,3% dos óbitos nesta faixa etária, enquanto no município B este percentual foi de 4,6%. Na população com menos de 60 anos, ocorreu o mesmo número de óbitos (5) nos dois municípios no período de 2003 a 2009. Estes dados indicam que, na mortalidade precoce por DCV, os dois municípios estão equiparados.

Em relação ao acesso, uma diferença que pode influenciar na mortalidade por DCV é a extensão territorial do município B (CM>), com distâncias maiores até os serviços de saúde no município. Esta é uma preocupação manifestada pela médica da ESF quando refere à necessidade de capacitar as pessoas da comunidade para prestarem primeiros socorros. Isto indica que pode haver alguma influência na diferença de mortalidade relacionada à maior extensão da área rural.

Quanto à infraestrutura, o município B (CM>) apresenta disponibilidade de leitos hospitalares 2,4 vezes maior do que o A (CM<), assim como quase o dobro de médicos, duas nutricionistas e dois farmacêuticos a mais. Os dois municípios oferecem 100% de cobertura de ESF. Questiona-se qual o impacto do número de leitos e de profissionais sobre os resultados de saúde, pois o município B mostra os piores resultados, apesar de contar com mais do que o dobro das internações por DAC em 5 anos. Este município também gasta mais com saúde por habitante/ano. Levantamos a hipótese de que a maior oferta (médicos e leitos) aumenta o custo da assistência, mas não resulta necessariamente em resolutividade, como mostram os indicadores. Outra questão a ser levantada é a das internações realizadas em hospitais sem estrutura para atendimentos na área cardiovascular e, portanto, não resolutivas, agravando o quadro patológico. Está ocorrendo iatrogenia? Precisamos considerar, também,

que o número de internações pode estar distorcido; algumas internações são pagas pelos usuários, e não há emissão de AIH.

Conforme fala da médica do município B, a qualidade do preenchimento dos atestados de óbito também interfere nos resultados dos indicadores oficiais, pois apontam causas de morte que nem sempre correspondem à realidade. Os atestados em que consta simplesmente parada cardíaca entram na estatística de óbito por DCV.

Outra questão a considerar é a data de criação dos municípios. O município A (CM<) emancipou-se 34 anos antes do B (CM>). O último, com apenas 15 anos de emancipação, tem um tempo muito menor de organização da atenção à saúde no seu território. Enquanto no município A as ESF foram implantadas em 2000 e 2004, no B iniciaram em 2003 e 2005. Considerando que as DCV são doenças de evolução lenta, o período em que o município B foi Distrito pode ter interferido na qualidade da assistência às pessoas que foram a óbito. Pode se dizer o mesmo da diferença no tempo de funcionamento das ESF: cerca de 3 anos antes no município A.

Os dados de procedimentos realizados no serviço de referência regional mostraram, como já citamos anteriormente, um número mais elevado de procedimentos de alta complexidade (cateterismos e cirurgias cardíacas) no município B e mais exames de média complexidade (Holter, ECG, Ecografias e Teste de Esforço) no município A. Este fato permite presumir que o município A (CM<) atue mais precocemente no processo de adoecimento e agravamento das DCV do que o B (CM>).

Diferença que consideramos importante é o acesso ao ECG na UBS do município A (CM<), que não ocorre no B (CM>). Acreditamos que este fato influencie na qualidade da assistência devido à rapidez com que o exame é realizado e avaliado.

Observamos no município A um trabalho mais coeso entre as duas equipes de ESF, que no B apresentou-se fragmentado. Constatamos, no entanto, que no município B uma das equipes de ESF está realizando importante trabalho de promoção à saúde e prevenção de agravos nos últimos dois anos, o que poderá influenciar positivamente nos resultados deste município no futuro.

Outra constatação é que, no município A (CM<), a gestora municipal é mais atuante e apropriada, e há reuniões de equipe e discussão de casos. Por outro lado, a gestora do município B (CM>) pouco se manifestou durante o grupo focal e só participou do mesmo após minha insistência. No entanto, em nenhum dos dois municípios observamos capacidade de governança; a ação das secretárias de saúde, na maioria das vezes, é apenas reativa às necessidades que vão surgindo no cotidiano.

Os indicadores socioeconômicos escolhidos mostram muita semelhança entre os dois municípios – alguns são exatamente iguais (IDH e renda per capita). Em relação ao Estado, os dois apresentam indicadores um pouco abaixo da média e um percentual maior de envelhecimento populacional.

A semelhança na gestão, organização e funcionamento da rede entre os dois municípios encontra-se na dificuldade de acesso à MC e no fato de o usuário participar diretamente no pagamento pelos serviços. O conflito com o hospital local é percebido nos dois municípios, assim como a falta de integração clínica entre os serviços tanto locais quanto regionais.

As trajetórias e depoimentos dos usuários são similares nos dois municípios. A diferença que verificamos é que, no município A (CM<), o usuário é encaminhado para um cardiologista em um município vizinho antes de acessar o HBB. No caso do município B (CM>), o encaminhamento é direto ao serviço de referência regional. As dificuldades em relação ao acesso aos medicamentos ocorrem nos dois municípios.

Estas informações indicam que seriam necessários outros estudos nestes municípios para que se pudesse aprofundar a investigação de fatores que estão influenciando na mortalidade por DCV. Acreditamos que um estudo etnográfico que verifique hábitos de vida e alimentação possa ser complementar e esclarecedor a este, assim como um estudo que realizasse a revisão das Declarações de Óbitos por DAC do município B.

## 7 CONSIDERAÇÕES

Diante da complexidade que envolve os sistemas de saúde e, nestes, as redes de atenção, chegamos à parte final deste estudo. Traçaremos as considerações, retomando nosso objetivo geral de **analisar a rede de atenção à saúde aos portadores de doenças cardiovasculares em dois municípios de pequeno porte pertencentes à 16ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS**, utilizando como condição marcadora a mortalidade por DCV.

Os resultados obtidos por vários métodos e fontes de informações revelaram, na sua triangulação, a rede de atenção sob a ótica de diversos atores que interagem no âmbito do sistema de saúde. As informações foram se complementando, trazendo à tona o desafio dos pequenos municípios em atender as diretrizes do SUS e as estratégias que utilizam para tentar garantir seus princípios.

Como qualquer estudo qualitativo, este não buscou generalizações; não obstante, a realidade estudada se assemelha em vários aspectos aos achados de estudos em outras regiões e municípios citados no decorrer do texto.

A análise, baseada nos dois referenciais teóricos escolhidos, expôs uma rede de atenção à saúde parcialmente integrada, de acordo com os atributos propostos pela OPAS (2011<sup>a</sup>) e relações de interdependência que, embora complementares, apresentam interesses divergentes e pouca confiança entre os atores – condição que dificulta o estabelecimento da governança em rede. Podemos afirmar que existe uma estrutura de serviços de saúde, mas esta não está configurada como uma rede, conforme critérios de análise.

As categorias analíticas escolhidas permitiram-nos identificar e analisar fatores e estratégias que facilitam e dificultam a organização e o funcionamento em rede.

Consideramos como fatores que facilitaríamos a organização e o funcionamento da rede caso não estivessem tão limitados: a definição do território e das referências regionais, embora os quantitativos de consultas, procedimentos e exames sejam insuficientes e os usuários, por vezes, desenharem o seu próprio território por não verem atendidas suas necessidades; a existência da CIR como espaço de pactuação e controle, apesar de que os gestores ainda não assumiram na plenitude seus papéis, conforme explicitados na Resolução 7508/2011; a principal porta de entrada para o atendimento ser a AB, ainda que esta não exerça a função de coordenação da rede e não consiga fazer o acompanhamento do usuário ao longo de sua trajetória assistencial.

As limitações observadas nos remetem a outras questões que precisam ser



aprofundadas a partir de outros referenciais teóricos e metodológicos, pois são importantes para entendermos a problemática dos pequenos municípios.

Como compreender as tensões que permeiam o território e as relações de poder que se estabelecem entre gestores, profissionais e usuários na utilização dos serviços?

Quais as limitações que impedem os gestores de assumirem seu papel no planejamento, controle e avaliação do sistema de saúde?

Quais são os entraves para que a AB assuma seu papel na coordenação da rede? O que as experiências em outros locais e países na tentativa de coordenação da rede pela AB têm nos indicado?

Como dificuldades, salientamos: a pouca integração clínica e dos sistemas de informação entre os serviços da rede; a centralidade do MS e da SES no estabelecimento de regras e domínio de recursos, gerando relações de coerção e não de cooperação entre os entes federados; pouco planejamento, monitoramento e avaliação da rede, sendo muito concentrados na SES; baixa capacidade gerencial nos municípios e parâmetros definidos fora da rede, isto é, pelo MS; a quase ausência da participação social na governança da rede; o modelo de atenção ainda pouco atuante nas ações de promoção à saúde, prevenção às doenças e na intersetorialidade. Observamos um Estado que, ao mesmo tempo em que detém o poder de estabelecer regras, mostra-se ausente nas questões de regulação e pouco efetivo no apoio técnico aos municípios.

Estes resultados nos levaram a refletir sobre as causas das dificuldades e o que seria preciso para avançar no processo de construção das redes de atenção à saúde para que estas atendam melhor às necessidades da população e dos trabalhadores em saúde.

Temos acompanhado uma intensa dinâmica de mudanças na normatização do SUS nos últimos anos. No período da elaboração do projeto deste estudo e de sua execução, a cada ano foram sendo acrescentados novos decretos e resoluções que trazem modificações significativas na forma de relacionamento entre os entes federados e na tomada de decisões. O Pacto pela Saúde nem chegou a ser implementado na região, e nova legislação foi publicada substituindo-o (decreto 7508/2011).

A tomada de decisão está sendo colocada cada vez mais próxima aos municípios, pelo menos como proposta. A constituição da CIR e das regiões de saúde traz no seu bojo a participação efetiva do gestor municipal nas decisões relativas à sua região, sendo que a ausência desta participação sempre foi apontada como grande problema na descentralização das ações e da gestão do SUS. No entanto, há uma grande distância entre o que está escrito e a possibilidade de estabelecer a norma na prática.

Embora entendamos como adequada a normatização, verificamos que há movimentos necessários ao avanço da mesma, considerando a pouca qualificação da gestão tanto a nível municipal como regional. Os cargos de gestão têm sido ocupados, na maioria das vezes, com critérios apenas políticos, o que não é nenhuma novidade. Porém, com o avanço da descentralização, isto tem se constituído em um importante empecilho para a qualidade da gestão e atenção à saúde. Ao gestor tem sido colocado o papel de tomador de decisões, e este infere a necessidade de conhecimento técnico e capacidade de negociação. Esta questão é ainda mais grave nos pequenos municípios, pois muitas vezes estes não dispõem, também, de equipe técnica para auxiliar na gestão. Nesta condição, outros atores da rede, com interesses nem sempre convergentes, ganham força e predomínio nas negociações – como vimos nos contratos individuais estabelecidos pelos municípios com os prestadores de serviço locais e regionais –, diminuindo a capacidade de governança do gestor municipal. A ausência de capacidade de monitoramento e avaliação municipal e regional contribui para a não resolução deste problema.

Esta situação foi bem demonstrada por Roesse (2012) na região Centro-Sul do Rio Grande do Sul, também composta, na sua maioria, por pequenos municípios. A ausência de pessoas qualificadas para o cargo no município e a necessidade de indicar partidários políticos acaba levando ao cargo pessoas sem condições para exercê-lo.

Não se pode deixar de considerar o problema crônico da insuficiência de financiamento da saúde pelo MS e Estado, bem como a irregularidade no repasse dos recursos, condição que leva à falta de confiança dos municípios e prestadores na política de saúde proposta. Ora, vimos no referencial teórico que a confiança e congruência de interesses são condição essencial para a governança em rede, ficando, neste caso, dificultada.

Embora na questão do financiamento apregoa-se que haja má utilização dos recursos (e não falta destes), remetemos o leitor para os textos de Carvalho (2011<sup>a</sup>, 2011<sup>b</sup>), em que o autor traça amplos argumentos para justificar que os dois problemas coexistem. No nosso caso, isto fica comprovado pela oferta de exames e procedimentos de MC e AC abaixo do estabelecido pela NOAS 01/02 e pelo percentual de investimento do Estado em saúde, que somente em 2012 está chegando próximo aos 12% estabelecidos em Lei.

Em relação a pouca integração clínica, ressaltamos duas considerações. A primeira diz respeito à formação e perfil dos profissionais de saúde. Precisamos avançar nas mudanças das graduações da área da saúde, iniciadas em 2004, com a edição das novas Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação da área da saúde e o lançamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, numa parceria entre o MS e o MEC.

Profissionais conscientes da importância do trabalho em rede e da interdisciplinaridade são fundamentais para implementar este tipo de trabalho. O entendimento da gestão como parte inerente – mesmo que não principal – à atividade de todos os profissionais da saúde, assim como da necessidade de acompanhar o usuário no contínuo da rede, são condições para que o profissional promova a integração clínica entre os serviços. Isto significaria sentir-se parte de um sistema e de uma rede de atenção, deixando de agir de forma individual e fragmentada.

Salientamos a importância de algumas ações de educação permanente que têm sido implementadas pelo MS, como as especializações oferecidas pela UNA-SUS e o Telessaúde. A estratégia de apoio institucional também pode ser uma ótima ferramenta para qualificação da atenção em saúde, principalmente para os pequenos municípios, que têm dificuldade em constituir equipes. Mais do que ampliar a oferta de formação, acreditamos que seja necessária uma mudança nos conteúdos e na forma de abordá-los, aproximando o estudante dos princípios e diretrizes do SUS e colocando-o o mais cedo possível em contato com cenários reais de aprendizagem, isto é, no cotidiano dos serviços de saúde e da comunidade. Para isso, acreditamos que seja necessário ampliar a capacitação também dos docentes, pois grande parte deles formou-se e atua no modelo biomédico e tecnicista.

A segunda consideração está relacionada à possibilidade de integração entre modelos de atenção diferentes nos diversos serviços que compõe a rede. Na região estudada, todos os serviços de MC e AC são privados, contratados pelo SUS. Sabemos que a orientação dos serviços públicos e privados é diferente e, algumas vezes, divergente. A lógica de mercado que orienta os serviços privados não é compatível com a universalidade e integralidade propostas pelo SUS. Dessa forma, entendemos que o decreto 7508/11, no que diz respeito ao Contrato Organizativo da Ação Pública, poderá encontrar sérias barreiras na sua implementação.

Nesta situação, apesar de os gestores públicos e privados estabelecerem contratos entre si, os profissionais de saúde, cujo trabalho se caracteriza por alto grau de autonomia, não implementam no cotidiano dos serviços o que seria necessário para que houvesse a integração clínica. Acreditamos que, se houvesse interesse e preocupação com a necessidade da integração clínica, os sistemas de informação seriam desenvolvidos e utilizados, pois capacidade técnica e estrutura para isto já existe na maioria dos serviços.

Ainda em relação a esta consideração, ressaltamos a importância da implementação e qualificação da regulação. Em uma situação onde grande parte da atenção é ofertada por meio de serviços privados, as centrais de regulação tornam-se imprescindíveis para a articulação entre o público e o privado.

Na questão da pouca participação social na governança da rede, é necessário promover uma ampla discussão sobre o atual modelo de controle social. Os pequenos municípios caracterizam-se por uma grande proximidade e identificação de cada cidadão pela gestão. O partidarismo é muito presente, e a disputa por votos é “um a um”. Em determinadas situações, um ou dois votos definem a eleição municipal. Os conselheiros de saúde ficam, por vezes, expostos a situações difíceis quando exercem oposição ou simplesmente discordam das decisões da gestão municipal. Alia-se a isto a pouca cultura de participação social nas comunidades e de defesa de questões do coletivo.

Podemos considerar que os mecanismos de cooperação identificados são motivados pela interdependência de recursos entre os atores e, como tais, são mantidos enquanto esta necessidade estiver presente. No entanto, os atores não aprofundam a cooperação para além da prestação pontual de serviços. Não observamos, em todos os níveis de densidade tecnológica, o acompanhamento do usuário ao longo da rede pelos profissionais de saúde. A AB parece exercer um pouco mais esta função, mas não o necessário para garantir a integralidade da atenção. Pouco se verificou a responsabilização integral pelo usuário, cada ponto da rede limita a atenção a sua parte da tarefa.

O que estamos pretendendo enfatizar é: Qual o objetivo principal do trabalho? Ele é semelhante para todos os pontos da rede?

A coordenação da constituição e funcionamento da rede ainda está bastante concentrada na SES, embora a CIR seja o espaço oficial para isto. Ressaltamos o poder dos prestadores privados em todo o processo, fazendo com que o resultado nem sempre seja o mais adequado para atender as necessidades em saúde da população regional.

Novamente, reforçamos o imperativo da qualificação da gestão estadual, regional e municipal da saúde. Neste ponto destacamos a dificuldade que ocorre a cada mudança de gestores municipais e estadual. Para quem acompanha este processo, como é o meu caso, pois integro a CIR como servidora estadual, a impressão que se tem é de um “permanente recomeçar”. Uma forma de minimizar este problema seria a permanência das equipes de saúde, o que dificilmente ocorre se não forem vinculadas por concurso público. É de grande importância, também, a consciência do prefeito e do governador na hora da escolha dos gestores: esta não deve ser baseada apenas em apoio político-partidário, mas sim em capacidade de compreensão da complexidade e da responsabilidade que a área exige.

Estes problemas são recorrentes nos estudos, e, além das sugestões colocadas, fica o desafio de como evitar a interrupção dos projetos e manter a continuidade na qualificação e execução do cuidado em saúde. Qual o papel dos pesquisadores neste processo? Como

reverter o conhecimento em ação concreta?

Embora o MS tenha ofertado formação em gestão para minimizar os problemas colocados acima, o período de 4 anos é muito pequeno para que haja algum impacto desta sobre sua qualidade. Observamos vários cursos concluídos ao final da gestão, o que inclusive pode se entender como desperdício de recursos públicos – a não ser que estas pessoas continuem a exercer cargos nos serviços públicos de saúde.

O impacto das dificuldades e limitações expostas acima foi verificado também na análise das trajetórias assistenciais dos usuários do SUS. Observamos obstáculos importantes para a integralidade e equidade na atenção à saúde destes municípios, tanto na dimensão da integralidade vista como acesso aos níveis de densidade tecnológica e assistência farmacêutica, quanto no cuidado em nível de promoção, prevenção e tratamento. A atenção igual para os desiguais, homogeneizando a oferta, também mostra a ausência de equidade. A preocupação parece centrar-se em promover o atendimento de alguma forma, mesmo que esta não implique na resolução integral das necessidades do usuário.

Assim, vão se constituindo meras redes de atenção desprovidas de cuidado. Redes de cuidado são pontos integrados, unidos pelo objetivo de melhorar a vida e a saúde dos usuários a partir do significado de vida e saúde para estes. São redes que extrapolam parâmetros meramente técnicos sem desconsiderar a importância destes, inserindo-se no contexto do mundo vivido. Mas para esta tessitura é necessário, antes de tudo, consciência e interesse dos atores envolvidos: gestores, profissionais e usuários.

Encontramos usuários que vão construindo suas próprias redes, de acordo com suas possibilidades, lógicas e escolhas, já que são direcionadas pelas deficiências da rede oficial. Estas redes vão sendo normalizadas e aceitas por todos – inclusive pela gestão municipal e o controle social – e parecem negadas pela gestão estadual. Colocamos esta negação no sentido de não verificarmos ação efetiva sobre o problema, continuando a afirmar a ilegalidade da participação financeira do usuário no seu atendimento, mas sem oferecer a garantia do mesmo. Dessa forma, mais uma vez o que encontramos é somente atenção e não cuidado.

A opção metodológica por um estudo de casos comparados mostrou-se adequada para investigar a tese de que **municípios com semelhante estrutura de serviços de saúde, número de habitantes e condições socioeconômicas obtêm resultados diferentes no coeficiente de mortalidade por doenças cardiovasculares, devido, entre outros fatores, à organização e funcionamento de sua rede de atenção à saúde.**

Verificamos que, devido à rede ser tão incipiente, sua atuação não se mostra suficiente para justificar as diferenças de mortalidade encontradas.

Nos casos estudados, com rede de atenção aos portadores de DCV muito semelhante, as principais diferenças que parecem ter influência sobre o CM são: o tempo de emancipação do município e estruturação dos serviços de saúde, principalmente a ESF; o acesso precoce a exames e procedimentos preventivos; a diferença de expansão territorial e área rural; e a composição etária da população em relação ao percentual de idosos. A diferença verificada no município B, que apresenta mais do que o dobro de internações e ao mesmo tempo um número de óbitos 3 vezes maior, levanta a questão de que possa estar ocorrendo a indução de internações à partir da lógica da oferta, com consequente iatrogenia.

No entanto, a complexidade de fatores que influenciam a saúde das populações, já amplamente descrita na literatura e neste estudo, indica que outras questões precisam ser investigadas nestes municípios para podermos ter um entendimento melhor sobre os motivos das diferenças no CM por DCV. A própria diferença encontrada no número de óbitos precisa ser relativizada, levando em conta as limitações da utilização de dados de mortalidade secundários: o preenchimento incorreto de documentos que alimentam os sistemas e a não inserção de dados nos mesmos.

Estas questões podem estar relacionadas à cultura das etnias predominantes em cada município, que influencia desde os modos de levar a vida e níveis de estresse até hábitos alimentares e de atividades físicas, conhecidos fatores de risco para DCV. A concepção das pessoas do que é saúde e doença direciona a decisão do momento em que deve ocorrer a busca pelos serviços e na adesão ao proposto pelas equipes de saúde. O vínculo do usuário com os profissionais precisa ser mais bem verificado, pois este estudo apontou que é ainda muito frágil.

Com as questões colocadas nestas considerações concluímos este estudo, convidando outros pesquisadores e nos sentindo instigados a aprofundar o conhecimento sobre os sistemas de saúde, as redes de atenção e os pequenos municípios.

Conforme Goethe (trad. Gianotti, 1997, p. 157), “Figuras, descrições, medidas, números e desenhos ainda não expõem um fenômeno”.

## REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. A. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, v. 25, Rio de Janeiro: 2009. p. 1337-49
- ALMEIDA, H. M. et al. A descentralização e a regionalização na organização do sistema estadual de saúde. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS**. Brasília: CONASS, 2010.
- ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 173-204.
- ASSIS, E. et al. Regionalização e Novos Rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, 2009. p. 17-21.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 17, 2012. p. 2865-75.
- AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 9, 2004. p. 583-92.
- BAPTISTA, E. K. K.; MARCON, S. S.; SOUZA, R. K. T. de. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, jan. 2008. p. 225-9.
- BARBOSA, R. H. S. de. Avaliação qualitativa de um programa de assistência à saúde de gestantes HIV+: a dialética da reprodução e da resistência de profissionais de saúde às ideologias médica e de gênero. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. **Avaliação Qualitativa de Programas e serviços de saúde – enfoques emergentes**. Petrópolis: Editora Vozes, 2.ed., 2010. p. 313-46.
- BARROS, M. B. de A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n.4, dez. 2006. p.911-26.
- BAUMAN, Z. Vidas desperdiçadas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.
- BAZZANI, R. Gobernanza y salud: Aporte para La innovación em sistemas de salud. **Rev. salud pública**, n. 12, 2010. Suplemento. p. 1-7.
- BELLATO, R. et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS- UERJ. Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 187-94.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In:

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. **Avaliação Qualitativa de Programas e serviços de saúde – enfoques emergentes**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2.ed., 2010. p. 87-117.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. **Norma Operacional da Assistência a Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 e 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Texto: Desenhos organizativos da atenção à saúde. **Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. **Portaria 399/GM**, de 22 de fevereiro de 2006, Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006<sup>a</sup>.

BRASIL. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**, Brasília: Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de sistemas, 2006<sup>b</sup>.

BRASIL. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS**. Brasília : Ministério da Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS 2006<sup>c</sup>. 256 p. [acesso em 19 out 2012]. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/curso\\_basico\\_regulacao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/curso_basico_regulacao.pdf)

BRASIL. Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006<sup>d</sup>.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007<sup>a</sup>.

BRASIL. Portaria nº 1.571, de 29 de junho de 2007. Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores. Brasília: Ministério da Saúde, 2007<sup>b</sup>.

BRASIL. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Portaria nº 2.907, de 23 de novembro de 2009. Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde [internet]. Brasília: **Informações em Saúde** [acesso em 10 Dez 2010<sup>a</sup>]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>



BRASIL. Portaria nº 1.034, de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010<sup>b</sup>.

BRASIL. Portaria nº 402 de 24 de fevereiro de 2010. Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010<sup>c</sup>. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/>.

BRASIL. Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010<sup>d</sup>.

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

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2011<sup>b</sup>. 16 p.

BRASIL. **Caderno de informações para a gestão interfederativa no SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 355 p.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais, **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, 2007. p. 77-93.

CAMARGO JR, K. R. de et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, 2008. Suplemento. p. 58-68.

CAMARGO JR, K.R. de. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 91-101.

CAMPOS, G.W.S. Apresentação do livro SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. In: SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. Campinas: Saberes Editora, 2.ed., 2009. p. 13-6.

CAMPOS, G.W.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 12, 2007. p. 301-6.

CAMPOS, R. O. Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado. In: SANTOS, N. T.; AMARANTE, P. D. C. (org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 198-207.

CAPILHEIRA, M. F. et al. Risk factors for chronic non-communicable diseases and the CARMEN Initiative: a population-based study in the South of Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 12, 2008. p.2767-74.

CARVALHO, G.; MEDEIROS, J. Redes de atenção à saúde no SUS: financiamento e alocações. In: SILVA, S. F. da et al. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: Saberes Editora, 2.ed., 2011. p. 137-48.

CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-68.

CARVALHO<sup>a</sup>, G. Blog Saúde com Dilma – A conjuntura do financiamento público da saúde no início de 2011[Internet]. [Acesso 04 out 2012]. <http://saudedilma.wordpress.com/2011/03/13/financiamento-saude-e-seguridade-social/>

CARVALHO<sup>b</sup>, G. Blog Saúde com Dilma - Por que mais recursos para a saúde pública no Brasil? [Internet]. [Acesso 04 out 2012]. <http://saudedilma.wordpress.com/2011/03/20/domingueira-por-que-mais-recursos-para-a-saude-publica-no-brasil/>

CARVALHO<sup>c</sup>, G. Blog Saúde com Dilma – A atenção básica que queremos. [Internet]. [Acesso 04 out 2012]. <http://saudedilma.wordpress.com/2011/04/24/domingueira-a-atencao-basica-que-queremos/>

CECILIO, L. C. O. et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 17, 2012. p. 2893- 900.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS- UERJ, 2001. p. 113-26.

CNDSS (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde), **As causas sociais das iniquidades de saúde no Brasil**, Relatório final, 2008.

CNM. Confederação Nacional dos Municípios. [acesso em 10 Dez 2010]. Disponível em: [www.cnm.org.br](http://www.cnm.org.br).

COHN, A. Políticas de Saúde: implicações e práticas. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006. p. 219-46.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 20, set./out. 2004. p. 1417-23.

CONILL, E. M. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 13, 2008. p. 1501-10.

CONILL, E. M. A análise comparada na avaliação de serviços e sistemas de saúde. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011. p. 159-84.

CUNHA, E. M. **Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS**. [Tese Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009. 149 p.

CUNHA, G. T. Atenção Básica e o Desafio do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**, Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v. 2. p. 29-45.

DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, n. 7, 2002. p. 641-57.

DESLANDES, S. F.; GOMES R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

EYKEN, E. B. B. D. V.; MORAES, C. L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25, jan. 2009. p. 111-23.

FADEL, C. B. et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 43, mar./abr. 2009. p. 445-56.

FEE. Fundação de Economia e Estatística. Rio Grande do Sul: Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE) [acesso em 10 Dez 2010]. Disponível em: [http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg\\_idese.php](http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_idese.php).

FLEURY, S. M.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FRANÇA, J. M.; GUERREIRO, J. V.; ARAÚJO, L. M. O SUS na era do pacto pela saúde: discutindo o papel da gestão estadual nas relações intergestores. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS**. Brasília: CONASS, 2010.

FURTADO, J. P. Avaliação de Programas e Serviços. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 715-39.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, n. 22, 2006. p. 2449-63.

GERHARDT, T. E.; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D. L. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da atenção básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org). **Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2008. p. 197-214.

GOETHE, J. W. **Máximas e Reflexões**. Lisboa: Ed. Guimarães, 1997.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de, (org). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 185-221.

GUIMARÃES, L; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, n. 16, 2004. p. 283-8.

HARTZ, Z. M. de A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 4,1999. p. 341-53.

HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, 2004. p. 5331-6.

HARTZ, Z. M. de A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (org.), **Avaliação em Saúde**, Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HEIMANN, L. S. et al. A relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para a gestão em saúde. In: SANTOS, N. R. ; AMARANTE, P. D. C. (org). **Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 208-19.

HUFTY, M; BÁSCOLO, E; BAZZANI, R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 22, 2006. Suplemento. p. 35-45.

IBANHEZ, L.C. et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, mar. 2007, p. 575-84.

IDB, Indicadores básicos para a saúde no Brasil, **Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2.ed., 2008.

INOJOSA, R. M. Revisitando as redes. **Divulgação em Saúde para o Debate**, Rio de Janeiro, n. 41, abr. 2008. p. 36-46.

ISHITANI, L. H. et al, Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil, **Rev. Saúde Pública**, n. 40, 2006. p. 684-91.

JUNG, C. G. et al. **O homem e seus símbolos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 23.ed., 2002.

LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 22, out. 2006. p. 2179-89.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? **Rev. Bras. de Ciências Sociais**, v. 24, n. 71, out. 2009. p. 105-19.

MALTA, D. C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, out./dez. 2007. p. 233-44.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n. 34, jul./set. 2010. p. 593-605.

MARTINS, P. H. Repensando sociologicamente a noção linear de determinantes sociais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS-UERJ. Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 53-60.

MARTINS, P. H.; BEZERRA, R.; NASCIMENTO, W. do. A cidadania como solidariedade cívica na esfera pública: a luta pela estima. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS-UERJ. Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 159-70.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade; cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/Abrasco, 2003.

MEDEIROS, C.R.G. et al. O Planejamento Estratégico Situacional na equipe de saúde da família de um município de pequeno porte. **Boletim da Saúde**, v. 22, n. 2, jul./dez. 2008. p. 93-101.

MEDEIROS, C. R. G et al. **Plano Regional de Educação Permanente em Saúde**. Comissão de Integração Ensino-serviço do Vale do Taquari, 2010<sup>a</sup>.

MEDEIROS, C. R. G et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, 2010<sup>b</sup>. Suplemento. p. 1521-31.

MEDEIROS, C. R. G; MENEGHEL, S.; GERHARDT, T. E. Desigualdades na mortalidade por doenças cardiovasculares em pequenos municípios. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 17, nov. 2012. p. 2953-62.

MEDINA, C. B. et al. **Prevalência de Fatores de risco para a Doença Arterial Coronariana no Estado do Rio Grande do Sul**. Seção de Controle de Agravos Crônico-Degenerativos da Secretaria Estadual de Saúde, 2000. Disponível em <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=1078> [Acesso em 03 Dez 2009].

MEDINA, C. B. et al. **Avaliação de equipes do Programa da Saúde da Família no Rio Grande do Sul quanto à infra-estrutura para assistência à Hipertensão Arterial Sistêmica**. Texto mimeo, 2002.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. v. 2.

MENDES, E. V. **Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02**. 2.ed., 2002. [acesso em: 02 Nov 2008]. Disponível em <http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc>.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde, 2007. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revisao\\_bibliografica\\_redes.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revisao_bibliografica_redes.pdf), [acesso em 10 Jan 2011].

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Rev. Med. Minas Gerais**, n. 18, 2008. Suplemento. p. 3-11.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. T.; AMARANTE, P. D. C. (org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 180-97.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de, (org.). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 71-103.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de, (org.). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18, 2002. Suplemento. p. 77-87.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DE SISTEMAS DE SAÚDE E POLÍTICAS. **Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária Europeia**. Reino Unido: Open University Press, 2006. Disponível em [www.redeaps.org.br](http://www.redeaps.org.br). [Acesso em 20 set 2012].

OLIVEIRA, G. A. A regionalização do SUS: uma experiência de construção participativa no contexto do pacto pela saúde. In: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS**. Brasília: CONASS, 2010.

OPAS. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política e Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**, 2008. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_opas\\_espanhol.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_opas_espanhol.pdf), [acesso em 13 Jan 2011].

OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011<sup>a</sup>. 113 p.

OPAS. **Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011<sup>b</sup>.

OUPERNEY, A. M., Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. **Administração em Diálogo**, São Paulo, n. 7, 2005. p. 91-106.

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M. de A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (org.), **Avaliação em Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PAIM, J. S.; VIEIRA DA SILVA L. M., Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de, **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde** (org.), Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 91- 111.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan. Am. J. Public Health**, n. 20, 2006.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na equipe da Estratégia de Saúde da Família, **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, n. 62, mar./abr. 2009. p. 265-71.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 7, 2002. p. 687-707.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Elementos teóricos e metodológicos da pesquisa multicêntrica. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS-UERJ. Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 15-25.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R A. de. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R A. de. **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde** (org.), Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.11-26.

PINHEIRO, R; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org). **Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p. 17-41.

PINHEIRO, R; SILVA JUNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS-UERJ. Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 37-52.

PINTO, J. M. **Práticas avaliativas na atenção básica à saúde: a gestão local entre reprodução e inovação.** [Dissertação Mestrado]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011. 138 p.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, 2010. Suplemento. p. 1009-19.

RADAELLI, R. G.; MEDEIROS, C. R. G. **Rede de cuidado em oncologia: trajetórias assistenciais como ferramenta avaliadora da integralidade e do acesso**[monografia do curso de especialização em Atenção Multidisciplinar em Oncologia]. Lajeado: Centro Universitário UNIVATES, 2010.

REDE DE CENTROS COLABORADORES EM SAÚDE SUPLEMENTAR. **Itinerários terapêuticos: Relação público-privado e arranjos tecnoassistenciais na utilização de serviços de saúde na região sul do Brasil.** Núcleo Sul, Relatório de pesquisa, 2007.

REZENDE, E. M.; SAMPAIO, I. B. M.; ISHITANI, L. H. Causas múltiplas de morte por doenças crônico-degenerativas: uma análise multidimensional. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, out. 2004. p.1223-31.

RIGHI, L. B. **Poder local e inovações no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul.** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2002. 261 f.

RIGHI, L. B. Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Cadernos HumanizaSUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v. 2. p. 59-74.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Diretor de regionalização da saúde.** Porto Alegre: SEGRAC Ed., 2002.

RIO GRANDE DO SUL. **Site da Secretaria Estadual de Saúde.** [Acesso em 15 Jun 2011]. Disponível em: [www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br).

ROESE, A. **Planejamento regional ascendente e regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde** [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012. 262 p.

SANTOS, I.S. et al. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 13, 2008. p. 1431-40.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros.** Campinas: Saberes Editora, 2.ed., 2009.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 17, 2012. p. 2865-75.



SANTOS, S. R.; MEDEIROS, C. R. G. **O itinerário terapêutico da mulher em busca da assistência no ciclo gravídico-puerperal.** [Trabalho de conclusão da graduação em Enfermagem]. Lajeado: Centro Universitário UNIVATES, 2006.

SILVA JUNIOR, A. G. da et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade, In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de, **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde** (org.). Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.p 61-89.

SILVA, S. F. da. Pacto pela saúde e Redes de atenção: diretrizes operacionais para implantação. In: SILVA, S. F. da et al. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Campinas: Saberes Editora, 2.ed., 2011. p. 151-201.

SILVEIRA, R. et al. Desinstitucionalização e modelos assistenciais em saúde mental: avaliação na perspectiva da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica.** Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ. Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 95-102.

SOUZA, E. R. de et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de (org). **Avaliação por triangulação de métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 133-56.

SOUZA, L. E. P. F. de; VIEIRA DA SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: SOUZA, L. E. P. F. de; VIEIRA DA SILVA, L. M. (org.). **Avaliação em Saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 65-91.

TADDEO, P. da S. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 17, 2012. p. 2923-30.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 5, 2000. p. 133-49.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, 2004. Suplemento. p. 190-8.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M.. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18, nov./dez. 2002. p. 1561-9.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Pública.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-62.

VIACAVA, F. et al, Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, jul./set., 2004.

VIANA, A. L. D.; FARIA, R.; PACÍFICO, H. O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação com novas práticas? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e**

**participação na saúde** (org.). Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 135-49.

VIANA, A.L.D.; MACHADO, C.V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, 2008. p. 645-84.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 4, 1999. p. 331-9.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde, In: HARTZ, Z. M. de A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (org.), **Avaliação em Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

VIEIRA DA SILVA, L. M. et al. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. de A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (org.). **Avaliação em Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 207-29.

**APÊNDICES****APÊNDICE 1 – Diário de campo****Data:****Local:**

<b>Atividade</b>	<b>Registro de impressões</b>



### APÊNDICE 3 – Roteiro para Grupo Focal

**Data:** \_\_\_\_\_ **Município:** \_\_\_\_\_  
**Nº do Encontro:** \_\_\_\_\_ **Início:** \_\_\_\_\_ **Fim:** \_\_\_\_\_

#### Dados de identificação dos participantes

Nome	Profissão/tempo	Titulação	Cargo/tempo	Exp. profissional

#### Tema gerador: Organização e funcionamento da rede de cuidados aos portadores de DCV

Âmbitos de abordagem / Padrão de interdependência em rede	Questionamentos
1. Modelo assistencial/ Atores envolvidos e amplitude de inserção, Recursos envolvidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como está organizada a assistência aos portadores de DCV do município?</li> <li>- Há registro destes usuários na Atenção Básica em Saúde(ABS)? A equipe os conhece?</li> <li>- Como são definidas as referências? Quantidade? Local?</li> <li>- Como são estabelecidas as normas de funcionamento das referências?</li> <li>- O cuidado aos portadores de DCV do município contempla promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos?</li> <li>- Como está o acesso aos vários níveis de atenção? Tempo de espera/resolutividade?</li> <li>- Como é o fluxo de comunicação entre a ABS e os outros níveis, dentro e fora do município?</li> <li>- Quando ocorrem encaminhamentos para outros serviços, a ABS mantém vínculo com o usuário? Como?</li> </ul>
2. Governança e Estratégia/ Nível de formalização, Foco de poder, Foco de controle, Instâncias estratégicas de coordenação interorganizacional, Espaços internos de pactuação, Canais externos de articulação, Objetivos enfatizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como é feita a coordenação da rede? Quais os mecanismos?</li> <li>- Quais os espaços para discussão entre os municípios e entre os serviços (organizações)?</li> <li>- Como é a relação entre os serviços intramunicipais e intermunicipais? Como é feita a negociação? Como é a articulação entre o serviço público e o privado?</li> <li>- Como é a relação entre a gestão municipal e a estadual?</li> <li>- O gestor municipal participa regularmente do COGERE? Como avalia este espaço?</li> <li>- Como a equipe percebe a autonomia municipal nas decisões da rede?</li> <li>- A população participa nas propostas e decisões sobre a rede? Como?</li> <li>- Como é feito o controle e regulação dos serviços intermunicipais?</li> <li>- Existem ações intersetoriais visando o cuidado aos portadores de DCV?</li> </ul>
3. Organização e Gestão/	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A gestão entre os diferentes serviços intra e intermunicipais é integrada? Por</li> </ul>

Foco gerencial	quais mecanismos ou instrumentos? - Os recursos humanos são suficientes e adequados às necessidades dos usuários? - Como é a utilização dos sistemas de informação (SIS) pelos serviços da rede? Existe algum SIS que integra a rede? - Há monitoramento e avaliação dos resultados? Por quais indicadores?
4. Alocação de recursos financeiros e incentivos	- Os recursos financeiros são suficientes para atender as necessidades? - Como são definidas as prioridades de investimentos e de alocação de recursos? - Como os recursos financeiros estão distribuídos em relação aos níveis de complexidade?

## APÊNDICE 4 – Entrevista com servidor da gestão regional

**Data:****Local:****Início:****Fim:****Dados de identificação:****Nome:****Idade:****Profissão/titulação:****Setor/cargo:****Tempo de serviço neste cargo:****Experiências profissionais anteriores:**

Âmbitos de abordagem / Padrão de interdependência em rede	Questionamentos
1. Modelo assistencial/ Atores envolvidos e amplitude de inserção, Recursos envolvidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como está organizada a assistência aos portadores de DCV na região?</li> <li>- Como são definidas as referências? Quantidade? Local?</li> <li>- Como são estabelecidas as normas de funcionamento das referências?</li> <li>- O cuidado aos portadores de DCV da região contempla promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos?</li> <li>- Como está o acesso as vários níveis de atenção? Tempo de espera/resolutividade?</li> <li>- Como é o fluxo de comunicação entre o município e os outros níveis, dentro e fora do município?</li> </ul>
2. Governança e Estratégia/ Nível de formalização, Foco de poder, Foco de controle, Instâncias estratégicas de coordenação interorganizacional, Espaços internos de pactuação , Canais externos de articulação, Objetivos enfatizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como é feita a coordenação da rede? Quais os mecanismos? Qual o papel do Estado nesta coordenação?</li> <li>- Qual o espaço para discussão entre o município e o Estado?</li> <li>- Quais os espaços para discussão entre o Estado e os serviços (organizações)?</li> <li>- Como é feita a negociação? Como é a articulação entre o serviço público e o privado?</li> <li>- Como é a relação entre a gestão municipal e a estadual?</li> <li>- O gestor estadual participa regularmente do COGERE? Como avalia este espaço?</li> <li>- Qual a autonomia do Estado nas decisões da rede?</li> <li>- A população participa nas propostas e decisões sobre a rede regional? Como?</li> <li>- Como é feito o controle e regulação dos serviços intermunicipais?</li> <li>- Existem ações intersetoriais visando o cuidado aos portadores de DCV?</li> </ul>
3. Organização e Gestão/ Foco gerencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A gestão entre os diferentes serviços intra e intermunicipais é integrada? Por quais mecanismos ou instrumentos?</li> <li>- Os recursos humanos são suficientes e adequados às necessidades dos usuários?</li> <li>- Como é a utilização dos sistemas de informação (SIS) pelos serviços da rede? Existe algum SIS que integra a rede?</li> <li>- Há monitoramento e avaliação dos resultados? Por quais indicadores?</li> </ul>
4. Alocação de recursos financeiros e incentivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os recursos financeiros são suficientes para atender às necessidades?</li> <li>- Como os recursos financeiros estão distribuídos em relação aos níveis de complexidade?</li> <li>- Como são definidas as prioridades de investimentos e de alocação de recursos?</li> </ul>

**APÊNDICE 5– Entrevista com gestor do serviço de referência regional em cardiologia**

**Data:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_

**Início:** \_\_\_\_\_ **Fim:** \_\_\_\_\_

**Dados de identificação:**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Profissão/titulação:** \_\_\_\_\_

**Cargo:** \_\_\_\_\_

**Tempo de serviço neste cargo:** \_\_\_\_\_

**Experiências profissionais anteriores:** \_\_\_\_\_

<b>Âmbitos de abordagem / padrão de interdependência em rede</b>	<b>Questionamentos</b>
1. Modelo assistencial/ Atores envolvidos e amplitude de inserção, Recursos envolvidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como está organizada a assistência aos portadores de DCV na região?</li> <li>- Como foi definido este serviço como referência regional? Como foi estabelecido o tipo e quantidade de procedimentos oferecidos?</li> <li>- Como foram estabelecidas as normas de funcionamento das referências? É feita a contra-referência? Como?</li> <li>- Os serviços oferecidos contemplam quais os níveis de atenção (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos)?</li> <li>- Como está o acesso ao serviço? Tempo de espera/resolutividade?</li> <li>- Como é o fluxo de comunicação entre o serviço e os municípios?</li> </ul>
2. Governança e Estratégia/ Nível de formalização, Foco de poder, Foco de controle, Instâncias estratégicas de coordenação interorganizacional, Espaços internos de pactuação, Canais externos de articulação, Objetivos enfatizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como é feita a coordenação da rede? Quais os mecanismos? Qual o papel do Serviço de referência nesta coordenação?</li> <li>- Qual o espaço para discussão entre o Serviço, os Municípios e o Estado?</li> <li>- Como é feita a negociação? Como é a articulação entre o serviço público e o privado?</li> <li>- Qual a autonomia do Serviço nas decisões da rede?</li> <li>- Como é feito o controle e regulação do Serviço de referência?</li> <li>- O Serviço participa de alguma ação intersetorial visando o cuidado aos portadores de DCV?</li> </ul>
3. Organização e Gestão/ Foco gerencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A gestão entre o Serviço, o Estado e os municípios é integrada? Por quais mecanismos ou instrumentos?</li> <li>- Os recursos humanos são suficientes e adequados às necessidades dos usuários?</li> <li>- Como é a utilização dos sistemas de informação (SIS) pelos serviços da rede? Existe algum SIS que integra a rede?</li> <li>- Há monitoramento e avaliação dos resultados? Por quais indicadores?</li> </ul>
4. Alocação de recursos financeiros e incentivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os recursos financeiros são suficientes para atender às necessidades?</li> <li>- Como são definidas as prioridades de investimentos e de alocação de recursos?</li> </ul>



## APÊNDICE 6 – Roteiro de entrevista com o usuário portador de DCV

**Data:** \_\_\_\_\_ **Município:** \_\_\_\_\_  
**Local:** \_\_\_\_\_ **Início:** \_\_\_\_\_ **Fim:** \_\_\_\_\_

### 1. Dados de identificação:

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_  
**Endereço:** \_\_\_\_\_  
**Idade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** \_\_\_\_\_ **Raça/cor:** \_\_\_\_\_

**Profissão/ocupação:** \_\_\_\_\_

**Condição(ões) crônica(s):** \_\_\_\_\_

**Possui plano privado de saúde:** ( )sim ( )não

**Procedimento(s) realizado(s) no Serviço de Referência Regional em Cardiologia:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

### 2. Questão aberta:

“Conte-me sobre a história do seu problema de saúde cardiovascular”

### 3. Roteiro norteador (respostas mínimas necessárias para analisar a trajetória assistencial do usuário):

- O que motivou a procura pelo serviço de saúde.
- Como foi feito o diagnóstico da doença.
- Qual o tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico, e entre o diagnóstico e o início do tratamento.
- Como é o vínculo e o acompanhamento na atenção básica.
- O que faz quando sente necessidade de atendimento de saúde.
- Como são feitas as referências para serviços dentro e fora do município.
- O que facilita o acesso aos procedimentos/serviços.
- Quais as dificuldades de acesso e para que tipo de procedimento/serviço.
- O que faz se não tem acesso a um serviço, ou se este demora muito.
- Que serviços foram utilizados na rede regional e fora da região.
- Como é o atendimento/relacionamento com os profissionais de saúde dos diferentes serviços.
- O que pensa sobre a rede de saúde local.

**APÊNDICE 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais  
de saúde e gestores dos municípios**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro que, assinando esse documento, estou ciente que estou dando o meu consentimento em participar do estudo realizado pela doutoranda Cássia Regina Gotler Medeiros, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt. Este estudo intitulado “ Rede de Cuidado em Saúde: o dilema dos pequenos municípios”, é uma tese de doutorado e o seu objetivo é analisar a organização e funcionamento da rede de cuidados aos portadores de doenças cardiovasculares em dois municípios de pequeno porte pertencentes à 16ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS. Este estudo justifica-se na medida em que poderá auxiliar no conhecimento da rede de cuidados aos portadores de doenças cardiovasculares.

Estou ciente que a coleta das informações ocorrerá na modalidade de grupo, em mais de um encontro, conforme necessidade, com a equipe gestora do município, em local e horário escolhido pela equipe. Estou ciente que as falas do grupo serão registradas em gravador digital e posteriormente transcritas. Os encontros durarão no máximo 2h cada.

Fui informado(a) que, mesmo após o início do grupo posso, a qualquer momento, recusar-me a falar ou responder sobre qualquer assunto e pergunta, ou mesmo encerrá-las, sem que isso me resulte em prejuízos, pois trata-se de livre participação.

Declaro que me foi assegurado o anonimato das informações por mim fornecidas e a garantia de que estas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa acadêmica e divulgação em periódicos. Também me foi assegurado o retorno dos resultados dessa pesquisa a esta Secretaria Municipal de Saúde, preferencialmente àqueles que participaram desse estudo, após o término da mesma e após a sua defesa como Tese de Doutorado.

Me foi assegurado de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável, no endereço: Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde – Porto Alegre/RS – Fones: (51) 33165481 (horário comercial) / (51) 97125854.

A pesquisadora do estudo me concedeu uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, sob nº 21739, cujo fone é (51) 3308 3629.

Considerando-me esclarecido (a) em relação à proposta da pesquisa, concordo em participar da mesma.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura da pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do (a) participante

**APÊNDICE 8 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para gestor regional, gestor do serviço de referência regional e usuários**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro que, assinando esse documento, estou ciente que estou dando o meu consentimento em participar do estudo realizado pela doutoranda Cássia Regina Gotler Medeiros, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt. Este estudo intitulado “ Rede de Cuidado em Saúde: o dilema dos pequenos municípios”, é uma tese de doutorado e o seu objetivo é analisar a organização e funcionamento da rede de cuidados aos portadores de doenças cardiovasculares em dois municípios de pequeno porte pertencentes à 16ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS. Este estudo justifica-se na medida em que poderá auxiliar na conhecimento da rede de cuidados aos portadores de doenças cardiovasculares.

Estou ciente que a coleta de dados ocorrerá por entrevista, em local e horário escolhido pelo entrevistado. Estou ciente que a entrevista será registrada em gravador digital e posteriormente transcrita. A entrevista durará no máximo 2h.

Fui informado(a) que, mesmo após o início da entrevista posso, a qualquer momento, recusar-me a falar ou responder sobre qualquer assunto e pergunta, ou mesmo encerrá-las, sem que isso me resulte em prejuízos, pois trata-se de livre participação.

Declaro que me foi assegurado o anonimato das informações por mim fornecidas e a garantia de que estas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa acadêmica e divulgação em periódicos. Também me foi assegurado o retorno dos resultados dessa pesquisa após o término da mesma e após a sua defesa como Tese de Doutorado.

Me foi assegurado de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável, no endereço: Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde – Porto Alegre/RS – Fones: (51) 33165481 (horário comercial) / (51) 97125854.

A pesquisadora do estudo me concedeu uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, sob nº 21739, cujo fone é (51) 3308 3629.

Considerando-me esclarecido(a) em relação à proposta da pesquisa, concordo em participar da mesma.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura da pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do (a) participante