

GESTÃO EM SAÚDE

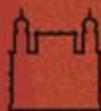
contribuições
para a análise
da integralidade

Organização

Simone Cristina da Costa Ferreira
Maurício Monken



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Ernani Gadelha Vieira

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

Diretora

Isabel Brasil Pereira

Vice-diretor de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Maurício Monken

Vice-diretora de Ensino e Informação

Márcia Valéria Morosini

Vice-diretor de Gestão e Desenvolvimento Institucional

Sergio Munck

GESTÃO EM SAÚDE contribuições para a análise da integralidade

ORGANIZAÇÃO

Simone Cristina da Costa Ferreira

Maurício Monken



Copyright © 2009 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

Projeto Gráfico, Capa e Editoração Eletrônica

Zé Luiz Fonseca

Revisão

Soraya de Oliveira Ferreira

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

F383g Ferreira, Simone Cristina da Costa (Org.)
Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade /
Organização de Simone Cristina da Costa Ferreira e Maurício
Monken. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

173 p. : il.

ISBN: 978-85-98768-39-7

1. Política de Saúde. 2. Serviços de Saúde. 3. Atenção à Saúde.
4. Gerência em Saúde. 5. Integralidade. I. Título. II. Monken,
Maurício.

CDD 362.1068

AUTORES

Ana Paula Guljor

Médica psiquiatra, doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Pesquisadora do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Laps-Ensp/Fiocruz), coordenadora da Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba-Niterói/Universidade Federal Fluminense (HPJ/UFF).

Bianca Borges da Silva Leandro

Técnica em gestão em saúde, graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Estagiária do Laboratório de educação profissional em gestão em saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Elenice Machado da Cunha

Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Geandro Ferreira Pinheiro

Psicólogo, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Analista de gestão em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz/ Ministério da Saúde.

José Paulo Vicente da Silva

Enfermeiro, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Professor e pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Juliano de Carvalho Lima

Enfermeiro, doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Analista de gestão em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde.

Marcello de Moura Coutinho

Cientista Social, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Professor e pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Maria Luiza Silva Cunha

Psicóloga pela Universidade Federal Fluminense (UFF), mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Marina Ferreira de Noronha

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Maurício Monken

Geógrafo, doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Vice-diretor de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).

Pedro Arêas Junior

Administrador de empresas, especialista em Gestão em Saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Professor convidado da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Raquel Barbosa Moratori

Psicóloga, mestre em Tecnologia pelo Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (Cefet/RJ). Professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Simone Cristina da Costa Ferreira

Assistente Social, doutoranda em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FSS/UERJ), mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Victor Grabois

Médico, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina-Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Coordenador adjunto do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, coordenador e técnico de projetos de cooperação técnica do Programa de Capacitação Gerencial, para o Ministério da Saúde, na modalidade de educação a distância, pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

SUMÁRIO

Prefácio	11
Apresentação	13
1. Por que Almejar a Integralidade na Atenção ao Paciente? Elenice Machado da Cunha	15
2. Gestão em Redes e Construção da Integralidade da Atenção e do Cuidado em Saúde: notas para um debate José Paulo Vicente da Silva & Ana Paula Guljor	23
3. Redes Integrais e Território: é necessário um elemento organizador da atenção à saúde? Maria Luiza Silva Cunha & Marina Ferreira de Noronha	43
4. Integralidade e Cogestão: discutindo aspectos da gestão hospitalar em relação à perspectiva de integração em rede no âmbito do SUS Marcello de Moura Coutinho	73
5. Grandes Cidades, Grandes Desafios: a organização do cuidado em saúde nas metrópoles brasileiras Geandro Ferreira Pinheiro	83
6. Território Situado, Redes de Conversação e Coordenação: novas perspectivas para pensar a integralidade da atenção à saúde Juliano de Carvalho Lima	103
7. Aspectos da Gestão Hospitalar: a integralidade no cotidiano das unidades de saúde Simone Cristina da Costa Ferreira, Raquel Barbosa Moratori, Marcello de Moura Coutinho, Geandro Ferreira Pinheiro, Pedro Arêas Junior, Bianca Borges da Silva Leandro	129
8. Gestão em saúde: perspectivas e desafios para a construção da integralidade. Victor Grabois e Simone Cristina da Costa Ferreira	157

PREFÁCIO

Em *Gestão em Saúde: contribuições para a análise da integralidade*, as contribuições são presentes cuidadosamente embalados, para quem tem o olhar no futuro e a os pés na lida diária da construção do SUS.

A trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS) está marcada por muito trabalho, reflexões, movimentos de pessoas e organizações e uma capacidade de envolver todos em uma atmosfera de entusiasmo tal que, por vezes, a comparamos a uma ‘cachaça’. Para quem é apreciador ou mesmo para não degustadores, este livro é um convite a sentar à mesa e trilhar por meio da leitura os caminhos de construção desta proposta generosa e inclusiva.

O tema da gestão e da integralidade certamente nos remete aos grandes debates do momento, nos quais a sustentabilidade de sistemas de caráter universal permanece como desafio a ser enfrentado e pela necessidade de tratarmos com seriedade os problemas da dificuldade de acesso, da qualidade da atenção, da organização dos serviços e, fundamentalmente, de considerarmos a temática da qualidade de vida como orientadora das práticas em saúde, com a aproximação de campos de saberes, segmentos profissionais, áreas de intervenção nas políticas públicas que caminham, por vezes, de forma paralela, estabelecendo pontes, trilhas e, às vezes, exigindo uma parada para pensar e seguir adiante.

Os conceitos fundadores de nosso sistema de saúde nos obrigam à permanente tentativa de iluminar estes campos com olhares diversos, revisitando objetos que têm fronteiras complexas. A integralidade é um desses temas de fronteira. A gestão dos serviços de saúde, do modo como é tratada neste livro, buscando analisar de maneira tranquila e corajosa temas ligados à cogestão, os territórios, a gestão em redes, o cotidiano das unidades, as novas perspectivas no campo, a organização dos serviços nas metrópoles, o olhar sobre a centralidade do indivíduo ‘paciente’, a gestão hospitalar, entre tantas explorações possíveis, demonstram a vitalidade dos autores e daqueles com quem dialogam.

Os temas têm importância vital para quem deseja enfrentar as lacunas de hoje e aquelas que estão por vir. Não há como pensar em modelos assistenciais, planejamento em saúde, expansão de oferta, mecanismos de integração nas redes de saúde, sem marcos conceituais adequados e posicionamentos firmes diante de perspectivas reducionistas e limitantes de interesses hegemônicos na sociedade brasileira.

Estão colocados à mesa algumas doses de reflexões trazidas de leituras, projetos de pesquisa, dissertações e teses, sempre construídas com uma das mãos na lida diária do sistema de saúde, seja na atenção direta ou na gestão,

e outra estabelecendo um diálogo no campo acadêmico. O produto é um exercício criativo, uma marca destes autores. Tive a oportunidade de conviver com vários deles nos caminhos tortuosos de construção do SUS, na gestão municipal, estadual e federal e, ainda hoje, estabelecemos interações, na Escola Politécnica Joaquim Venâncio da Fiocruz (EPSJV) e em espaços de convivência e de trabalho, o que me permite sentir um grande prazer na troca de ideias e na leitura deste belo espécime, gerado por uma rede de atores com ideias convergentes nos seus objetivos, mas também múltiplas nas abordagens, com capacidade de provocar em cada leitor um entusiasmo de fazer o caminho da prática alicerçado por conceitos e propósitos de justiça social e liberdade de pensamento. Um brinde à leitura e à reflexão criativa. Saúde para todos!

Valcler Rangel Fernandes

Vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção
da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz

APRESENTAÇÃO

Este livro, composto por artigos de vários autores, tem como pano de fundo a ‘educação profissional’ no campo da saúde coletiva, especialmente para a área de atuação da gestão em saúde. Esses textos apresentam propostas de pensar e praticar a saúde coletiva em uma perspectiva que aposta em novos pressupostos, métodos e práticas sociais para a saúde, ao contrário de se fazer uma saúde coletiva convencional, cujos sinais das dificuldades de intervenção na realidade social e de saúde brasileira são cada vez mais flagrantes.

O debate apresentado aqui se baseia em desejos, projetos e pretensões que vão muito além de uma mera compilação de fazeres para os serviços de saúde. Trata-se de utopias, no sentido humano de tentar alcançar o inalcançável, de buscar o que aparentemente não está próximo de nossas mãos e possibilidades. No entanto, essa busca faz com que avancemos e consigamos materializar novas práticas integradas às características dos ‘contextos de vida social de cada território’, e assim produzir e promover saúde. Para isso, os textos têm como norte uma postura contra-hegemônica de produzir agentes públicos comprometidos com novas práticas e novos modos de vida.

A construção e a implementação de novas práticas na perspectiva da ‘integralidade’ das ações de saúde, tema principal deste livro, consiste talvez no maior desafio da saúde coletiva no Brasil. A busca da integralidade para o sistema de saúde brasileiro está contida também no marco do estabelecimento de novos patamares de um projeto contra-hegemônico de formação de trabalhadores para agir em prol da saúde coletiva. Isto aponta para a necessidade de uma educação profissional radicalmente comprometida com o processo de construção de conhecimento científico-tecnológico de formação humana de trabalhadores em uma perspectiva de se tornarem lideranças e dirigentes, mas também de serem produtores de uma outra forma de viver e de levar a vida. Uma política alicerçada nestes princípios deve ser pensada estrategicamente em fortalecer os setores públicos com a produção nacional e com a capacidade de trabalho qualificado dos cidadãos brasileiros.

Neste projeto de qualificar o trabalhador da saúde, temos como princípio a concepção de ‘politecnia’, como uma utopia sempre em construção, que tem o trabalhador como sujeito de realizações, de conhecimentos e de cultura, com possibilidade de assim transformar a realidade dada em realidade para si, tendo como condição sine qua non romper com as antigas vertentes tecnicistas e condutivistas da educação. Mas o que temos de concreto é o fato de que os agentes das práticas de saúde encontram-se determinados

pelo modo de produção dominante na sociedade, bem como pela organização social dos serviços de saúde e das políticas públicas que definem todo o processo de atuação e de relações de trabalho em saúde. Por isso, indicamos o papel importante da formação dos trabalhadores como medida necessária para a reorganização das práticas de saúde, porém somos sabedores dos seus limites para alterar profundamente o modo de produção desses agentes. O desafio, portanto, é desenvolver processos formativos baseados na temática da integralidade das ações, tendo como eixos fundamentais o 'trabalho e a pesquisa como princípios educativos' e a articulação com os serviços de saúde e 'outros setores' pertinentes, produzindo novos agentes e lideranças.

Agradecemos à Faperj por permitir a possibilidade de estes autores contribuir neste processo, definindo novas propostas e ações, tendo como objetivo principal trabalhar pela 'emancipação' e pela melhoria das 'condições de vida e de situação de saúde' da população brasileira.

Se o leitor está em busca de um novo sentido para o agir em saúde, está feito o convite.

Boa leitura!

Maurício Monken

Vice-diretor de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico
da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz)

POR QUE ALMEJAR A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO AO PACIENTE?

Elenice Machado da Cunha

Introdução

No início da década de 1980, a discussão sobre ‘integralidade’ já estava presente no cenário do Movimento de Reforma Sanitária, em geral, associada às tentativas de superação da dicotomia entre as ações assistenciais curativas, de caráter individual, e as ações de promoção e de prevenção, que tinham por alvo a coletividade (CARVALHO, 1993). Consequentemente, a integralidade da atenção foi registrada no texto constitucional como uma das diretrizes para a instituição do novo sistema público de saúde.

Ao longo das duas décadas de existência do SUS, a integralidade tem sido objeto de estudo e está inclusa nas propostas de mudança de modelo assistencial, em especial quando dirigidas à estruturação da Atenção Primária. Independente da interpretação para o termo, autores chamam atenção para sua importância na organização do sistema e dos serviços de saúde. Em contrapartida, a relevância da integralidade para o paciente nem sempre é debatida. Então, a fim de contribuir com a discussão, o presente artigo trata da seguinte questão: Por que a integralidade é importante para o paciente?

Dado que a compreensão do termo não é consenso na literatura nacional, optou-se pela definição de integralidade desenhada por Giovanella e colaboradores (2002), que, para fins de avaliação no âmbito municipal, identificou quatro dimensões para essa diretriz no contexto do SUS: primazia das ações de promoção; garantia da atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; e abordagem integral dos indivíduos e das famílias. Embora a definição adotada englobe aspectos coletivos e individuais da atenção, o foco da análise são os benefícios para o indivíduo como alvo das práticas de saúde.

A discussão que contempla as quatro dimensões já citadas está baseada, mas não restrita, no âmbito da Atenção Primária (AP) no contexto da implementação de novas propostas de modelos assistenciais. Este direcionamento justifica-se na medida em que a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser o local de referência para o atendimento da maioria das necessidades em saúde que dependem dos serviços de saúde. Aos profissionais da equipe de AP cabe o estabelecimento do vínculo longitudinal com o paciente e a participação na coordenação do cuidado, mesmo quando houver encaminhamento para níveis assistenciais de maior densidade tecnológica (CUNHA & GIOVANELLA, 2009).

As Dimensões da Integralidade e a Atenção à Saúde dos Indivíduos

As dimensões da integralidade identificadas por Giovanella e colaboradores referem-se a diferentes campos de atuação. A primeira, 'primazia das ações de promoção e prevenção', encontra-se no escopo das políticas de governo, e diz respeito à intervenção sobre os fatores determinantes do processo de adoecimento através de ações intersetoriais (GIOVANELLA et al., 2002).

Embora o atendimento dessa dimensão não esteja no âmbito da prática assistencial (Figura 1), são os profissionais de saúde que, muitas vezes, têm a possibilidade de indicar fatores que favorecem a ocorrência de agravos nos territórios onde atuam e de explicitar as possíveis relações causa/efeito desses agravos. Presume-se que para o exercício de tal atividade os profissionais de AP sejam observadores atentos dos agravos incidentes e das características do território. O referencial para essa atuação no interior dos serviços de saúde é o da Vigilância da Saúde, que vem sendo desenvolvido desde a década de 1980 (TEIXEIRA & SOLA, 2005) e está contemplado nas propostas de modelos assistenciais atualmente em voga no SUS, principalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006).

A relevância de atender a essa dimensão da integralidade reside no fato de que a promoção de ambientes saudáveis e adequados às características das populações locais contribui para minimizar riscos e para a redução da ocorrência de determinadas morbidades, trazendo impactos positivos para a qualidade de vida (RUMEL et al., 2005). O não adoecer é sempre mais vantajoso do que o adoecer e o tratar, tanto para os serviços quanto para os indivíduos.

No âmbito dos serviços de saúde, as estratégias para a apreensão da situação de saúde e para a delimitação dos problemas, que tem o potencial para subsidiar a eleição e o desenho de ações intersetoriais que envolvem o setor saúde não são novidades. Ferramentas como a elaboração de diagnósticos de saúde, mapas de riscos, além do Plano Municipal de Saúde, já estão previstos em documentos regulatórios do SUS, e são quesitos exigidos no âmbito da gestão do sistema. Contudo, a participação de profissionais de saúde em fóruns técnicos e políticos destinados a discutir e a planejar ações intersetoriais ainda não estão consolidadas no âmbito do SUS, o que dificulta o atendimento da referida dimensão e compromete os possíveis benefícios.

A segunda dimensão, 'garantia da atenção nos três níveis de complexidade', diz respeito ao acesso aos procedimentos de maior complexidade quando necessário, que deve ser assegurado por mecanismos gerenciais que, muitas vezes, envolvem pactos intermunicipais. Trata-se da integração e articulação entre os serviços. Logo, o atendimento de tal dimensão encontra-se no âmbito da gestão do sistema de saúde municipal, que deve responsabilizar-se pela estruturação da rede e pela articulação dos serviços, dada as implicações para a prática assistencial.

A preocupação com a articulação da rede de serviços assistenciais já estava presente nos fóruns que se propunham a desenhar a proposta de estruturação do novo sistema de saúde. Inicialmente, no âmbito macro-organizacional, o desenho proposto era no formato de uma pirâmide, onde as unidades básicas, representativas da porta de entrada, ocupariam a base; os ambulatorios especializados, a parte intermediária; e os hospitais de maior complexidade, o vértice (MENDES, 2002).

Essa estrutura organizacional foi questionada pela concepção de complexidade crescente das unidades e os supostos níveis hierárquicos das mesmas, que poderia gerar, dentre outros aspectos, dificuldades de comunicação entre as unidades e banalização dos serviços de AP (MENDES, 2002). A proposta alternativa seria uma rede horizontal no formato de círculo, onde a Atenção Primária ocuparia o centro do sistema de saúde (CECÍLIO, 1997). Nesse desenho, os profissionais da AP coordenariam o cuidado. Mecanismos como centrais de regulação de procedimentos especializados e de interações foram pensados para viabilizar a articulação da rede.

O atendimento dessa dimensão da integralidade traz como benefício para o paciente, além da garantia do acesso aos procedimentos de maior custo e complexidade tecnológica, a sensação de amparo institucional para as necessidades de saúde em um momento em que pode prevalecer a fragilidade física e psicológica, além de possíveis restrições financeiras. A responsabilização da equipe com a coordenação do cuidado impulsiona a articulação da rede de serviços e se contrapõe à concepção de unidades isoladas e autossuficientes. Passado cerca de duas décadas da institucionalização do SUS, a estruturação e a articulação da rede de serviços de saúde ainda é um desafio para a sua consolidação.

A 'articulação das ações de prevenção, de promoção e de recuperação' – terceira dimensão da integralidade – diz respeito à integração das ações no interior dos serviços de saúde, principalmente nas UBS (Figura 1). Logo, está no âmbito da gerência da unidade de saúde e relacionada à organização das equipes e ao método de trabalho das mesmas. Essa interpretação para a integralidade já estava presente na proposta das Ações Programáticas em Saúde, que tinham por objeto do cuidado os grupos prioritários e determinados agravos (SCHRAIBER, 2000); e também consta no postulado de autores que defendem a articulação das diferentes propostas de modelos assistenciais, em especial a da Vigilância da Saúde com a ESF (TEIXEIRA, 2006).

A mudança na concepção de saúde e ampliação do escopo da AP pretendidos pela instituição e pela implementação do SUS, em tese, deveria ter potencializado essa articulação, trazendo como benefício o esclarecimento com relação aos possíveis fatores que incidem na ocorrência de determinados agravos e à possibilidade de intervir em diferentes fases do processo patológico, inclusive antes da ocorrência do estado mórbido.

Embora a integralidade da atenção contemple quatro dimensões, pertencentes a diferentes âmbitos de intervenção (Figura 1), é no espaço da

prática assistencial, no contato do profissional de saúde com o paciente e na utilização do serviço de saúde que essa diretriz se efetiva. Assim, a quarta dimensão, 'abordagem integral dos indivíduos e das famílias', que está no campo da atenção individual, mas que sofre implicações das outras dimensões, merece maior dedicação.

Para discutir essa dimensão, é oportuno explicitar os possíveis determinantes da busca e da utilização dos serviços de saúde. Nesse sentido, Hulka e Wheat (1985) afirmam que os motivos que levam os pacientes a procurarem um serviço de saúde são os seguintes: percepção/necessidade de saúde, os recursos disponíveis e as características demográficas do paciente. Para os cuidados preventivos, os dois últimos fatores assumiriam maior importância. Já para os serviços assistenciais de tratamento e reabilitação, o primeiro fator seria o principal indutor.

A percepção por parte do paciente do seu estado de saúde influencia na decisão de procurar o serviço. Mas muitas vezes é a avaliação do profissional que vai possibilitar o prosseguimento do tratamento e o tipo do mesmo no interior do sistema de saúde. Assim, o uso do serviço só prossegue quando há sinergia das percepções do profissional e do paciente. Em contrapartida, a interpretação da demanda do paciente por parte do profissional estará condicionada pelo aporte de conhecimentos adquiridos no decorrer da sua formação e da sua atuação profissional e pelas diretrizes adotadas pelos serviços para a atenção ao paciente.

Com relação à formação profissional de saúde, há consenso na literatura de que esta se encontra fortemente influenciada pelo modelo biomédico, que, por sua vez, guarda relação com as orientações do relatório elaborado por Abraham Flexner em 1910, sobre a educação médica nos Estados Unidos. Este relatório sugeria que a atenção à saúde tivesse por diretrizes a centralidade no profissional médico e nas ações curativas, com atuação preferencialmente em hospitais; ênfase na pesquisa; estímulo à especialização e valorização do avanço tecnológico (MENDES, 2002).

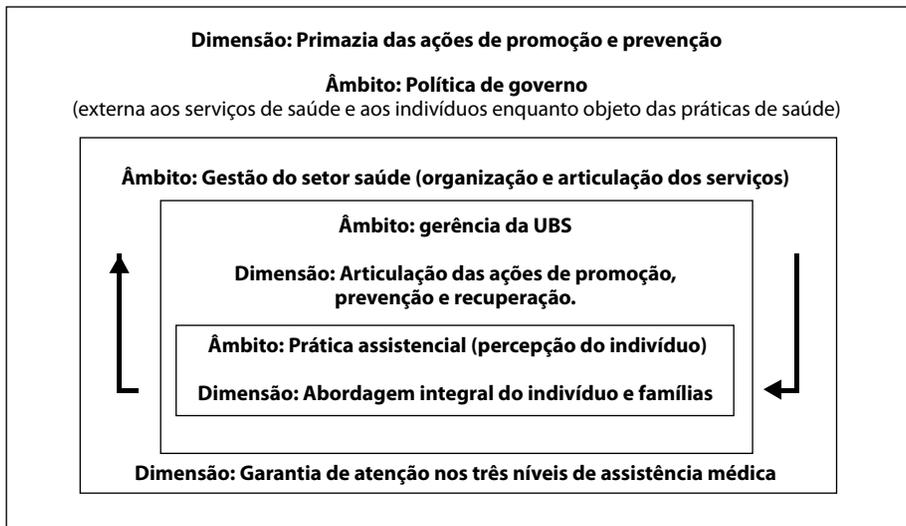
Embora as orientações do *Relatório Flexner* tenham favorecido alguns avanços no âmbito da saúde, também trouxe implicações para a atenção, como a valorização excessiva da dimensão biológica como condicionante do processo de adoecimento e como alvo do tratamento do indivíduo. No modelo biomédico, fatores sociais e psicológicos se encontram subestimados, o que compromete a percepção do indivíduo em sua totalidade e complexidade. Por sua vez, o paciente também se encontra influenciado pelos aspectos do modelo biomédico, o que interfere tanto na percepção do seu estado de saúde quanto na expectativa de terapêutica, geralmente expressa no desejo de consumo de tecnologias, na forma de exames e/ou de medicamentos.

A abordagem integral dos indivíduos pressupõe o reconhecimento da complexidade do paciente em seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Assim, o objeto do cuidado deve ser a pessoa, e não a patologia;

e a demanda por serviço de saúde precisa ser interpretada, tomando-se por base diálogo com o paciente e algumas vezes com outros profissionais e familiares, mas sempre buscando estimular a compreensão, a autonomia e a corresponsabilidade do paciente.

Assim, para atender a essa dimensão da integralidade, talvez seja preciso investir em capacitação profissional, mas também apostar no diálogo com o paciente para ajudá-lo na compreensão do processo de adoecimento e das formas de tratamento. Desse modo, os postulados de Merhy e Franco (2003) sugerem maior valorização e utilização das tecnologias leves (das relações) e postura crítica com relação ao predomínio das 'tecnologias duras' (instrumental e produtora de procedimentos) e leve-duras (saber estruturado) na produção do cuidado, por gerarem atos prescritivos rígidos, pouco flexíveis em relação às particularidades de cada paciente.

Figura 1 - As dimensões da integralidade



Considerações Finais: as dimensões da integralidade e as propostas estruturantes das práticas de saúde

A integralidade em suas quatro dimensões se encontra em diferentes âmbitos de intervenção, permitindo o emprego de diferentes nomenclaturas, mas que guardam relação e um certo grau de dependência. A literatura brasileira sobre a organização dos serviços de saúde já contempla essas dimensões.

A primeira, que trata da necessidade da integração das políticas e ações governamentais, está contemplada no referencial sobre o movimento das

idades saudáveis (AKERMAN, 2002). Quanto à segunda e à terceira dimensão, que tratam da integração da rede de serviços assistenciais e da articulação das ações de promoção, prevenção e de reabilitação, respectivamente, tem sido amplamente discutida desde o prev-saúde, sendo incorporada no referencial sobre o modelo Vigilância da Saúde e nas outras propostas vigentes (TEIXEIRA, 2006). Já a integralidade do indivíduo é mais debatida na proposta de Modelo em Defesa da Vida/Acolhimento (MERHY & FRANCO, 2003).

Observando as quatro dimensões da integralidade, podemos considerar que a percepção do indivíduo em sua totalidade e necessidades de saúde, tendo por base os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, pode ocupar o espaço central da temática. É a integralidade da atenção que deve subsidiar e impulsionar as outras dimensões da integralidade. Mas, para dar conta dessa função, faz-se necessário que recursos humanos estejam capacitados na lógica da integralidade do indivíduo e das ações, ao passo que a gestão deve se ocupar da integração da rede de serviços e políticas.

Gestores devem promover a diretriz da integralidade porque interfere na qualidade de vida e na resolutividade do sistema de saúde. Mas, para o paciente, a integralidade é importante porque favorece que este tenha uma melhor percepção do seu processo de adoecimento e do que necessita para o seu restabelecimento.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável” *Rev. Saúde Pública*, vol. 36, n. 5, p. 638-46, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 2006.

CARVALHO, M. R. Modelos assistenciais de unidades básicas de saúde e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, R. C. A. *Serviços locais de saúde: construção de atores*

e políticas. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 13, n. 3 p. 469-478, 1997.

CUNHA, E. M. & GIOVANELLA L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* (periódico na In-

ternet) março de 2009 Acesso em: março de 2009. Disponível em: www.cienciaesaudecoletiva.com.br

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da Integralidade da Atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, vol. 26 n. 60, p. 37-61, jan./abr 2002

HULKA, B. S., WHEAT, J. R. Patters of utilization: the patient perspective. *Medical Care*; n. 23, p. 438-460,1985.

MENDES, E. V. *A Atenção Primária no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E. & FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudança para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, vol. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

RUMEL, D. et al. Cidade Saudável: relato de experiência na coleta e

disseminação da informação sobre determinantes de saúde. *Saúde e Sociedade*, vol. 14, n. 3, p. 134-143, 2005.

SCHRAIBER, L. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica São Paulo*: Hucitec, 2000. (Saúde em Debate, 96: Série Didática, 3).

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C. F. T., SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba, 2006.

TEIXEIRA, C. & SOLA, J. Modelo de Atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafio e perspectivas. In: LIMA, N. S., GERSHMAN, S. et al. *Saúde e Democracia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GESTÃO EM REDES E CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E DO CUIDADO EM SAÚDE: NOTAS PARA UM DEBATE

*Jose Paulo Vicente da Silva
Ana Paula Guljor*

Introdução

As políticas públicas de saúde no Brasil tiveram como marco instituinte dos preceitos defendidos pela Reforma Sanitária as deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, as quais foram as bases da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal (CF), de 1988. Entretanto, podemos afirmar que, apesar de diretrizes estabelecidas no decorrer de uma trajetória de debates ampliados entre movimentos sociais, profissionais de saúde e academia, um novo modelo assistencial no campo da saúde ainda é um processo em construção.

A busca da superação do modelo médico-hegemônico, as estratégias de inclusão da participação popular e a reorientação das práticas de cuidado caracterizam a estruturação do sistema de saúde brasileiro como um rizoma¹, um processo de pactuações que envolve atores diversos com seus saberes e fazeres. Estes são guiados por diretrizes que se refletem em novas organizações e fluxos singularizados em cada localidade. A metáfora do rizoma nos é útil no sentido de pensar as redes que são tecidas no cotidiano do trabalho em saúde voltadas para a elaboração de novos saberes e práticas de gestão e de cuidado, configurando-se em um campo de disputas teórico-conceituais e técnico-políticas. Ou seja, a legitimação das novas práticas se constitui por meio da desconstrução do arcabouço teórico até então estabelecido e da construção de novos significados. A intervenção no cotidiano se apresenta como resultante das prioridades pactuadas e das técnicas que possibilitem sua viabilização.

Buscaremos, neste artigo, analisar ao longo das duas décadas a institucionalização do SUS à luz do conceito de gestão e da construção de redes como estratégias para a implementação da integralidade do cuidado.

¹ De acordo com Deleuze e Guatarri apud Franco (2006), este vegetal se constitui em um tubérculo cujas raízes se espalham de forma não definida sob a superfície da terra, constituindo um imbricamento de conexões entre estas de forma não compartimentalizada. Deste modo, não se observam os limites externos e sua configuração interna permite que o alimento que se distribui pela planta circule por todas as suas partes.

As Mudanças na Pós-Modernidade e os Processos de Relações Humanas

Ao pensarmos as transformações propostas pelo sistema de saúde brasileiro, não podemos deixar de considerar as mudanças globais das relações de produção e acumulação de capital que culminam, em última instância, em uma mudança significativa das relações humanas e dos valores na sociedade contemporânea.

O Iluminismo, a Revolução Industrial e as transformações consequentes ao capitalismo emergente, a partir de fins do século XVII, estabeleceram novos padrões no campo material, social, cultural, nos desenhos urbanos e distribuição populacional, além dos aspectos intelectuais e políticos. A idéia do progresso pautado na razão e na ciência instituiu a crença que por intermédio destes o homem moderno poderia atuar sobre a natureza e a sociedade na direção de uma vida satisfatória para todos (FRIEDMAN, 2000).

Apesar dos grandes avanços tecnológicos e conquistas em diversos campos do conhecimento, a industrialização e a urbanização tiveram marcada repercussão nas relações sociais com novas formas de dominação e uma crescente exclusão das camadas menos favorecidas da população. A consolidação dos Estados-nação não garantia o direito dos cidadãos e as relações estabelecidas estavam pautadas hegemonicamente nas trocas mercantis. A suposta perspectiva de aquisição de um estado de satisfação coletiva não se colocou como uma realidade. No entanto, radicais mudanças se deram na forma de compreensão do mundo, e paralelamente foi possível testemunhar na saúde a construção de políticas voltadas para a garantia da boa saúde do trabalhador (definida como a ausência de doença), como forma de manutenção de sua capacidade produtiva. A lógica econômica se incorpora também nos aspectos subjetivos da vida em sociedade na modernidade.

De acordo com Stotz (2005), a crescente pauperização decorrente do modo de produção capitalista apenas começou a ser enfrentada no início do século XX, com base na mobilização dos trabalhadores do Ocidente, tendo a instauração do socialismo na Rússia acelerado a implementação de medidas de proteção social sob responsabilidade dos Estados. O período pós-Segunda Guerra Mundial foi marcado pela reconfiguração do capitalismo vigente mediante as políticas keynesianas² e de *welfare state*³, principalmente nos países europeus. As políticas de saúde voltavam-se para a

² John Maynard Keynes (1883-1946), economista britânico, defendeu o papel regulatório do Estado na economia, por meio de medidas de política monetária e fiscal, para mitigar os efeitos adversos dos ciclos econômicos - recessão, depressão e booms econômicos.

³ 'Estado de bem-estar social' (em inglês: *Welfare State*), também conhecido como 'Estado-providência', é um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado como agente da promoção (protetor e defensor) social e organizador da economia. Nesta orientação, o Estado é o agente regulamentador de toda vida e saúde social, política e econômica do país em parceria com sindicatos e empresas privadas, em níveis diferentes, de acordo com a nação em questão. Cabe ao Estado do bem-estar social garantir serviços públicos e proteção à população.

construção de sistemas nacionais universais sob o controle do Estado, traduzido no financiamento e prestação de serviços médico-sanitários.

A dinâmica observada em fins do século XX marca um novo desenho das relações, tomando-se por base o processo de globalização. O crescente desenvolvimento técnico-científico com a incorporação de tecnologias emergentes de informação desencadeia outro processo de transformação das relações econômicas e sociais. Esta nova ordem que se estabelece mundialmente se expressa pela comunicação instantânea, volatilidade do capital, pela ação a distância, pelos novos *apartheids sociais*, pela fragmentação do sujeito e pela predominância da mídia na constituição do universo simbólico das grandes massas (FRIEDMAN, 2000)

Os Estados-Nação sofreram um processo de internacionalização, gerando 'consensos' em relação à redução da participação estatal no sistema de proteção individual. Falamos do que é conceituado como estado mínimo, onde o acesso ao sistema de proteção social busca romper com o ideal do Estado de bem-estar social do período pós-guerra, circunscrevendo as políticas de suporte à parcela da população pauperizada.

A incorporação de novas tecnologias permitiu importantes avanços na área da comunicação com a globalização da informação em tempo real, nos recursos de diagnósticos e tratamento, na potencialização dos processos produtivos, entre outros. Em contrapartida, transformou também as relações no campo da política, da produção e dos valores dos povos. A precarização do trabalho com a crescente exigência de flexibilização e especialização se associa à necessidade de adaptação a uma constante instabilidade. O processo de trabalho estabelecido em bases de relações distintas de tempo e espaço – espaço virtual, empregos temporários e a velocidade de incorporação de novas habilidades tecnológicas geram a exclusão de grandes parcelas de trabalhadores que sequer irão compor o 'exército produtivo de reserva', pois estão definitivamente fora da cadeia produtiva.

Todas estas mudanças tiveram reflexos na cultura e nos valores das sociedades onde o sujeito adaptado deve prescindir das redes de proteção assistencial, já que estas seriam necessárias apenas para os que foram 'incapazes' de incorporar as novas tecnologias. As redes de solidariedade são esmaecidas diante da internacionalização/virtualização das relações políticas e sociais e não mais se pautam no princípio da solidariedade, dos laços duradouros e na singularidade do lugar, da vizinhança como espaço de convívio e trocas.

O Estado passa a ter fronteiras ampliadas, sendo a relação de dominação estabelecida em proporções continentais. As agências internacionais com suas expertises ditam as teorias e as práticas em diversas áreas, legitimando a nova configuração, principalmente ao impor aos países periféricos a implementação de políticas que redesenham o papel de regulação e proteção do Estado.

Desse modo, voltamos ao problema inicial deste artigo, o desafio da implantação de um sistema nacional de saúde cujo eixo orientador é a integralidade do cuidado no contexto das mudanças ocorridas em escala mundial nas várias dimensões que envolvem o 'viver em sociedade'. Ao situar o movimento pela Reforma Sanitária no contexto de luta pela redemocratização - travada na arena política nacional desde a década de 1970 -, Mattos (2001, p.41), vê, nos princípios e diretrizes inscritos no texto da Constituição de 1988, a institucionalização da "crítica que alimentou o sonho de uma transformação radical da concepção de saúde predominante do sistema de serviços e ações de saúde e de suas práticas". Mais uma vez a Integralidade ganha destaque. Para este autor, essa noção extrapola a condição de simples diretriz para revelar-se em uma verdadeira "bandeira" que compõe uma "imagem-objetivo" maior, indicando a direção que se quer imprimir à transformação da realidade. Sua tradução se dá em um projeto societário permeado pelos ideais de justiça e solidariedade.

Contudo, o autor afirma que o arcabouço jurídico-institucional universalista, naquele período, já refletia uma posição contra-hegemônica no âmbito do debate internacional acerca das políticas de saúde a serem implementadas pelas nações ditas 'em desenvolvimento'. A conjuntura de então era marcada pelos ajustes estruturais e avanços das políticas neoliberais, apontando para uma participação cada vez menor do Estado, tanto na política econômica quanto na provisão de ações e serviços sociais, onde se inclui a política de saúde.

Acreditamos ser possível afirmar que o SUS, com o pressuposto de universalidade, descentralização e controle social, marca uma digressão fundamental na lógica hegemônica. De certa forma, constitui uma perspectiva inovadora se levarmos em conta as orientações das agências internacionais cujas formulações buscam legitimar a ideia de uma intervenção mínima do Estado. No caso da saúde, esses elementos se traduzem em uma medicina voltada para os pobres, para os que não possuem condições de inserção na medicina suplementar (planos e seguros de saúde) e a uma medicalização da sociedade com sobrepujança de um saber científico que desqualifica os demais saberes necessários ao reconhecimento e intervenção sobre as complexas relações envolvidas no processo saúde-doença.

O SUS: um caminho tortuoso

Considerar as questões elencadas anteriormente, ao mesmo tempo que analisar a trajetória das estratégias de implementação do SUS, pode nos fazer pensar que este percurso seria quase um nadar em direção à cabeceira de um rio de águas turbulentas, uma piracema. No entanto, ao contrário do que seria esperado neste contexto, verifica-se estruturação progressiva

do sistema, desde sua institucionalização em fins da década de 1980, visto que se experimentam grandes avanços no âmbito das políticas públicas de saúde. Lembramos que aproximadamente sessenta milhões de homens e mulheres, antes considerados verdadeiros ‘indigentes sanitários’, se transformaram, ao menos em tese, em cidadãos portadores de direito à saúde. Essa constitui a maior conquista da Reforma Sanitária brasileira (MENDES, 2001a).

Após o processo de municipalização, houve uma enorme expansão das redes de serviços e ações de saúde, bem como uma efetiva ampliação da capacidade gestora do sistema, fator que vem possibilitando uma expressão crescente de experiências inovadoras nos campos da gestão e do cuidado à saúde. Programas de saúde pública, como é o caso do programa de controle de DST/Aids e o de Saúde Mental, vêm logrando resultados altamente favoráveis, alcançando, inclusive, reconhecimento internacional. Destaca-se, ainda, a disseminação dos mecanismos de controle social que, materializados em conselhos locais, municipais, estaduais e no Conselho Nacional de Saúde que “mobilizam milhares de cidadãs e cidadãos e contribuem para a acumulação do capital social em nosso país” (MENDES, 2001a).

De acordo com Levcovitz et al (2001, p. 270-271), atualmente, existe um “relativo consenso” em torno dos avanços do processo de descentralização da política de saúde. Esse processo que se caracteriza por ser, predominantemente, do tipo político-administrativo, vem “envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também responsabilidades, poder, e recursos da esfera federal, para a estadual e municipal”. O referido processo possibilita, igualmente,

o estabelecimento das comissões intergestores tripartites – CIT’s e bipartites – CIB’s como instâncias efetivas de negociação e decisão. Ainda que venha sendo marcado por grandes dificuldades, tais como, (...) conflitos acentuados e competitividade nas relações entre gestores nos diversos níveis (...) e imprecisão e pouca clareza na definição do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema (LEVCOVITZ et al., 2001, p.270-271).

Ressalta-se que a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não se choca com as formulações neoliberais fortalecidas na década de 1990. Assim, ainda que fundado em bases político-ideológicas diversas das neoliberais, o referido “consenso” potencializa o avanço do processo de descentralização (LEVCOVITZ et al., 2001).

Mendes, entretanto, afirma que após a institucionalização do SUS, sobretudo a partir de 1993, a Reforma Sanitária brasileira “adquiriu um caráter de processo reformista, feito com um gradualismo lento, sem um desenho estratégico global, focalizando-se, num escopo restrito, em partes de uma

única macrofunção⁴ “e com negociações arrastadas, que se cristalizaram, principalmente, em Normas Operacionais Básicas” (MENDES, 2001a, p.27).

Segundo Cohn, “esse modelo de intervenção, via normatização através do instrumento das NOBs, ganha uma dimensão de reforma administrativa do Estado, na busca de uma maior racionalização na distribuição de recursos” (COHN, 2001, p. 300). A autora questiona a coerência desse processo com os preceitos constitucionais que informam a descentralização da saúde como diretriz básica do SUS.

A referida estratégia de descentralização da política de saúde estaria concorrendo para a conformação de um sistema caracterizado por forte segmentação em contraposição ao modelo universalista e redistributivo proposto pela Reforma Sanitária brasileira. Consta-se que, dentre outros aspectos, aproximadamente 1/4 da população brasileira, nos dias de hoje, utiliza planos privados de saúde. Com efeito, Mendes (2001a), sugere que os sistemas segmentados são inerentemente iníquos, pois, ao contrário do que se especula, quando se afirma que

ao se instituírem sistemas específicos para quem pode pagar, sobriam mais recursos para quem não pode pagar. (...) ao criar-se um sistema singular para os pobres, dada a desorganização social desses grupos excluídos e sua baixa vocalização política, esse sistema tende a ser subfinanciado e, portanto, a ofertar serviços de baixa qualidade (MENDES, 2001a, p.59-60).

Nesse modelo segmentado, no qual os interesses privados invadem a esfera pública, a evasão fiscal promovida pela isenção de impostos vem proporcionando uma grande sangria de recursos que poderiam ser destinados para o financiamento do sistema público de saúde, o SUS. Isso porque, o Sistema de Atenção Médica Suplementar (Sams) “é um sistema que opera subsidiado pelo Estado, por meio de renúncias fiscais de pessoas físicas e jurídicas”. Além do SUS e do Sams, conforma o “sistema segmentado público” brasileiro, “o Sistema de Desembolso Direto – SDD ou de medicina liberal, representado pelos gastos diretos do bolso de indivíduos e famílias com serviços de saúde. Esse último, assim como o Sams (...) é um sistema fortemente subsidiado por renúncias fiscais” (MENDES, 2001a, p.83).

Este quadro é agravado quando se considera a falta de tradição do Estado brasileiro no campo da regulação das atividades delegadas ao setor privado (CAMPOS et al., 2000). Soma-se a isso a adoção, por parte do

⁴De acordo com Mendes (2001a), o Grupo de Sistemas Internacionais de Saúde da Escola de Saúde Pública de Harvard formulou uma tipologia de reformas sanitárias, pautada conforme sua fundamentalidade. A categoria fundamental significa incidir a Reforma sobre as dimensões estratégicas definidas pelas cinco macrofunções dos sistemas de serviços de saúde: financiamento, prestação dos serviços, incentivos para prestadores e consumidores, regulação e informação.

Governo FHC, de um marco regulatório para o setor saúde que resultou na criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A criação da ANS teria sido "(...) inspirada, em grande parte, nas agências regulatórias dos setores de telecomunicações (Anatel) e de eletricidade (Aneel), que resultaram numa orientação para um mercado competitivo e que constituem setores onde há abundante experiência internacional" (MENDES, 2001a, p.84). Diferentemente, seguros e planos privados de saúde voluntários são espaços de manifestações intrínsecas de falhas de mercado e a evidência internacional indica que nenhum país do mundo teve sucesso na regulação desse tipo de mercado (HSIAO apud MENDES, 2001a).

Em contrapartida, a perda de escala econômica advinda da fragmentação dos equipamentos sanitários, inerente ao processo de "municipalização autárquica", propicia a ineficiência e a perda de qualidade no próprio sistema (MENDES, 2001b, p.28).

Ainda, como efeito deletério da configuração atual da política de saúde, verifica-se a consolidação de "(...) sistemas fragmentados (...) caracterizam-se por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório, sob a hegemonia da atenção médico-hospitalar, e pela ausência de uma integração dos pontos de atenção à saúde" (MENDES, 2001b, p.72).

É importante ressaltar, no que diz respeito aos aspectos relacionados ao plano econômico, que muitas dessas questões são consubstanciadas pelo fato da própria Reforma do Estado brasileiro, sob a égide da política econômica, impor uma série de modificações na dinâmica e na ordenação da política social.

Ainda que no caso da saúde os reflexos dessa política não sejam imediatos, em função da mobilização das forças políticas favoráveis ao SUS, algumas repercussões podem ser sentidas. Destaca-se a crise do financiamento do setor *vis a vis* a queda substancial do gasto federal em saúde, constatado no início da década de 1990, com perpetuação das desigualdades regionais⁵, apesar da redução do gasto federal estar sendo compensada, progressivamente por um comprometimento de receitas cada vez maiores por parte dos municípios. Na prática, assiste-se no país a uma progressiva escassez de recursos financeiros na área de saúde (MARQUES & MENDES, 2000).

Esse fato pode ser observado na organização e fomento dos níveis de atenção e complexidade dos sistemas municipais e estaduais de saúde, diante do estrangulamento do acesso às ações e serviços de atenção especializada, sobretudo os procedimentos de média e alta complexidade (OLIVEIRA JR, 2000; FERLA et al, 2001; BONFIM, 2002).

⁵ Segundo Marques e Mendes (2000), no período 1980/90, o Governo Federal, foi responsável por 77% do Gasto Público em Saúde (GPS). Nos anos de 1994, 1995 e 1996, essa participação foi de apenas 60,7%, 63,8% e 53,7%, respectivamente. Nos anos de 1998 e 1999, o gasto do Ministério da Saúde? registrou queda. O gasto per capita que, em 1995 foi de R\$ 117,00, em 1999, foi de R\$ 111,00, registrando, portanto, queda de 1,3%. E o de 1998 foi ainda menor: R\$ 107,00.

Em nosso país, especificamente, essa conjuntura vem possibilitando uma mercadorização crescente do setor saúde, sobretudo com relação aos níveis de maior complexidade do sistema. Conforme discutido anteriormente, cabe destacar o crescimento avassalador do que tem sido denominado de Subsistema de Assistência Médica Suplementar que, segundo dados da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abrange), é responsável pela cobertura de cerca de 27% da população brasileira, configurando-se em um sistema paralelo ao SUS (MARQUES & MENDES, 2000). Este setor teria crescido proporcionalmente ao desestímulo do setor público, em função da retração dos recursos destinados à descentralização para os estados e municípios (GERSHMAN, 2000).

Por paradoxal que possa parecer, a

(...) perda da participação relativa nas internações hospitalares e no atendimento ambulatorial por parte do MS, informa que os (...) recursos federais destinados para o custeio da Assistência Hospitalar e Ambulatorial passaram (...), a ser transferidos a Estados e Municípios de forma regular e automática. (MARQUES & MENDES, 2000, p.120-121)

Na verdade, os pagamentos do MS com esse tipo de atenção aumentaram 22% entre 1997 e 1999. No entanto, percebe-se uma clara priorização das internações hospitalares que ficaram com 44% a mais de recursos, em detrimento do atendimento ambulatorial, com apenas 3% a mais. Observa-se, também, uma priorização de recursos para a atenção básica e para a atenção de alta complexidade em detrimento da média complexidade (MARQUES & MENDES, 2000).

Verificamos, no presente, uma profunda crise nas unidades hospitalares que, em geral, se encontram em avançado estágio de deterioração. São de diversas ordens os problemas encontrados, tais como: insuficiência de recursos humanos e materiais, inadequação e degradação das instalações físicas, a falta de equipamentos e tecnologias necessárias a uma atenção de maior complexidade. Como resultado, encontramos a geração de uma demanda reprimida, atendimento de má qualidade e de baixa resolutividade associados a longas filas de espera para quem depende desses serviços. Assim, uma grande parte dos cidadãos, principalmente os mais carentes de assistência, deparam-se com muitos obstáculos para conseguir ter acesso ao atendimento médico-hospitalar de qualidade.

Em direção semelhante, a rede básica de saúde, na maioria das vezes, tem respondido de maneira pouco satisfatória às demandas e necessidades da população. Via de regra, restringe-se ao nível de atenção do sistema que desenvolve ações para grupos com baixa vocalização, valendo-se de tecnologias simplificadas e pouco resolutivas, gerando baixo impacto nas condições de saúde da população. Segundo Costa e Maeda (2001, p. 17):

Tal situação é agravada pela qualidade dos serviços prestados e pode ser atribuída à insuficiência qualitativa e quantitativa de trabalhadores em saúde em relação à demanda e contexto sanitário, às condições de trabalho e especialmente à forma de organização e produção dos serviços de saúde, ou seja, ao modelo assistencial.

Dessa forma, a garantia do acesso universal, com efetividade e resolutividade permanecem, ainda, como um grande desafio a ser enfrentado na luta pela implementação efetiva do SUS (CARVALHO & SANTOS, 2002). Assim, a agenda que se impõe na saúde perpassa a criação de redes de ações e serviços de saúde, municipais, regionais, estaduais, que se configurem como um sistema nacional descentralizado e sob o comando único em cada esfera de governo.

Esse desafio vem requerendo, cada vez mais, uma transformação nas relações entre as esferas de formulação e gestão do SUS – Ministério da Saúde (MS), Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS). Da mesma forma, é fundamental o envolvimento de suas instâncias políticas de participação e controle social – como os conselhos de Saúde, outros setores governamentais e não governamentais –, a fim de reunir esforços para a realização de iniciativas que busquem melhorar a qualidade da atenção prestada à população.

Assim, buscamos discutir dois pilares que consideramos determinantes na consolidação do sistema de saúde brasileiro – a gestão e a integralidade como eixo orientador das novas práticas.

Uma Breve Reflexão Acerca de Alguns dos “Sentidos da Integralidade”

De acordo com CF de 1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Antes da institucionalização do SUS, o acesso aos serviços e ações de saúde só estava garantido aos contribuintes do sistema previdenciário. Assim, a CF assegura legalmente a atenção à saúde como direito de cidadania a todo o povo brasileiro.

Em consonância com o princípio da universalidade do acesso, o texto constitucional indica a organização do SUS, segundo as seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade” (BRASIL, 1988, art.198).

A integralidade – termo que, de acordo com Mattos (2001), tem sido usado de forma corrente como referência à diretriz da atenção integral – deve ter

sua leitura combinada com o princípio da igualdade da assistência (BRASIL, 1988, art. 198 inciso IV). Em contraposição ao antigo sistema de saúde, o qual continha a dicotomia entre ações e serviços preventivos de cunho coletivo a serem realizados pelo MS e as ações e serviços assistenciais de cunho individual, a serem implementados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) mediante o Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (Inamps), o SUS combinaria de forma harmônica e igualitária a cobertura desses serviços à totalidade da população, na direção da superação de tal dicotomia.

Do ponto de vista jurídico-institucional, a integralidade é definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade do sistema. No entanto, de acordo com Carvalho e Santos (2002), uma grande parte dos cidadãos, principalmente os mais carentes de assistência, se depara com muitos obstáculos para conseguir acesso ao atendimento médico-hospitalar.

Segundo Mendes, a aplicação do princípio da integralidade

implica em reconhecer a unicidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde/doença conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema de saúde e suas inter-relações com os ambientes natural e social (MENDES, 1994, p.149).

Para tanto, “a integralidade exige, exatamente, uma intervenção integradora, no seu âmbito tecnológico sobre os indivíduos, famílias, ambientes coletivos, grupos sociais e o meio ambiente” (MENDES, 1994, p.150).

Essas dimensões da macropolítica de saúde deverão estar correspondidas por uma abordagem das práticas sanitárias que se traduza em duas dimensões, quais sejam:

numa integração, definida por um problema a enfrentar através de um conjunto de operações articuladas pela prática da vigilância em saúde; (...) numa integração dentro de cada unidade de saúde, entre as práticas sanitárias de atenção à demanda e da vigilância em saúde (MENDES, 1994, p.150).

Outrossim, no sentido da superação das desigualdades que se referem a diferentes padrões de saúde dos diferentes grupos populacionais e ao acesso desigual desses diferentes segmentos da população às ações e serviços de prevenção e cura de doenças, o sistema de saúde deve ser, também, orientado pelo princípio da equidade.

A equidade é entendida como a superação das desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas. (...) Subjacente a este conceito está o entendimento que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas 'naturalmente', mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade (MALTA, 2001, p.135-136).

Universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde constituem, pois, a finalidade ético-política do sistema de saúde expressa em contribuição para a melhoria das condições de saúde e vida da população brasileira (SILVA, 2003; SILVA et al, 2003). (grifos nossos)

Com efeito, Cecílio (2001, p.113) vê esses três princípios formando "um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo", capaz de expressar com todo vigor a luta por cidadania, justiça e democracia, consubstanciada no ideário da Reforma Sanitária brasileira. O autor propõe uma "visão ampliada da idéia de integralidade" (CECÍLIO, 2003, p.113), que seria capaz de incorporar as propostas de integralidade (no seu entendimento corrente), equidade e universalidade constituindo-se, portanto, na "essência mesma da política pública de saúde" (CAMARGO Jr., 2001, p.11).

Parte-se da premissa de que não existe a possibilidade de construção da integralidade e equidade – os verdadeiros objetivos da política de saúde e que vão além do consumo de determinadas tecnologias e serviços – sem a garantia do acesso universal a todos os níveis de atenção. Essa perspectiva implica o reconhecimento da ação recíproca existente entre a macro e a micropolítica de saúde, remetendo que a busca pela integralidade e equidade deve ser orientada por meio de uma abordagem totalizante ao conter, em seu escopo, um repensar acerca "da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde" (CECÍLIO, 2001, p.113). Para esta reflexão sobre integralidade e equidade, o autor toma como 'analizador' as necessidades de saúde.

Segundo Stotz (1991), as necessidades de saúde se situam no nível das necessidades sociais mais gerais, pois, ainda que sejam determinadas social e historicamente, só poderão ser apreendidas em sua dimensão individual. Expressa-se, dessa forma, uma relação entre o individual e o coletivo, pois as necessidades de saúde espelham as mediações fundamentais da prática social (NUNES,1989; STOTZ, 1991).

Tais mediações dizem respeito, por um lado, a um certo compartilhar dessas necessidades entre o sujeito individual e o grupo ao qual está dialeticamente referido (família, igreja, sindicato, organizações comunitárias, dentre outros), por outro, às mediações entre sujeitos coletivos e critérios de legitimação do poder político estatal. Nesse caso, a referência se daria

em relação a um conjunto de necessidades consideradas como socialmente legítimas, implicando a sua atenção por parte do Estado (NUNES,1989; STOTZ, 1991).

Tomando como referência o caminho percorrido por Stotz (1991), Cecílio (2001, p.114-115) propõe “uma taxonomia das necessidades de saúde organizada em quatro grandes conjuntos”.

O primeiro conjunto

diz respeito a se ter ‘boas condições de vida’ (...) que poderiam ser entendidas tanto no sentido mais funcionalista, que enfatiza os fatores do ‘ambiente’, ‘externos’, que determinam o processo saúde-doença (...), como nas formulações de autores de extração marxista (...), que enfatizam os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres na sociedade capitalista como as explicações mais importantes para adoecer e morrer.

O segundo conjunto “fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de prolongar a vida (...)”. O terceiro conjunto “diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional (...) significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades”.

O quarto e último conjunto

diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida (...) informação e educação são em saúde apenas parte do processo (...) implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida (...) incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível.

De acordo com o autor, a “escuta” dessas necessidades tem o potencial de ampliar a capacidade e as possibilidades de intervenção por parte dos trabalhadores de saúde em relação aos problemas daqueles que procuram os serviços de saúde.

Entretanto, como a integralidade em seu sentido ampliado se constitui em “objetivo de rede” (CECÍLIO, 2001, p.113), sua concretização depende de uma articulação entre a micro e a macropolítica e, não apenas do “espaço singular” (CECÍLIO, 2001, p.117) dos serviços para ser alcançada, e sim de uma articulação entre serviços e ações setoriais e intersetoriais. Isto porque, “dependendo do momento que vive o usuário, a tecnologia de saúde que necessita pode estar em uma unidade básica de saúde ou em algum serviço produtor de procedimentos mais sofisticados” (CECÍLIO, 2001, p.117), ou

até mesmo poderá depender de uma cooperação com outros setores da política governamental.

Assim, o acesso da população a todos os níveis de complexidade seria a condição e o ponto de partida para a construção do princípio da integralidade no SUS. Ao mesmo tempo que o acesso *per se* não garante a integralidade, na medida em que, conforme já discutido, esse princípio depende de outros fatores para sua materialização. Dentre esses, a criação de vínculos entre usuários e equipes, melhoria das condições de vida da população e a construção da autonomia do usuário na luta pela satisfação de suas necessidades e atendimento de suas demandas em saúde.

Partindo dessa discussão, a integralidade, entendida como um processo de construção social, configura-se como um dispositivo com potência para a estruturação de novas práticas de saúde, inclusive as práticas de gestão, em diferentes esferas de gestão e níveis de complexidade da atenção à saúde.

Gestão: algumas questões a dizer sobre ela

A partir das considerações anteriores, voltamo-nos para uma perspectiva que sinaliza a gestão como parte indissociável das práticas cujo eixo orientador é a integralidade. O processo de trabalho em saúde está contido em uma interface que envolve a técnica, mas também as nuances políticas do cotidiano do cuidado.

Dessa forma, a gestão precisa ser encarada em sua dimensão da macro e da micropolítica. No que diz respeito à primeira, podemos considerar, por exemplo, as questões ligadas aos investimentos e às prioridades da política de saúde. A vontade política é um pressuposto determinante na construção das estratégias, visto que a compreensão ampliada das necessidades de saúde implica em volume maior de recursos a serem aplicados. Da mesma forma, a legitimação da participação da população em espaços deliberativos, apesar de contemplado na legislação específica, apenas se efetiva quando há reais canais de diálogo entre os usuários e o poder público. O que encontramos em muitos locais é uma 'cena' onde estão reunidos os diversos atores cuja participação para a maioria é figurativa e o poder de decisão se restringe aos níveis superiores do Executivo. Importantes exemplos de boas práticas de gestão podem ser encontrados nos processos de orçamentos participativos, mas para tal é indispensável o compromisso do gestor público.

Na micropolítica, as práticas de gestão estão permeadas pelo próprio processo de cuidado. A organização das unidades facilitando o acesso, o trabalho em equipe de forma a constituir um trabalho vivo em ato⁶ ao mesmo tempo em que incorporando novas tecnologias adequadas às necessidades da população em dado território são exemplos do cotidiano. A conformação de equipes nas quais a resolução do sofrimento seja o orientador das

intervenções é também um desafio da gestão cujo olhar permite ser afetado pela intersubjetividade (vínculo, acolhimento, linhas de cuidado etc.) e não cristalizado pelos fluxos e dados planejados *a priori*.

Não estamos, deste modo, subestimando a importância do planejamento em saúde, da epidemiologia ou dos processos de monitoramento e avaliação. Estamos sinalizando que estes são insuficientes para abarcar toda a complexidade do cuidado que precisa ser singularizado. Assim, uma gestão impermeável a digressões resultantes da imprevisibilidade das situações de vida e adoecimento, em última instância, está circunscrita ao cumprimento burocrático de diretrizes programáticas verticalizadas.

Na gestão orientada para a integralidade, os atores envolvidos no processo de cuidado devem possuir um protagonismo, em que os saberes envolvidos são ferramentas inerentes às pactuações das estratégias adotadas, seja dentro do consultório ou nas ações desenvolvidas na comunidade. Deste modo, é a partir da incorporação dos múltiplos olhares, das demandas e necessidades construídas em um compartilhamento dialógico que se organiza uma gestão integral. De acordo com Merhy (2003), a organização da atenção se expressa pela pactuação entre profissionais/prestadores de serviços, usuários e governo. Este autor apud Lima; Martins e Silva (2006, p.109) define a gestão como: “um processo político de produzir contratualidades entre os diferentes atores sociais com vistas à organização das ações de saúde em função do interesse dos usuários”.

Não podemos pensar em formas operativas desta gestão compartilhada, que co-responsabilize os atores envolvidos sem considerarmos que existe uma nova ordem advinda da globalização, em que os espaços e o tempo sofreram mudanças radicais, bem como a forma de organização da sociedade, como discutido na primeira parte deste artigo. As indicações levantadas em nossa discussão nos trazem no bojo as perguntas: Quais as ferramentas que possibilitam operar a superação da lógica neoliberal de prestação de serviços de saúde, voltando a gestão para uma ótica da integralidade? Que espaços nos permitem agregar agentes mobilizados e comprometidos com o ‘outro’? Seria possível *resignificar* os valores impostos a partir da trajetória de construção de um sistema de saúde?

Deixamos estas questões para o debate, optando por referir uma assertiva de Arouca (2008, p. 8) em uma palestra proferida em 1986 na Nicarágua: “la Salud es un campo privilegiado para la formación de una nueva conciencia, permitiendo experiencias colectivas de solución de problemas.”

⁶O trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente. O seu objeto não é plenamente estruturado, e suas tecnologias de ação configuram-se em ato, operando como tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativa na escolha do modo de fazer essa produção (MERHY, 2002).

⁷KINOSHITA (1996) destaca como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio o valor previamente atribuído para cada indivíduo no campo social. Assim, a capacidade de estabelecer trocas no universo social estaria referida a este valor pressuposto, definido como poder contratual.

As Redes Sociais como Estratégia para Construção da Integralidade do Cuidado

As redes sociais se caracterizam por serem redes de relações que abrangem dimensões micro e macrosociais. Deste modo, podemos defini-las como espaço de trocas de bens materiais e simbólicos de solidariedade, de apoio. Estas são responsáveis pela construção de ‘modos de andar a vida’ com diferentes potenciais de intervenção transformadora. Concretizam-se em vários espaços da vida, estabelecendo valores e relações, a ‘vizinhança’, o ‘lugar’. Assim, mediando a construção das identidades culturais, de pertencimento em uma complexidade que segue do individual à sociedade como um todo. São relações horizontais que atravessam de forma igualitária seus componentes. No campo da saúde, a relação das redes sociais com os determinantes sociais da saúde (DSS) tem sido largamente objeto de estudo. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), a comissão dos DSS da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, instalada em 2006, apontam para as redes sociais como fator a ser considerado tanto como parte das relações complexas da produção de agravos (como fator de influência positiva/reduzidor) quanto no que diz respeito às políticas de intervenção para transformação mediante o controle social.

As políticas de saúde implementadas no âmbito do SUS têm como desafio a consolidação de práticas que contemplem a potência das redes sociais. Estas desempenham um papel na redução das vulnerabilidades por meio das redes de apoio, afeto e suporte material ao mesmo tempo que possibilitam ações de caráter mobilizador de grupos específicos que buscam melhora de sua qualidade de vida e saúde nos dispositivos de participação popular (como exemplo, citamos o movimento dos portadores de doenças renais crônicas, GLSBT, DST/Aids, movimento da luta antimanicomial, entre outros). Ou seja, caráter representativo que legitima a ‘tradução’ das demandas e necessidades de uma dada população.

Martins (2008) elabora uma classificação que permite um diálogo direto com a saúde. Segundo este autor, as redes poderiam ser divididas em socio-humanas, socio-comunitárias e sociotécnicas. As primeiras referindo-se às redes de apoio social, de ajuda mútua de caráter individual, as sociocomunitárias se conformam em instrumento de endereçamento de ações coletivas diante do poder governamental. O campo sociotécnico aponta para as instituições e os saberes onde está em jogo as responsabilidades com intervenções de saúde e a abertura para estratégias de controle social. Utilizamos a definição de redes sociais elaborada por Martins (2008, p.124): “entendimento das redes (sociais) como sistema de trocas formados por fluxos incessantes de dons, de bens materiais e simbólicos que organizam os sistemas sociais e as próprias individualidades”. O autor enumera formas sociais que estão ligadas às circulações de bens materiais e simbólicos na

construção da vida social, a saber: “a) os lugares das pessoas;b) os valores que regem as trocas;c) os tipos de acordos e pactos; d) os mediadores/colaboradores”. (MARTINS, 2008, p.124).

Logo, a valorização das redes sociais adquire importância fundamental no planejamento e gestão dos serviços de saúde e sua inclusão na construção do sistema está permeada pelas noções de intersectorialidade, interdisciplinaridade e participação popular, ao mesmo tempo que pelo conceito de solidariedade. As redes configuram-se em um dispositivo de mobilização ao mesmo tempo que podemos identificá-la como *locus* de produção de inter-subjetividades. Apontamos assim, para sua potência na construção de estratégias que permitam a superação de uma lógica neoliberal. Tomando-se por base as trocas estabelecidas, as redes possibilitam um lugar de convívio, de consolidação de laços duradouros e identitários. Seu caráter instituinte de valores solidários e de mediação das demandas do coletivo permeia nossa sinalização das redes como dispositivo ímpar na construção das práticas integrais no SUS.

Alguns Pontos para Concluir

Atualmente, a integralidade parece constituir uma das principais divergências entre a política brasileira e as formulações das agências internacionais, como é o caso do Banco Mundial. Esta situação explicita-se no fato de haver uma concordância com diversas outras diretrizes por nós defendidas, dentre estas a descentralização político-administrativa e o controle social, mas permanecendo a integralidade como um ponto sem consenso. Este fato já seria suficiente para justificar a relevância de uma reflexão mais aprofundada acerca das noções e conceitos orientadores das práticas de gestão e de cuidado no modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS.

Portanto, a luta pela transformação qualitativa da política de saúde com vistas à construção de um sistema de saúde com acesso universal, equidade e qualidade nas ações e serviços “assume no presente, contornos de resistência à guinada conservadora com relação às políticas públicas na última década” (CAMARGO Jr, 2001, p.11).

Em contrapartida, para Camargo Jr. (2001, p.11-12), baseando-se nas proposições de Cecílio (2001), afirma que “o modo concreto de articular ações dizendo-as integrais no cuidado define o patamar ético e de programação e avaliação da qualidade da assistência, dimensões situadas no núcleo duro do planejamento e gestão em saúde”. Para tanto, a (re)organização do sistema em uma perspectiva de “rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção as representações e necessidades individuais são muito importantes ao invés de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada, tal qual uma pirâmide” (CECÍLIO, 2001, p.118), seja

mais adequada para o alcance de uma atenção mais humanizada e qualificada e, portanto, das finalidades anteriormente propostas.

A contextualização do SUS brasileiro no âmbito das transformações ocorridas em nível mundial se faz mister para a compreensão de seus avanços e impasses. Entendemos o contexto como uma ferramenta para articulação dos sentidos da integralidade (MATTOS, 2001) com práticas que reflitam sua complexidade. Desta forma, optamos em nos deter nas práticas de gestão e nas redes sociais por defendê-las como dimensões determinantes na operacionalização cotidiana do cuidado em saúde.

Entretanto, é preciso afirmar que não há 'receitas de bolo' nesta discussão, visto que a padronização do que necessariamente se volta ao singular – que só é possível no coletivo – será sempre reducionista. O desafio da trajetória do SUS pauta-se na delicadeza do tear de redes diversificadas, pois diversos são os sujeitos e suas relações no território. A caixa de ferramentas que pretendemos ajudar a montar com este artigo é dinâmica e construída a várias mãos.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. Salud em lãs sociedades em transición. *Revista Cubana de Salud Pública* (online), vol. 34, n. 1, La Habana. Jan-març. 2008. Disponível em: <www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=so864-3466200800018&ing=en&nrm=iso> Acesso em: 15/08/2009.

BONFIM, R. L. D. *Programação e financiamento: parâmetros para uma universalização ou para racionamento? O caso da média complexidade*. Dissertação (Mestrado em Saúde

Coletiva) 2002. Instituto de Medicina Social, Uerj, Rio de Janeiro.

BRASIL, *Constituição Brasileira* Brasília, DF: Imprensa Oficial, 1988.

BUSS, P. M & PELLEGRINI F. A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, vol.17, n.1, p. 77-93, Rio de Janeiro: Uerj/IMS, 2007.

CAMARGO, K. Jr. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de

Janeiro: IMS -Uerj, Abrasco, 2001, apresentação.

CARVALHO, G. I. & SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº8080/90 e nº 8142/90)*. 3 ed. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2002.

CAMPOS, A. A. M.; AVILA, J. P. C.; SILVA JR, D. S. Avaliação de agências reguladoras: uma agenda de desafios para a sociedade brasileira. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, vol.34, n. 5, p. 29-46, set/out. 2000.

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. (Orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS-Uerj/Abrasco, 2001.

COHN, A. Questionando o consenso sanitário. *Série Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 6, n. 2 p. 300-302. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

COSTA, W. G. A.; MAEDA, S. T. Repensando a Rede Básica e o Distrito Sanitário. *Saúde em Debate*, São Paulo, vol. 25, n. 57, p. 15-29, 2001.

FERLA, A. A. et al. Financiamento e regionalização da saúde: a experiência gaúcha. *Série Divulgação em Saúde para o Debate*. n. 24. Rio de Janeiro: Cebes, 2001.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc-OMS/Uerj-Abrasco, 2006.

FRIEDMAN, L. C. *Vertigens Pós-Modernas: configurações institucionais contemporâneas*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

GERSHMAN, S. A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990. *Revista de Administração Pública*. nº34, p. 147-170, 2000.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

LEVCOVITZ, E. et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Série Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 6, n. 2, p. 269-291. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

LIMA, J. C.; MARTINS, W. J.; SILVA, J. P. V. Gestão de sistemas regionais de saúde: da normatização à pactuação democrática. *Saúde em Debate*, vol.30, n.72, p. 101-119, Rio de Janeiro, jan/abr. 2006.

MALTA, D. C. *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento*

na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), DMPS/FCM/Unicamp, Campinas, 2001.

MARQUES, R. M. & MENDES, A. O financiamento da Saúde no Brasil. In: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE (Orgs.). *Caderno da XI Conferência Nacional de Saúde*, Brasília-DF, 2000.

MARTINS, P. H. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas na saúde. In: PINHEIRO, R. & Mattos, R. A. *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc - IMS - Uerj/Abrasco, 2008.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-Uerj/Abrasco, 2001.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*, Tomo I Salvador: Editora Casa da Qualidade, 2001a.

_____. *Os grandes dilemas do SUS*, Tomo II. Salvador: Editora Casa da Qualidade, 2001b.

MENDES, E. V. et al. Distritos Sanitários: conceitos-chaves. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das*

práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios do SUS: apostar em novos modelos de atenção. In: MERHY, E. E. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

NUNES, E. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos. *Lua Nova- Revista de Cultura e Política*, n. 17, p. 67-91, 1989.

OLIVEIRA, Jr, M. Critérios para repasse dos recursos federais/Papel redistributivo do Governo Federal (MS) e Estadual no financiamento da Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). *Caderno da XI Conferência Nacional de Saúde*, p. 139-155, Brasília-DF, 2000.

SILVA, J. P. V. *Gestão compartilhada e a construção da integralidade da atenção: experiência da 4ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), 2003. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Uerj, 140 f.

SILVA, J. V. et al. *Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados*

e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. *Saúde em Debate*, vol. 27, n. 65, p. 234-242, 2003.

STOTZ, E. N. *Necessidades de Saúde: mediações de um conceito* (contribuição das Ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). Tese (Doutorado em Saúde Pública)

- Escola Nacional de Saúde Pública, Ensp/Fiocruz, 1991 Rio de Janeiro, 501 f.

_____, E. N. Pobreza e capitalismo. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.; ALGEBAILLE, E. B. (Orgs.). *Para compreender a pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Contraponto, Ensp, 2005.

REDES INTEGRAIS E TERRITÓRIO: É NECESSÁRIO UM ELEMENTO ORGANIZADOR DA ATENÇÃO À SAÚDE?

*Maria Luiza Silva Cunha
Marina Ferreira de Noronha*

Introdução

Os sistemas de serviços de saúde incluem-se no processo de produção da saúde. Este expressa a forma com que uma dada sociedade se organiza política, econômica, religiosa e culturalmente e dos meios que dispõe para a sua realização.

Ao longo da História instituíram-se sistemas de serviços de saúde em vários países segundo modelos distintos. Cumpre destacar como significativos pela marcada influência que obtiveram e que se estende até os nossos dias o modelo conceitual surgido em 1910 com base no *Relatório Flexner*, que parte da separação entre o individual e o coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo, constituindo-se como base da medicina científica (PAIM & ALMEIDA, 2000), bem como o modelo conceitual, originário do Relatório Dawson, elaborado em 1920, que propôs a integração dos serviços preventivos e terapêuticos, segundo a lógica de sistemas regionalizados voltados a uma determinada população (MENDES, 2002).

Tais sistemas organizaram-se a partir do papel estatal assumido, podendo o mesmo estar mais voltado para uma política liberal, baseada na economia de mercado, ou à política de garantia dos direitos sociais, como Estado de Bem-Estar.

No Brasil, a política setorial apresentou diferentes expressões históricas, tendo como pano de fundo a dimensão do país, a diversidade regional e dos grupos populacionais, o processo político, segundo um modelo de desenvolvimento que, ao longo do tempo, tem acentuado as desigualdades sociais. Nesse aspecto,

o território nacional caracteriza-se, então, por uma fragmentação de diversidades, que são a expressão de recursos naturais e culturais particulares, mas também do acesso diferenciado aos produtos do desenvolvimento e investimentos sociais: o espaço desigual integrado. (SABROZA et al, 1992, p. 91)

A ação do Estado, ao organizar institucionalmente o setor saúde por meio do Sistema Nacional de Saúde (SNS), criado em 1975 através da Lei

nº 6.229, em muitos sentidos reproduziu tais condições de desigualdade dos diferentes grupos sociais. Esta traduzida como desigualdade no acesso aos serviços, na participação social, no exercício da cidadania. Esse sistema se caracterizou pela fragmentação entre as ações atribuídas ao Ministério da Saúde (promoção e execução de ações e medidas de interesse coletivo) e às ações atribuídas ao Ministério da Previdência e Assistência Social (atuação voltada principalmente para o atendimento médico assistencial individualizado). Tal arranjo institucional fragmentado teve consequências nos espaços de atenção, estes estruturados de forma dicotomizada. Ao passo que as ações assistenciais se davam nos hospitais, tomados como centro da política, da produção de conhecimentos e formação de recursos humanos e alvo de maciços investimentos financeiros, as ações de saúde pública ocorriam a partir dos postos e centros de saúde, onde se desenvolviam ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e ações preventivas como imunização e alguns programas verticais do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, o sistema de saúde brasileiro configurou-se como palco de disputa entre modelos assistenciais diversos. A crítica a uma estrutura centralizada e federalizada em todos os aspectos – seja do ponto de vista do planejamento, da gestão, do controle e da avaliação, na qual as práticas, as instituições e a organização dos serviços eram fortemente dicotomizadas, perpetuadas por meio do SNS – esteve na base das propostas encaminhadas na década de 1980 pelo movimento de Reforma Sanitária, incorporadas posteriormente na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). No bojo das propostas transformadoras, o tema da unificação institucional dos serviços de saúde visava à superação da dicotomia entre saúde pública e atenção médica curativa e a justaposição, competição, repetição e ineficácia do sistema de saúde (LUZ, 1991).

As mudanças pretendidas na transformação do sistema de saúde a partir do SUS correspondem a uma concepção ampliada de saúde, entendida como direito de cidadania e como responsabilidade estatal. Neste sentido, não se reduzem a um novo arranjo organizacional, mas envolvem mudanças de ordem política, ideológica e técnica. Para o alcance de tal transformação, foram previstos pela Constituição Federal e, posteriormente, pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade e os princípios organizacionais de participação comunitária, resolubilidade dos serviços em todos os níveis de assistência, organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos, descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na municipalização, prevenindo ainda a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, entre outros. Esses princípios, entretanto, tiveram avanços diferenciados, condicionados a fatores econômicos, culturais, políticos, educacionais, que concorrem no processo de implementação do SUS.

A descentralização para os municípios pode ser considerada um dos princípios que alcançaram avanços no sentido do desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, seja do ponto de vista do financiamento, da descentralização do poder, da constituição de novos atores, seja da ideia de universalidade e da articulação da questão da saúde ao cotidiano de vida de uma sociedade.

Buscou-se, assim, por meio da descentralização para os municípios, uma maior proximidade com as condições de saúde de grupos sociais particulares integrados em seus ambientes, onde “poder-se-ia estabelecer a possibilidade da ação coletiva mais eficaz, por exigir uma menor acumulação de organização e poder” (SABROZA, LEAL & BUSS, 1992, p.94).

A partir da década de 1990, no contexto do SUS, uma série de regulamentações editadas posteriormente às Leis nº 8.080 e nº 8.142, voltaram-se à operacionalização do sistema na direção da descentralização para o âmbito dos municípios. Apesar da normatização produzida ao longo da década, a constituição de redes de serviços apresentou características singulares, considerando a diversidade da realidade encontrada nas diferentes cidades do país.

Nesse sentido, a busca de organização dos sistemas de saúde nos 5.562 municípios encontrou diferentes formas de expressão. Em muitos municípios de pequeno porte e distantes dos centros urbanos que adotaram a estratégia ministerial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), apesar das conquistas nas ações de prevenção à saúde e avanços na atenção básica, não se conseguiu garantir a continuidade das ações ao manter esse nível de atenção desarticulado das demais estruturas assistenciais. Dessa forma, a expansão de municípios cobertos a partir da estratégia de Saúde da Família em nível nacional, mesmo tendo produzido uma tendência de aumento de cobertura para populações mais carentes e desprovidas de assistência de serviços de saúde, pelo “fato desses sistemas locais serem menos aquinhoados em termos de capacidade instalada pode significar a focalização de atividades específicas para populações pobres e perpetuação do estrangulamento do acesso dessas populações aos níveis secundário e terciário da atenção” (MASCARENHAS & ALMEIDA, 2002, p. 94).

A partir dos anos 2000, novos desenhos de redes foram organizados tomando a regionalização da saúde como eixo prioritário. Destacam-se nessa perspectiva as Normas Operacionais Básicas de 2001 e de 2002 e o Pacto pela Saúde, de 2006.

Nesse cenário, a superação da fragmentação e da falta de coordenação nos sistemas de saúde constitui-se como desafio a ser enfrentado pelo SUS. As estratégias e mecanismos voltados à descentralização têm-se aproximado em diferentes graus de um modelo de saúde voltado à integralidade, e a organização de sistemas com redes organizadas segundo diferentes densidades tecnológicas e acessadas conforme as necessidades de saúde da

população – que se baseiem nos conhecimentos de planejamento, de epidemiologia e das ciências sociais – tem sido um desafio no cenário da descentralização da saúde.

No sentido de produzir atenção à saúde com universalidade do acesso, equidade e integralidade, através de sistemas integrados de serviços de saúde, diferentes estratégias foram formuladas em diferentes contextos.

Um dos municípios que buscaram enfrentar esse desafio a partir da organização de um sistema de saúde que apresenta antecedentes históricos relacionados ao planejamento e gestão da atenção com base no território foi o município de Niterói/RJ. O mesmo prevê redes regionalizadas, considerando as cinco Regiões de Planejamento existentes (Norte, Praias da Baía, Pendotiba, Leste e Oceânica). Em cada região de saúde, existem Unidades Básicas de Saúde (UBS), Módulos do Programa Médico de Família (PMFN) e Policlínicas Comunitárias (PC), às quais possuem forte vinculação à população através da definição de área de abrangência nas UBS e PC e adscrição de clientela no PMFN. Nos últimos anos, algumas PC, uma em cada região, estão se estruturando segundo um perfil de maior complexidade, sendo denominadas Policlínicas Regionais. As Policlínicas de Especialidades realizam atendimento especializado como referência para as regionais de saúde. Essas unidades policlínicas situam-se entre os Serviços de atenção de média complexidade, segundo a classificação utilizada pelo Ministério da Saúde.

Os serviços de atenção de alta complexidade referem-se aos hospitais. O acesso aos diferentes níveis de atenção é viabilizado por meio de mecanismo de referência e contrarreferência, através de centrais de regulação e internação.

Na política de saúde deste município, encontra-se presente a ideia de um 'elemento ordenador da rede de serviços de assistência à saúde', previsto como papel das PC, segundo formulação em Seminário de Planejamento ocorrido em 1999, que contou com ampla participação gerencial e de profissionais de saúde, sendo incorporado ao Plano Diretor de Saúde de 2001-2004 da Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMNS), a qual utilizamos como objeto de investigação no presente artigo.

O enfrentamento do desafio de proporcionar à população respostas adequadas às necessidades sociais de saúde levou ao questionamento sobre os aspectos relacionados à organização dos serviços e processos de trabalho, gerando o interesse pela discussão do significado, da importância e da necessidade de um elemento ordenador da rede no território, papel projetado para as PC como estruturas descentralizadas de articulação, organização e coordenação regional da atenção à saúde no município de Niterói.

Concebidas como unidades de referência regional, tendo como característica a responsabilidade sanitária pela atenção básica a uma população de seu entorno, a oferta especializada de serviços – segundo referência das unidades básicas e módulos do Programa Médico de Família vinculados, de educação permanente, de vigilância em saúde e ações de planeamen-

to e gestão regional –, essas unidades de saúde apresentam um potencial integrador ao nível de sistema e das ações de saúde. É nesse sentido que acreditamos ser de relevância sua análise, já que são estruturas que partem do contexto de vida e de práticas sociais de um determinado território onde se inserem, para a formulação de ações envolvendo diferentes atores, e que também possibilitam a integração dos diferentes níveis de atenção e setores envolvidos.

Dessa forma, ao partirmos de uma experiência prática de instituição das PC, buscamos discutir não só a proposta prevista no projeto de saúde de Niterói, nosso contexto de análise, mas problematizar a partir da ideia de um elemento ordenador de rede no território, sua expressão e interesse no âmbito do planejamento e gestão da atenção integral à saúde.

O objetivo geral se referiu à análise, tendo em vista a visão dos gestores, do significado e necessidade de um elemento ordenador da rede de atenção à saúde para o planejamento e gestão de ações integrais de saúde com base no território.

Nesse sentido, buscamos contribuir com elementos de reflexão, com base na análise de uma experiência concreta, considerando a busca de aproximação do referencial teórico utilizado com a prática de organização da atenção integral à saúde.

Procedimentos Metodológicos

Ao tomar como objeto de investigação a ideia de um elemento ordenador da rede no território que parte de uma realidade empírica a ser pesquisada, adotou-se como estratégia metodológica a revisão bibliográfica, de forma a explorar o referencial teórico e conceitual sobre o tema em questão. Nesse aspecto, buscou-se discutir os conceitos de integralidade, território, rede e elemento ordenador.

Em seguida, procedeu-se à pesquisa documental, buscando resgatar historicamente o processo de descentralização, a municipalização da saúde, a constituição institucional das PC e a sua trajetória na conformação do sistema. Interessou a identificação de como no discurso oficial de Niterói surge o conceito de Policlínica Comunitária como elemento ordenador da rede. Para tal, foram analisados relatórios finais das conferências municipais de Saúde, relatórios de Gestão, projetos de implantação, bem como atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Foram pesquisadas ainda dissertações e publicações referentes à descentralização e municipalização da saúde no município.

No momento posterior, foram realizadas, no segundo semestre de 2004, entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave do município de Niterói. A partir desses informantes voltados para a gestão e gerência do

sistema, buscou-se identificar os sentidos produzidos referentes à questão de um elemento ordenador da rede no território, de forma a remeter essa discussão para o planejamento e gestão em saúde no âmbito do SUS. Explorou-se este recurso não só para a obtenção de informações, mas, igualmente, na apreensão do significado da fala, ou seja, como expressão subjetiva (NETO, 1994). Tal opção metodológica representou o desafio de construção do conhecimento para além dos dados observáveis da realidade, buscando tomá-lo nos sentidos evidenciados através das práticas discursivas.

De forma a discutir a idéia contida no papel das PC de organizador da atenção à saúde, de um serviço diferenciado dos demais serviços para garantir uma assistência integral à saúde de certa população, decidiu-se pela realização do estudo de caso como instrumental metodológico. Elegeu-se uma regional de saúde do município, tendo em vista o tempo de implantação e de gerência da Policlínica, o perfil das unidades de saúde vinculadas (unidades básicas e módulos do PMF), bem como o acesso favorecido a estes atores.

De forma preliminar, foi realizada uma entrevista de pré-teste com a direção de uma Policlínica Comunitária de outra regional de saúde do município, considerando que o tempo de gerência da mesma é intermediário entre o conjunto de diretores de Policlínica. Tal entrevista partiu de um agendamento prévio e serviu de base para o ajuste do roteiro de entrevista. Posteriormente, foram entrevistados o gestor municipal, a vice-presidente de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família, a direção da Policlínica Comunitária, bem como os diretores das duas unidades básicas vinculadas, o coordenador técnico adjunto do PMF, e o coordenador de área do PMF. Considerando a realização de entrevista de pré-teste, somaram-se, no total, 8 entrevistas. Estas foram analisadas segundo o referencial teórico adotado quanto à integralidade, território, rede e elemento ordenador da rede de atenção. As entrevistas também segundo o conceito operacional de integralidade constituído de quatro dimensões, formulados por Giovanella e colaboradores (2002), cujos resultados não farão parte desta publicação.

Os resultados apresentados foram extraídos da dissertação de mestrado da primeira autora, sob a orientação da segunda autora, e apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) em 2005. Este trabalho que gerou o presente artigo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Ensp, sob o número 45/04.

A Integralidade e seus Espaços Necessários para a Efetivação do Modelo de Atenção do SUS

A expressão integralidade como vocábulo significa integrar, tornar inteiro, completar, tornar-se parte integrante. No contexto internacio-

nal, integralidade é expressa como *comprehensive care* ou *comprehensiveness* (Inglaterra) e *globalité* (França). Sua utilização no campo da saúde não é nova, estando relacionada à organização das práticas coletivas de atenção e à abordagem holística dos indivíduos, segundo as dimensões biológicas, psíquica e social (SÁ, 2003).

No Brasil, o princípio da integralidade das ações de saúde esteve na base da reformulação do sistema de saúde, buscando a superação da cisão entre ações de prevenção e de atenção médica.

A integralidade, ao ser adotada como diretriz do SUS através da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90, expressa, em suas diferentes dimensões, o componente reorientador do modelo de atenção à saúde, estando fortemente relacionado às diretrizes de universalização do acesso e equidade. Pressupõe a capacidade de:

assegurar aos indivíduos o direito à atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão do indivíduo em sua totalidade e dos indivíduos/coletividades em suas singularidades. (BRASIL, 1990)

O princípio de integralidade inclui diferentes ações. Estas se vinculam à articulação entre os níveis de atenção (promoção, prevenção e assistência), entre unidades de uma rede, entre os serviços de uma unidade e das ações em cada serviço e a oferta organizada a partir da demanda espontânea e da programação de ações para grupos prioritários (CARVALHO, 2001). Nestas dimensões, subentende-se o conceito ampliado de saúde, entendido como produto social resultante de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos, e a organização da atenção como um conjunto de ações contidas nas diferentes políticas públicas direcionadas às necessidades sociais de saúde, que se traduz no nível de qualidade de vida alcançado por uma população. Ao não ser tomada como resultado de uma intervenção especializada e isolada da saúde,

define-se, então, como campo de conhecimento que exige a interdisciplinaridade e como campo de práticas que exige a intersetorialidade. Nessa perspectiva, um sistema de atenção integral deverá ser um misto de práticas sanitárias e sociais, intervindo nos diversos estágios e nas múltiplas dimensões do processo saúde-doença, em busca de resultados capazes de satisfazer as necessidades individuais, tal como sentidas e demandadas pelas pessoas, assim como as necessidades coletivas de saúde, tal como detectadas e processadas técnica e politicamente. (GIOVANELLA et al., 2002, p. 45)

Mattos (2001), ao discutir os sentidos da integralidade, aponta que a mesma, mais do que uma diretriz constitucional do SUS, representa uma 'bandeira de luta', relacionando-se a valores associados à justiça social e expressando a busca de transformação do sistema vigente, suas instituições e práticas hegemônicas. Estabelece em sua análise três conjuntos de sentidos da integralidade:

O primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde. (MATTOS, 2001, p. 61)

Este autor aponta que a sistematização realizada não desconsidera o aspecto comum da integralidade nos três conjuntos, que passa pela recusa ao reducionismo e objetivação dos sujeitos.

A diretriz da integralidade corresponde, assim, à possibilidade de organização dos serviços, integrando as ações assistenciais às de saúde pública, ao partir das necessidades da população, apreendidas epidemiologicamente e de uma concepção horizontalizada da programação.

Campos (2003) ressalta que a atenção integral envolve uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico. A organização dos serviços na lógica da integralidade deve levar em conta as necessidades sob o ponto de vista coletivo e individual e, ao não se estruturar somente a partir da doença, não deve desconsiderá-la como necessidade, associando respostas ao que chega à unidade como demanda espontânea à demanda programada. Tal organização deve ser flexível para identificar novas necessidades em um processo dinâmico e em permanente construção, tomando-se por base o diálogo entre os diferentes sujeitos.

Ao tomar as necessidades de saúde – entendida como manifestações individuais e coletivas – como base de estruturação da atenção segundo o princípio da integralidade, torna-se fundamental a apreensão dos fluxos e processos dados no espaço de vida de uma população. Tal apreensão encontra no conceito de território uma condição privilegiada de realização.

A Vida no Território e o Território na Vida

O conceito de território aparece de forma recorrente nos trabalhos publicados sobre a reorientação do modelo de atenção à saúde. Entendido para além de uma base geográfica, o território é expressão da vida socialmente dada. Neste sentido, a saúde tomada em sua complexidade e como manifes-

tação da vida encontra no território seu espaço de realização. Nas palavras de Milton Santos (1999), o território representa:

o conjunto de sistemas naturais mais os acréscimos históricos materiais impostos pelo homem. Ele seria formado pelo conjunto indissociável do substrato físico, natural ou artificial, e mais o seu uso, ou, em outras palavras, a base técnica e mais as práticas sociais, isto é, uma combinação de técnica e de política. Os acréscimos são destinados a permitir, em cada época, uma nova modernização, que é sempre seletiva. (SANTOS, 1999)

Como processo social construído na inter-relação de diferentes atores, o território encontra-se em permanente mudança. É dinâmico, vivo. Ao mesmo tempo que a sociedade incide sobre o território, este incide sobre a sociedade (SANTOS, 2002). Neste sentido, o território não representa apenas lugares estáticos ou as divisões físico-geográficas existentes. É ator no processo de construção da vida e das suas expressões no cotidiano. Segundo Milton Santos, a geografia é formada por fixos e fluxos, onde os fixos correspondem aos diferentes objetos geográficos do território, como casas, escolas, empresas, bancos etc., e os fluxos à função dos mesmos, suas atividades e regras existentes. Os fluxos regulam o uso do lugar e dão vida aos objetos geográficos. Em cada território, pode-se identificar uma área, uma população e uma instância de poder. A população se distribui no território de forma diferente segundo processos históricos, culturais, sociais e econômicos. Este fato pode ser apreendido por meio de indicadores como densidade demográfica e tem como exemplo a distribuição rural ou urbana.

A forma como a população se localiza no território relaciona-se ao seu modo de vida e condições de saúde, sendo o conhecimento da mesma de fundamental importância no planejamento e programação da atenção à saúde.

Mendes (1996) identifica no território um dos pilares da construção da nova prática sanitária da vigilância da saúde. Segundo este autor, a concepção de território-processo transcende a sua redução a uma superfície-solo e às suas características geofísicas, para instituir-se como território de vida pulsante, de conflitos de interesses, de projetos e de sonhos. Ao tomar o território não apenas como base geográfica, mas também como território político, econômico, cultural e sanitário, em permanente mudança, aponta a necessidade de conhecimento do mesmo “para desnudar as assimetrias espaciais que correspondem às localizações diferenciadas de distintos conjuntos sociais no seu interior, com suas necessidades, demandas e representações de interesses” (MENDES, 1996, p. 249).

Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) tomam o conceito de território como base para a viabilização do planejamento da vigilância à saúde. Para esses autores, a territorialização do sistema municipal de saúde parte de um conjunto de medidas que pressupõe

o reconhecimento e o esquadramento do território do município segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isto implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos, sanitários que, posteriormente, devem ser sistematizados de modo a se construir o mapa básico e os mapas temáticos do município. (TEIXEIRA et al., 1998, p. 20)

O território pode ser desmembrado em unidades menores visando a maior operacionalidade na organização da atenção. De forma corrente, esta divisão é sistematizada em Território-Distrito, Território-Área, Território Micro-Área e Território-Moradia (MENDES, 1996).

A identificação das necessidades de saúde e a distribuição espacial dos serviços e ações de saúde, bem como dos fluxos em relação aos mesmos, a partir do território é fundamental para a organização de uma rede de atenção à saúde com vistas à integralidade.

Tecendo Redes: articulando saberes, serviços e ações no território

O conceito de rede como organização dos serviços de saúde está presente no desenho político institucional do SUS. A Constituição Federal e a Lei nº 8.080 legitimaram a ideia na qual as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Como princípio organizativo, encontra-se associado à descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

Essa concepção vincula-se à busca por maior integração, racionalidade, garantia de acesso, maior eficiência e qualidade da atenção prestada. Neste sentido, os serviços de saúde são estruturados por meio de níveis de atenção caracterizados por diferentes densidades tecnológicas. A distribuição desses serviços no espaço deve obedecer, desta forma, uma organização dos níveis primário, secundário e terciário direcionada à economia de escala e de escopo. Segundo Mendes (2001), a organização de sistemas de serviços de saúde pode configurar-se em arranjos que combinam elementos de dispersão com elementos de concentração. Para este autor,

os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam da economia de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; ao contrário, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e escopo, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso. (MENDES, 2001, p. 41-42)

Dessa forma, a organiza76o da aten76o prim6ria 6 projetada de maneira desconcentrada e descentralizada. J6 a aten76o secund6ria e terci6ria deve ser organizada de forma concentrada e centralizada, considerando os ganhos de escala e escopo, na medida em que a dist6ncia n6o constitui em impedimento ao acesso a esses dois n6veis. A conforma76o de sistemas municipais nessa l6gica, entretanto, s6 tem viabilidade naqueles munic6pios de maior porte, que disp6em de um conjunto de equipamentos de sa6de concernentes aos tr6s n6veis de aten76o, o que n6o 6 predominante no contexto nacional. Neste sentido, a regionaliza76o da sa6de prev6 atualmente redes que re6nem v6rios munic6pios em processo de coopera76o.

A aten76o prim6ria, na l6gica de um sistema hierarquizado, foi tomada como 'porta de entrada' do mesmo, considerando a proximidade dos servi76os ao local de moradia, constituindo-se no n6vel de aten76o de maior contato com a popula76o. Nessa l6gica, o sistema 6 representado pela forma de pir6mide, onde o n6vel secund6rio sobrep6e-se ao prim6rio, de maior base, e acima de todos situa-se o n6vel terci6rio, como topo da pir6mide e de menor base. Nesse desenho organizacional, o acesso aos demais n6veis d6-se atrav6s dos servi76os de aten76o b6sica, que garantem o atendimento especializado de sa6de nos demais n6veis. Por longo tempo, essa representa76o pautou o modelo assistencial proposto para a implementa76o do SUS.

Por meio dessa organiza76o, buscou-se uma racionaliza76o do atendimento, segundo um fluxo ordenado de pacientes nos n6veis do sistema, com a utiliza76o de mecanismos de refer6ncia e contrarrefer6ncia, onde as necessidades de sa6de seriam atendidas nos espa76os tecnol6gicos mais adequados (CEC6LIO, 1997).

Em per6odo mais recente, entretanto, a concretiza76o dessa concep76o vem sendo problematizada tanto no que se refere 6 ideia de uma porta de entrada 6nica no sistema quanto no que diz respeito 6 organiza76o sob a forma piramidal.

Em rela76o 6 quest6o de uma porta de entrada 6nica, Cec6lio (1997), ao discutir tal quest6o, parte da constata76o de que na pr6tica tal modelo assistencial n6o se efetivou. "A rede b6sica de servi76os de sa6de n6o tem conseguido se tornar a 'porta de entrada' mais importante para o sistema de sa6de" (CEC6LIO, 1997, p. 472). Tal fato 6 identificado pela exist6ncia de uma demanda aos n6veis de maior complexidade a partir de necessidades pass6veis de resolu76o na aten76o b6sica, onde a popula76o elege tais servi76os de maior densidade (emerg6ncias e pronto-socorro) como forma de acessar o sistema. Como consequ6ncia desse padr6o de utiliza76o dos servi76os de urg6ncia/emerg6ncia por problemas que poderiam encontrar solu76o na aten76o b6sica, destaca-se, entre outros aspectos, 'a inadequa76o do atendimento prestado', onde, apesar dos esfor76os e recursos envolvidos, tais atendimentos, por n6o serem cont6nuos, tornam-se incompletos, insuficientes e pouco resolutivos para transformar a situa76o de sa6de da popula76o.

Um fator relacionado a tal dificuldade se refere à ausência de uma orientação dos problemas de saúde para os locais mais adequados à sua solução. A perspectiva de maior articulação a partir da clareza da missão institucional dos diferentes níveis de atenção tem levado à reflexão de novas estratégias de organização dos serviços.

Um modelo assistencial tem sido pensado, adotando a forma de círculo com múltiplas possibilidades de entrada, que dizem respeito não só aos equipamentos de saúde, mas também aos equipamentos sociais. Estes se constituiriam como espaços privilegiados de acolhimento e de organização do acesso de cada pessoa ao serviço mais adequado à sua necessidade. Nessa concepção, todos os serviços são percebidos como dotados de complexidade e devem funcionar em permanente relação, onde a referência de organização do sistema, mais do que uma lógica tecno-burocrática, deve considerar as pessoas, suas necessidades, seus fluxos. Dessa forma, o sistema toma como sua a responsabilidade de garantir a integralidade do atendimento, onde este se dará segundo a tecnologia certa, no lugar certo e no momento certo (CECÍLIO, 1997).

A organização de uma rede de serviços é abordada por Mendes (2001) quando reporta à questão da fragmentação ou integração do sistema de serviços de saúde. Segundo este autor, tal questão se constitui em um dos dilemas do SUS. O mesmo caracteriza os sistemas fragmentados pela descontinuidade da atenção, onde os pontos de atenção à saúde funcionam sem integração, frequentemente sem utilização de sistema de inteligência que permita uma organicidade ao mesmo. Normalmente, nesses sistemas fragmentados não existe a identificação da população adscrita. A atenção é hegemonicamente hospitalar e existe uma forte polarização entre o hospital e o ambulatório. Em oposição, os sistemas integrados de serviços de saúde organizam-se por meio de vários pontos de atenção, que funcionam de forma integrada, permitindo a continuidade da atenção. Partem de uma população adscrita, em que a responsabilidade pela saúde é identificada ao sistema, a ser viabilizada de forma humanizada e onde a pessoa não é reduzida somente à condição de paciente, mas sim tomada como agente de sua saúde.

Nesses sistemas, a prática da vigilância à saúde enfatiza a promoção da saúde e a prevenção das doenças, superando a atenção exclusivamente curativa/reabilitadora. O modo de planejar, neste sentido, muda do método cujo foco é o atendimento das demandas das pessoas doentes para o que considera o conjunto da população adscrita, identificando, nesse processo, pessoas ou grupos em situação de risco e desenvolvendo ações para atender as diferentes necessidades individuais e coletivas.

Nos sistemas integrados de serviços de saúde, a concepção de rede adotada diferencia-se igualmente dos sistemas piramidais hierarquizados, originários da visão dawsoniana, que podem levar à identificação do hospital como espaço privilegiado de assistência e à burocratização.

No que diz respeito 6 organiza76o sob a forma piramidal, parte-se da problematiza76o do conceito de complexidade empregado na organiza76o hierarquizada, entendido como equivocado por levar a uma impress6o de que a aten76o prim6ria 6 sa6de 6 menos complexa do que a aten76o prestada nos outros n6veis, o que, por conseguinte, leva a uma desvaloriza76o da aten76o prim6ria e 6 maior valoriza76o das pr6ticas desenvolvidas nos n6veis de maior densidade tecnol6gica (MENDES, 2002).

No sentido dado por essa concep76o, a gest6o nos sistemas integrados de servi76os de sa6de 6 uma gest6o de rede, organizada de forma horizontal e integrada entre os distintos pontos de aten76o 6 sa6de, que constituem os n6s da rede, com base em uma vis6o compartilhada por sistemas decis6rios horizontais e baseados na forma76o de consensos e em um sistema de programa76o pactuada e integrada (MENDES, 2001).

Nessa l6gica, a conforma76o de uma rede prev6 a exist6ncia de coordena76o e comunica76o entre os pontos de aten76o. Nesse sentido, em uma rede,

o espa76o dos fluxos est6 constitu6do por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita intera76o de todos os elementos integrados na rede e que s6o os centros de comunica76o e por outros lugares onde se localizam fun76es estrategicamente importantes que constroem uma s6rie de atividades em torno da fun76o-chave da rede e que s6o os n6s da rede. (MENDES, 2002, p. 55).

Para Mendes (2002), o centro de comunica76o de uma rede encontra-se localizado na aten76o prim6ria 6 sa6de, onde n6o existe uma rela76o hierarquizada entre os n6s da rede, nem entre eles e o centro de comunica76o. A diferencia76o entre eles se d6 apenas "por suas fun76es de produ76o espec6ficas e por suas densidades tecnol6gicas respectivas" (MENDES, 2002, p. 56).

A compreens6o de que cada unidade, pelo seu perfil espec6fico, n6o esgota em si mesma todos os recursos necess6rios para a aten76o 6 sa6de pressup6e a exist6ncia de uma rela76o de interdepend6ncia entre os diferentes pontos de aten76o. Nesse sentido, mecanismos de coordena76o s6o propostos de forma a atingir melhores resultados na aten76o 6 sa6de, superando a l6gica dos sistemas fragmentados onde o paciente 6 deixado a decidir seu pr6prio caminho no sistema.

Junqueira (2000) analisa o conceito de rede associado ao pensamento sist6mico, em que a 6nfase se desloca das partes para o todo. Tais no76es s6o discutidas a partir de uma nova concep76o de mundo, que parte da vis6o de interdepend6ncia e dos valores de coopera76o e parceria, do pensamento intuitivo e n6o linear e onde o exerc6cio do poder deixa de ser hierarquizado para se voltar 6 influ6ncia de outros, segundo a perspectiva de rede de rela76o entre atores.

Nessa concepção, a realidade social é entendida como um conjunto de relações organizadas em redes que podem se referir tanto às pessoas quanto às organizações ligadas por objetivos comuns. Tais objetivos, ao serem

definidos coletivamente, articulam pessoas e instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas sociais. Essas redes são construídas entre seres sociais autônomos, que compartilham objetivos que orientam sua ação, respeitando a autonomia e as diferenças de cada membro. (JUNQUEIRA, 2000, p. 39).

Partindo da relação de interdependência e da necessidade de integração dos serviços e ações de saúde em rede na perspectiva da integralidade da saúde, foram encontradas na literatura diferentes estratégias. A seguir, consideramos algumas dessas estratégias de integração, segundo o conceito de elemento ordenador.

Ordenando a Rede

A busca pela compreensão do conceito de elemento ordenador nos remete a um campo de possibilidades, tendo em vista ser este um conceito empírico e operacional. Dessa forma, identificamos a aplicação desse conceito com o sentido de coordenação, organização e ordenamento a partir de serviços, instâncias ou dispositivos.

A noção de coordenação do trabalho em saúde não é nova, já estando presente no início do século XX, no contexto dos Estados Unidos, quando as transformações da concepção e orientação do trabalho em saúde comunitária passava da atenção ao ambiente para a atenção ao indivíduo, no bojo das conquistas de controle das doenças transmissíveis e da ampliação dos programas de saúde pública. Segundo Rosen:

A expansão crescente do alcance do trabalho em saúde comunitária criou problemas para as agências de saúde oficiais e voluntárias. Quando se começou a implementar cada vez mais programas especiais, colocados em prática por pessoal específico e freqüentemente através de agências especiais, cada vez mais se tornou claro que melhores formas de organizar e administrar a atuação na área de saúde também eram necessárias. Reconheceu-se que havia necessidade de coordenação de agência, meios e serviços que até então eram separados, muitos dos quais atuando no mesmo grupo populacional. Até no interior de uma mesma agência (como um grande departamento urbano de saúde), a duplicação de esforços e a falta de coordenação entre suas partes constituintes foram consideradas perdulárias, ineficientes e irritantes para aqueles que precisavam dos serviços. (ROSEN, 1979, p. 379)

A busca de coordenação e organização voltava-se à necessidade de maior eficiência – evitando duplicidade de medidas, desperdício e insatisfação dos cidadãos – a ser alcançada por meio de uma melhor administração de saúde pública, que deveria estar estreitamente relacionada a uma população e considerar seu local de moradia e a sua comunidade. A organização da saúde deveria, ainda, ao considerar a forte inter-relação com os fatores sociais, estabelecer relação de colaboração com os serviços desse setor, bem como servir como estímulo à organização social das pessoas através de um processo educacional democrático. A valorização da proximidade do público e do seu entendimento dos Programas de Saúde Pública traduziu-se nos conceitos de distrito sanitário e de centro de saúde. Estas concepções foram operacionalizadas nas primeiras décadas do século XX. Segundo Rosen:

O conceito de Centro de Saúde como um serviço de vizinhança, ou distrital, se desenvolveu como uma consequência direta dos problemas criados pela expansão da finalidade da ação em saúde comunitária, e de seu impacto sobre os departamentos de saúde. O centro de saúde distrital, coordenando clínicas até então separadas, surgiu para substituir o controle centralizado de cada serviço particular. (ROSEN, 1994, p. 356).

As experiências desenvolvidas, originárias dos primeiros centros de Saúde, tinham em comum a localização geográfica nos distritos, divididos em quarteirões, com definição da população em bases locais e envolvimento da mesma por meio da organização comunitária e participação ativa por intermédio de comitês ou conselhos.

Os centros de Saúde tiveram uma expressiva expansão a partir da Primeira Guerra, constituindo-se no modelo de trabalho de saúde comunitária. Experiências posteriores demonstraram o interesse dessa organização distrital, considerando a possibilidade de realização de estudo dos problemas de saúde pública, de treinamento de pessoal e de campo de testagem para novos procedimentos administrativos. Progressivamente, o desenvolvimento dos serviços comunitários levou a uma organização dos centros de Saúde, que buscava ampliar a capacidade de coordenação com os serviços de saúde pública, considerando a atenção hospitalar, diagnóstica, atenção médica e odontológica, assim como incorporando ações curativas às ações antes predominantemente voltadas à prevenção. Esse movimento de expansão dos centros de Saúde, entretanto, encontrou limites no contexto americano das décadas de 1920 e 1930, em que fatores econômicos, sociais, políticos e populacionais levaram a um predomínio da atenção médica privada, consequência da transformação dos aspectos que estiveram na base do surgimento dos centros locais (ROSEN, 1979).

Outros países seguiram uma organização de serviços de forma semelhante. Na Inglaterra, no ano de 1920, um conselho consultivo de serviços

médicos e afins, conhecido como Comitê Dawson, recomendou a criação de um sistema de centros de saúde divididos em duas categorias: a de assistência preventiva e curativa, realizada por clínicos, enfermeiros, dentistas, entre outros, e a de serviços especializados e de consultores.

Na União Soviética, o sistema de atenção médica extra-hospitalar foi montado tomando-se por base uma rede de policlínicas, à semelhança dos centros de saúde. Os centros de saúde foram implantados ainda no Egito e na África do Sul e em países da América do Sul (ROSEN, 1994).

Em Cuba, o Sistema Nacional de Saúde prevê um modelo que toma a família como unidade de atenção. O sistema é organizado a partir da atuação do médico e de enfermeiro de família, responsáveis pela saúde dos indivíduos, das famílias e do meio. Estes profissionais, que atuam nos consultórios do PSF, referenciam para os policlínicos docentes assistenciais, que se constituem como primeira referência de atenção especializada à população (CUBA, 1988).

No Brasil, com o desencadeamento do processo de transformação estrutural da saúde a partir da Reforma Sanitária, base da constituição legal do SUS, um conjunto de normas, princípios e práticas foram formulados no sentido da descentralização, integralidade e participação comunitária.

A sustentação da Reforma Sanitária, entretanto, não se restringe ao espaço jurídico-legal, sendo igualmente necessária a transformação do espaço institucional e operativo. Para que o processo de mudança tenha impacto nos serviços de saúde, não se restringindo a uma transformação meramente jurídica institucional, que se reduziria a mais uma reforma administrativa no país, deve-se dar nos três espaços de transformação (MENDES, s.d).

Sem desconsiderar a importância dos demais espaços de transformação, mas para sermos coerentes com o tema estudado, acreditamos que um aprofundamento do espaço operacional seja procedente. O mesmo define-se como espaço concreto, em um determinado território, onde se estabelece uma relação entre as unidades que compõem o sistema de saúde e a população, com suas representações e necessidades de saúde. Neste sentido, reportamo-nos ao conceito de distrito sanitário, entendido como ação tática no processo de mudança proposto pela Reforma Sanitária, constituindo-se como base histórica na busca da operacionalização da atenção à saúde, segundo os princípios norteadores do processo de Reforma.

Os distritos sanitários resultam da Lei nº 8.080, capítulo III (Da Organização, da Direção e da Gestão), que prevê que as ações e serviços de saúde executados pelo SUS serão organizados de forma regionalizada e hierarquizados, segundo níveis de complexidade crescente. No artigo 10o, além da regulamentação da constituição de consórcios intermunicipais para desenvolver ações e serviços de saúde que correspondam ao município, a Lei prevê no § 2º a organização de distritos, no nível municipal, “de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total

das ações de saúde” (BRASIL, 1990). No contexto internacional, correspondem aos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), formulados na XXXIII Reunião do Conselho Diretivo da Organização Pan-americana de Saúde, de 20 de setembro de 1988. No cenário da reforma do Sistema Nacional de Saúde, os distritos sanitários são colocados conceitualmente como base do modelo assistencial já no âmbito do ideário do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS). Com base na constatação da diversidade das situações locais e regionais, os distritos sanitários cumpririam o papel de aproximação entre os serviços e uma determinada população. Tais serviços seriam ordenados segundo grau de complexidade tecnológica. Dessa forma, a organização distrital seria coerente com as particularidades geopolíticas e sanitárias de determinada área.

Os distritos sanitários, entendidos como processo social de mudança das práticas de saúde do SUS, apresenta dimensões em nível político, ideológico e técnico. Segundo Mendes (s.d), a dimensão política se dá pela atuação operacional no nível local, em uma situação de compartilhamento do poder em que estão presentes diferentes atores individuais, sociais e institucionais com interesses diversos. Na inter-relação entre tais atores é que se pode dar uma negociação a respeito de um projeto de saúde, bem como das formas, compromissos e responsabilidades para desenvolvê-lo no sentido de alcançar os objetivos estabelecidos.

A dimensão ideológica se expressa na existência de dois paradigmas tecno-assistenciais distintos. O paradigma sanitário, inscrito no projeto de Reforma Sanitária, considera as necessidades de saúde da população na estruturação da atenção à saúde. Os principais elementos ideológicos do mesmo são a globalidade, a determinação social do processo saúde-doença, o coletivismo, o equilíbrio no conhecimento geral/especializado, a inclusão de práticas alternativas, o uso de tecnologias adequadas e a integralidade da atenção. O paradigma flexneriano, que tem na clínica e no indivíduo seu principal campo de intervenção ao se estruturar tendo em vista a lógica tecno-assistencial centrada na doença, no biológico, na especialização. Este modelo foi fundamentado no *Relatório Flexner*, elaborado por Abraham Flexner, no início do século XX. O mesmo foi referência para a reestruturação da formação médica, influenciando na organização e funcionamento de sistemas de saúde.

A dimensão técnica refere-se à utilização de conhecimentos e tecnologias de forma a viabilizar os pressupostos políticos e ideológicos do projeto de atenção. No processo de distritalização, tiveram expressão os princípios organizativos assistenciais de impacto dos resultados nos níveis de saúde da população de um território, dentro da orientação por problemas, de intersectorialidade, de integralidade e de planejamento estratégico. A partir das dimensões políticas, técnicas e administrativas do nível local, buscou-se desenvolver, com base no território, intervenções que considerassem a

hierarquização, a adscrição de clientela, a responsabilidade sanitária e a participação comunitária.

O processo de implantação dos distritos sanitários, como exposto acima, “torna-se muito mais complexa porque incorpora esta dimensão de uma mudança cultural e o espaço operativo transforma-se num campo de luta ideológica” (MENDES, s/d, p. 64).

Pensado como *locus* central da saúde pela sua capacidade de vínculo com a prática concreta, os distritos sanitários tiveram expressão na busca pela organização da atenção à saúde em nosso país. Apesar de sua implantação não ter-se consolidado no âmbito nacional, os princípios nos quais teve sustentação se mantêm como eixos na organização da atenção e estruturação do sistema de saúde, pois se referem ao modelo da atenção proposto pelo SUS.

Mais recentemente, no âmbito do SUS, foram normatizadas políticas públicas voltadas à gestão regional e ao planejamento descentralizado, desencadeadas tendo em vista a Noas-SUS e presentes no Pacto pela Saúde. Tais políticas visam a efetivar o modelo de atenção baseado em uma rede integrada a partir de um elemento de coordenação da mesma que pode estar ligado a um serviço, dispositivo ou instância.

No campo da saúde mental, esse conceito vincula-se à instituição dos centros de Atenção Psicossocial (Caps). Tomando-se por base a Portaria 336, de 19/02/02, o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental prevê modalidades de serviços que possuem como características:

- responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), de acordo com a determinação do gestor local.

Na política de Urgência e Emergência, a Portaria nº 2.048, de 05/11/02, regulamenta os sistemas estaduais de Urgência e Emergência. O seu Capítulo I prevê a estruturação dos sistemas loco-regionais de atenção às urgências. À Regulação Médica das Urgências é previsto o papel de elemento ordenador e orientador do Sistema de Atenção Integral às Urgências, que estrutura a relação entre vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, por meio da qual os pedidos de socorro são recebidos.

No cenário nacional, algumas experiências em municípios de maior porte se voltaram para a organização da atenção à saúde segundo a lógica de integração e coordenação de processos de trabalho e da rede de serviços, visando à integralidade.

No município de Belo Horizonte, uma experiência voltada à integralidade da assistência à saúde pautou a organização da produção do cuidado de forma sistêmica e integrada pelos diferentes níveis de complexidade assistencial. Mediante tal projeto, denominado de “BH-VIDA: Saúde Integral”, buscou-se alcançar a integralidade, segundo não apenas a organização de recursos, mas especialmente pelo fluxo do usuário através da construção de linhas do cuidado. Essas são organizadas tendo como base o projeto terapêutico proposto para o usuário, entendido como elemento estruturante de todo o processo de trabalho, e é fruto de uma pactuação entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais. O espaço de pactuação é o comitê gestor. As linhas do cuidado foram inicialmente propostas nas áreas de Atenção ao Idoso, Saúde da Criança, Saúde Materna, Atenção ao Agudo, Atenção às Doenças Cardiovasculares e Saúde Bucal. Elas se organizam mediante uma articulação que prevê negociação, interlocução, associação fina da técnica e política, bem como pela implicação de todos os atores. Estes atores se vinculam aos diversos níveis assistenciais. A organização dessa estratégia prevê a garantia da disponibilidade de recursos, incluindo a oferta de atenção secundária e a regulação pública de toda a rede prestadora do SUS; os fluxos assistenciais centrados no usuário; instrumentos de referência; garantia de contrarreferência; determinação de que a equipe básica é responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado; gestão colegiada e busca da intersectorialidade (FRANCO & MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

Elemento Ordenador da Rede no Território: dos sentidos às práticas no contexto de Niterói

Na pesquisa realizada, a concepção de elemento ordenador da rede se apresentou de diferentes formas. Sinteticamente, esta concepção esteve ligada à compreensão desse papel no que diz respeito às categorias de descentralização, de planejamento em saúde, de integralidade, de território, de rede, de acesso, da intersectorialidade, de avaliação, bem como do suporte técnico, metodológico e administrativo. Algumas destas categorias serão apresentadas a seguir.

A concepção do papel de elemento ordenador foi identificada como fortemente associada à ‘descentralização’ da política municipal de saúde, tendo no processo de regionalização um importante eixo de condução do planejamento, da programação, da implementação, do monitoramento e da avaliação da organização dos serviços e das ações de saúde.

Mediante o exame de documentos mais recentes do município, identificou-se no relatório final da IV Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2003, uma proposta que remete ao fortalecimento de modelos de gestão

mais flexíveis e descentralizados, em que às PC é projetado o papel de coordenação entre as unidades interligadas e de facilitador da comunicação e retroalimentação. A mesma se constituiria como uma instância de gestão regional.

Nas entrevistas, a descentralização a partir da identificação de regiões de planejamento, foi referida como um aspecto facilitador pela potencialidade de desvendamento de características comuns físicas, históricas, demográficas etc., assim como pelo favorecimento ao processo de democratização e participação social.

Acho que é ruim esse negócio no nível central porque você quando pensa em centralizar as decisões, você concebe como se todos fossem iguais e você envolve sem dúvida alguma um número muito reduzido de pessoas. Eu acho que quando você capilariza, a sua tendência é reunir as pessoas que estiveram voltadas para a ação da regionalidade (...). Então eu acho que tem a história da participação, a possibilidade de você ter uma participação popular mais verdadeira, mais legítima. (Entrevista 4)

Dessa forma, a adoção da descentralização favorece articulação entre diferentes atores, envolvendo-os no processo decisório e de gestão com base em estruturas organizacionais mais próximas do contexto de vida e da realidade social. A descentralização que envolve participação e compartilhamento de compromissos e responsabilidades em uma rede de relações não se dá sem autonomia e sem a transferência de poder. Nesse processo democrático, surge a condição privilegiada na direção do planejamento em saúde.

Através das entrevistas feitas, pode-se apreender que a realização do 'planejamento em saúde' na regional é visto como um processo de discussão coletiva e permanente, realizado mediante as reuniões onde é discutido o dia a dia dos serviços, dimensionando as necessidades de adequação da oferta, de priorização na solução de problemas, de otimização dos recursos, do cumprimento de metas, enfim, do trabalho conjunto em prol da melhoria dos níveis de saúde da população. Este foi identificado como envolvendo os diferentes gerentes de saúde da regional (diretor da Policlínica Comunitária, Coordenador de Área do PMFN e diretores das unidades básicas), e também representantes de outras instituições e da comunidade, mediante fóruns específicos. O planejamento é projetado como um processo participativo e descentralizado, portanto, mais democrático, baseando-se nas necessidades de saúde da população, segundo as características regionais. A importância da elaboração de planos regionais de saúde envolvendo todas as unidades da regional pode ser identificada no Plano Diretor do Município de 1998/2000, como estratégia de operacionalização da política de saúde, sendo as PC as organizadoras desse processo.

Em praticamente todas as entrevistas, as necessidades de saúde foram percebidas como a base do planejamento e da organização dos serviços e das ações integrais de saúde. Estas são entendidas dentro do conceito de território, cabendo à instância de gestão regional o papel de discussão e análise. Nas palavras de um dos entrevistados:

(A Policlínica)...tem que compor uma organização que funcione dentro daquele território, respondendo às necessidades do território. Então a Policlínica, por que eu digo que ela é a Unidade mãe? É porque ela tem que entender o dinamismo daquilo ali. Tem que conhecer a situação de saúde de todo o seu território. Tem que entender os aliados. Tem que entender as forças governamentais, as forças não governamentais, tem que entender a política em termos, vista como, como tal. As forças. Essa é a Unidade que faz a análise do território como um todo. É essa a questão. Ela faz a análise da situação de saúde, da situação socioeconômica, política daquela região e ela busca, unindo esse território, condições viáveis para a manutenção da saúde, para a implementação da qualidade de vida. Porque esse é o papel da Policlínica. (Entrevista 3)

A identificação das necessidades de saúde, assim como das medidas a serem viabilizadas com base no planejamento regional não pode prescindir, segundo os entrevistados, de um sistema de informação. Um importante destaque foi dado a essa questão, sendo identificada a importância da centralização das informações na instância gestora regional de forma a subsidiar a organização dos serviços e do processo de trabalho, a educação permanente, a articulação com outros setores, a vigilância em saúde, a tomada de decisão e a avaliação na direção da maior eficácia, efetividade e eficiência do setor saúde.

O princípio da 'integralidade' esteve relacionado principalmente à possibilidade de organização dos serviços tomando-se por base necessidades da população. Nessa perspectiva, o papel de elemento ordenador se referiu à centralização e utilização de informações para o planejamento e programação horizontalizada das ações. Nessa concepção, o funcionamento de cada unidade é apreendido de forma interdependente, baseado na estreita comunicação, na possibilidade de trocas e alianças e na integração. À Policlínica é projetado o papel de unidade de suporte assistencial dos serviços e exames especializados, considerando a continuidade da atenção. A estratégia citada foi a realização de reuniões sistemáticas na regional, e os mecanismos citados referiram à referência e contrarreferência e à possibilidade de interconsulta.

Considerando a organização da atenção à saúde, foram previstas diferentes possibilidades no âmbito regional. No que diz respeito ao sistema de referência e contrarreferência, à medida que as unidades que realizam a atenção básica referenciam à Policlínica, essa poderia ter uma percepção

ampliada da situação de saúde, compatibilizando os recursos de forma a atender aos pedidos de atenção especializada, garantindo assim a integralidade. Esse ponto foi identificado como facilitador tanto para a população quanto para os profissionais de saúde. Um outro aspecto levantado como ordenamento em relação à referência diz respeito à possibilidade de identificação da necessidade de aperfeiçoamento profissional, tendo em vista a adequação dos encaminhamentos produzidos.

Um aspecto citado como dificultador se relacionou à coexistência de enfoques na organização dos serviços de saúde, e o enfoque por programas organizados por doenças (hipertensão, tuberculose, hanseníase), por etapas do ciclo biológico (criança, adolescente, idoso) ou por gênero (mulheres), entre outros, ainda está presente ao lado do enfoque da vigilância em saúde. Neste sentido, o fato de as unidades básicas não disporem de recursos humanos e/ou tecnologia para o desenvolvimento de todos os programas de saúde tal como proposto é um exemplo concreto de como a organização por programas, ao assumir uma normatividade rígida, desconsidera as limitações de recursos, bem como a historicidade dos espaços de vida e de seus grupos sociais. Nesse caso, a instância de gestão regional daria suporte em termos de planejamento com vistas à mudança da organização dos serviços a partir dos problemas complexos e mal-estruturados identificados na realidade local.

No contexto de organização regional da atenção à saúde, a autonomia para estruturar a oferta dos serviços partindo da identificação dos problemas de saúde e dos recursos existentes na regional foi vista como um aspecto facilitador. A resolubilidade através de uma instância regional mais próxima à realidade local é igualmente vista como facilitadora para atendimento no menor espaço de tempo das necessidades provenientes da atenção prestada nos equipamentos de saúde vinculados. Outro aspecto favorável citado foi a capacidade de re-alocação temporária ou permanente de profissionais de saúde, segundo deliberações conjuntas com o nível central, de forma a garantir o ideal funcionamento das unidades de Saúde da regional e a implementação das ações especializadas e de vigilância à saúde.

Em relação à oferta de atenção especializada de maior complexidade e existente nos demais níveis de atenção, a identificação das diferentes necessidades pelas unidades e consolidação na instância de gestão regional, com o apontamento do perfil regional, foi vista como favorecedora de uma maior possibilidade de negociação com tais níveis no sentido de buscar uma adequação de tal oferta por meio de fóruns de gestão inster-institucionais da FMSN. Como exemplo, foi citado o atendimento de oftalmologia, no qual a oferta encontra-se inferior às necessidades previstas por uma das unidades básicas da regional, tendo em vista o perfil etário da população da mesma, em que se observa o aumento da população idosa acometida por catarata e outras patologias.

As dificuldades percebidas no ordenamento da atenção à saúde vincularam-se à cultura institucionalizada originária de um sistema de saúde fragmentado, em que cabia isoladamente ao usuário o papel de identificar o Serviço mais indicado à sua necessidade e disputar o acesso ao mesmo, muitas vezes tendo de lançar mão de artifícios como enganar o endereço e se cadastrar em várias unidades para a atenção básica etc. A mudança dessa lógica foi considerada um desafio para a gestão regional, onde um trabalho junto à comunidade é pensado no sentido de discussão do modelo de atenção e de construção de solução conjunta aos problemas, segundo as respostas mais adequadas a cada caso.

A noção de 'território' é outra noção importante que apareceu no contexto de definição de elemento ordenador. Entendida como espaço de vida, como processo em permanente construção, produzido no espaço de relação que não se repete geograficamente, traz a percepção de que as policlínicas, igualmente, não podem se repetir no que diz respeito à sua organização. Não podem partir da definição rígida de um perfil fechado. O ponto que as une é a definição e o entendimento do seu "*papel de unidade-chave na hierarquia*" (entrevista 3), não só de referência, mas também ordenadora da atenção à saúde a partir do território.

O território é visto por este entrevistado como base do ordenamento, este definido como "*orientar, organizar, dar o eixo, estruturar. É você olhar a situação, pensar a situação, como um todo*" (entrevista 4). Para que essa concepção de ordenamento esteja presente como papel das PC, entretanto, foi identificada a necessidade de maior discussão, clareza e pactuação no nível da gestão. Na prática concreta, esse espaço de discussão sistematizado da regionalização pelas PC foi projetado com base no "*fórum permanente*" (entrevista 3) de policlínicas, em que o nível central da Secretaria conduziria esse processo, estabelecendo mecanismos de compartilhamento gerencial entre as diferentes instâncias.

O conceito de 'rede' foi colocado nas entrevistas como um importante aspecto na organização do microprocesso de trabalho com base no território. Nessa lógica de organização, parte-se de um planejamento ascendente dos serviços de saúde.

Setorialmente, a conformação da rede de atenção à saúde, ao ser organizada em níveis com densidades tecnológicas diferenciadas, leva em conta a pressão estruturante dada pela atenção básica, em que as PC cumpririam o papel não só de primeiro nível de referência, mas de planejamento. Como exemplo dessa estruturação ocorrida no município a partir da atenção básica, foi citado por uma entrevista a organização de centrais de marcação de consulta e internação, a criação de laboratórios regionais e de estruturas hospitalares.

A integração do sistema como um todo é destacada como de fundamental importância para a atenção à saúde e garantia da integralidade. Como

exemplo foi colocada a necessidade de integração dos modelos de atenção básica existentes no município, referente ao PMFN e as UBS, tomando-se por base as instâncias de gestão regional. Tal integração da rede se daria horizontalmente pela coordenação dos pontos de atenção à saúde na regional.

A superação da visão de hierarquização prevista no modelo em forma de pirâmide potencializaria as trocas entre os diferentes níveis, garantindo, entretanto, a autonomia e perfil de atenção de cada serviço. Tal perspectiva dos sistemas integrados de saúde proposta por Mendes (2002) favoreceria um modelo de integração com os hospitais e outros níveis de maior densidade tecnológica.

Com vistas a alcançar uma maior integração com os hospitais, os mesmos mecanismos já citados podem ser empregados, ou seja, utilização de reuniões sistemáticas, troca de informações de forma ágil, estabelecimento de protocolos e rotinas, entre outros, em um processo de cooperação e monitoramento do paciente entre os níveis de atenção, como apontado por Gittell e Weiss (2004).

Ao tomarmos o apontamento realizado por Cecílio (1997) de que a missão institucional das unidades nem sempre é entendida com clareza, percebemos uma busca de transformação desse entendimento junto à população por ocasião do cadastramento no PMFN, a partir do trabalho integrado na regional estudada. A estratégia utilizada partiu do acompanhamento da direção da Policlínica ao trabalho inicial de identificação de área a ser coberta pelo Programa com participação na discussão do papel de cada serviço junto aos moradores. Mediante realização de reuniões nas comunidades, além da participação da Coordenação de Área do PMFN, estiveram presentes os gerentes da Policlínica Comunitária e do Serviço de Urgência, discutindo o papel de cada unidade e do hospital. Essa estratégia realizada foi exemplificada como fundamental para a organização do trabalho e participação da comunidade. Igualmente, o trabalho cotidiano com a população é visto como um aspecto facilitador.

Outra questão referiu-se à Vigilância à Saúde regional como integração entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental. Trabalhar as diferentes forças presentes no sentido de um compartilhamento do poder decisório, entretanto, não é visto como um processo simples. Um dos entrevistados aponta essa questão como um possível obstáculo ao pleno desenvolvimento do ordenamento das ações regionais.

No sentido dado à rede, a articulação entre as estruturas sociais que repercutem na atenção à saúde e entre os diferentes atores, sejam profissionais de saúde, gerentes, representantes comunitários e dos demais equipamentos sociais, é vista como fundamental às ações e serviços de saúde e condição para a qualidade da atenção, seja esta pensada como resposta às necessidades individuais ou coletivas.

Tal noção de rede remete à integração de políticas que se articulam à saúde. Em outras entrevistas, bem como na análise documental, identificamos a importância dada à 'intersectorialidade' prevista no papel das PC como gerenciadora de área responsável pela organização e o apoio às ações conjuntas. Pensada no contexto de articulação regional, tal política é vista como facilitadora pela interlocução entre os diferentes atores.

(Policlínica)...Ela é gerenciadora dessas articulações porque ela é um serviço que naturalmente vai responder muito mais às demandas de todos os setores, não só da saúde, porque ela vai trabalhar com as escolas, ela vai trabalhar com a Secretaria Regional, ela vai trabalhar com o Orçamento Participativo, ela vai trabalhar com a organização dos pescadores, por exemplo, lá em Itaipu, com a associação de moradores, com a Igreja, com o Forte, com o Quartel.
(Entrevista 3)

A proximidade com as questões concretas da vida cotidiana, a partir da inserção no território, traz como aspecto facilitador a perspectiva de organização de ações conjuntas com outros setores na solução dos problemas identificados. Nesse sentido, a intersectorialidade não é entendida como a soma de ações setoriais ou a superação das singularidades de cada setor, mas um permanente processo de troca e diálogo entre os setores. A articulação entre os mesmos pressupõe, desta forma, a identificação de problemas multideterminados e o planejamento conjunto de ações compartilhadas. Em uma das entrevistas, a intersectorialidade foi colocada como um aspecto facilitador por permitir um suporte à atuação do profissional que se encontra em estreito contato com a realidade local, como foi citado na experiência do PMFN. Em relação a essa questão, foi apontada a possibilidade desse profissional compartilhar com outros atores sociais a representação do poder público junto à comunidade e agilizar a solução dos problemas em suas múltiplas determinações. Nesse sentido, a ideia de um elemento ordenador da rede é projetada no papel das PC como uma instância de gestão regional que, para além das questões da saúde, passa a ser referência junto às outras instâncias do governo, organizações sociais e associações comunitárias na formulação de demandas políticas ao âmbito mais geral de governo da cidade.

Considerações Finais

A análise do papel de um elemento ordenador da rede de atenção à saúde, no que se refere ao planejamento e gestão de ações integrais de saúde com base no território, envolveu um conjunto de conceitos caracterizados pela sua complexidade. O presente trabalho, ao buscar interpretá-los à luz de uma experiência concreta, procurando apreender a expressão de seus

múltiplos sentidos, apresenta conclusões provisórias, não tendo a pretensão de esgotar o assunto. Dessa forma, mais do que tomado como um estudo conclusivo, pode ser visto apenas como um ensaio que poderá ser objeto de aprofundamento em outras investigações futuras.

O SUS foi criado com base nas concepções presentes na proposta de Reforma Sanitária. Entretanto, a permanência de uma lógica de organização de serviços fragmentada, da segmentação da assistência, da existência de poderosos interesses privatizantes, de um modelo econômico restritivo e de uma política neoliberal, torna a implementação desse Sistema um desafio à gestão pública.

Nesse contexto, mecanismos e estratégias vêm sendo buscados no sentido de superação de tais obstáculos e alcance da universalidade, da integralidade e da equidade, diretrizes fundamentais na implementação do SUS.

Destaca-se, nesse processo, a descentralização política-administrativa, prevendo a regionalização e a organização de redes de atenção, considerando a possibilidade da participação comunitária na política de saúde, e da democratização das decisões nos níveis de planejamento, gestão, execução e avaliação. Para tal, foram previstos diferentes espaços de participação como os conselhos de Saúde, as conferências, órgãos colegiados e outras formas previstas em experiências locais.

Nesse conjunto de propostas de transformação, coloca-se igualmente o tema da unificação institucional dos serviços de saúde como um desafio no âmbito do planejamento e da gestão do SUS. A superação da dicotomia entre saúde pública e atenção médica curativa tem levado a uma organização da atenção que prevê a formação de redes integradas, sob a lógica da coordenação, articulação, negociação, comunicação e pactuação na perspectiva intergovernamental e interinstitucional. Assim, busca-se a identificação de objetivos de forma compartilhada, visando à definição de prioridades de intervenção voltadas às necessidades de saúde da população, identificadas com base no território, e mediante o planejamento integrado, compreendendo a garantia de acesso a todos os níveis de atenção.

A ideia de um elemento ordenador, explorada neste estudo e adotada como papel das PC no município de Niterói, é tomada como um mecanismo de organização da atenção à saúde com base no território no sentido de integração de outros serviços e ações em uma rede de saúde. Desse modo, constituem-se como instâncias organizacionais responsáveis não só por funções administrativas e operacionais, mas igualmente como centro coordenador do planejamento e gestão regional, desenvolvendo ações docentes e assistenciais, de integração e sistematização de informações e de integração das vigilâncias.

Ao explorarmos a concepção dos diferentes gestores e os documentos oficiais que representam a política do município, identificamos que se encontram presentes nos mesmos os pontos levantados como facilitadores da

implementação de um sistema integrado de saúde. Entretanto, a operacionalização dessa política de integração, coordenação, planejamento e suporte regional contida na ideia de elemento ordenador como papel das PC encontra-se em processo de organização com avanços e obstáculos. Em relação a esses últimos, destacamos a organização de rede em uma lógica ainda bastante hierarquizada com um distanciamento da gestão das unidades hospitalares e a falta de organização da atenção especializada no âmbito das Policlínicas de Especialidades, de forma a compatibilizar a oferta dessas unidades com as necessidades regionais, provocando um estrangulamento do acesso nesses níveis. A integração regional, entretanto, já tem avanços consideráveis a serem incrementados a partir de um maior investimento no modelo de gestão regional, com recursos, estímulos aos profissionais nessa lógica, na sistematização do funcionamento de conselhos gestores regionais, prevendo uma ampla participação dos atores sociais, como também o compartilhamento da concepção encontrada na política como orientação concreta do trabalho diário.

Ao tomarmos os aspectos facilitadores para a implantação de um sistema integrado propostos por Mendes (2001), observamos que a ideia de um elemento ordenador proposta no papel das policlínicas aponta para a existência de uma cultura de integração, segundo organização em sistemas microrregionais de serviços. Nestes, já se encontra em funcionamento uma estreita comunicação entre os serviços regionais, facilitando os fluxos e a organização das ações. Outro aspecto importante diz respeito ao planejamento integrado como meta da regionalização. Este, ao envolver diferentes atores sociais, possibilita o envolvimento, compromisso e responsabilização pela construção da saúde de forma compartilhada, bem como a identificação das necessidades individuais e coletivas, favorecendo a organização da atenção segundo as características evidenciadas na regional, inclusive a necessidade de ampliação de pontos de atenção, considerando a cobertura na atenção básica e o suporte nos demais níveis de atenção.

A estratégia da Saúde da Família através do PMFN, com cobertura de uma população de maior risco social aliada à atenção básica prestada nas UBS e PC, bem como o suporte de atenção de maior complexidade na regional pela PC, favorece a resolubilidade da atenção nesses níveis. A adscrição de clientela, a formação de vínculos, as trocas entre os atores sociais e o conhecimento do contexto de vida com base no território corresponde a uma possibilidade de conhecimento das necessidades da população, fundamental para a construção da saúde.

Nesse sentido, identificamos que tal estratégia de organização apresenta possibilidades férteis na direção da implementação da atenção integral à saúde prevista no SUS, promovendo uma atenção mais voltada às pessoas em suas diferenças, necessidades, subjetividades, entendendo da mesma forma os processos coletivos, sendo potencializadora de uma

atenção humanizada e facilitadora da construção de um sistema de saúde mais democrático.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde – concepção e fundamentos, diretrizes e estratégias de implementação. Brasília, Ministério da Saúde/Sesus, 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 18055-18059, 20 set. 1990. Seção I.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- CARVALHO, M.R. Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. In: *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas*. In: BODSTEIN, R. C. A., (Org.). Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993.
- CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*, vol. 13, n. 3, p.469-478, set., 1997.
- CARVALHO, A. I. Política de saúde e organização setorial do país. In: *Curso de Especialização Autogestão em Saúde*. BARBOSA, P. R. (Org). Rio de Janeiro: Fiocruz, vol.1, p. 111-129, 2001.
- CUBA, Ministerio de Salud Pública. Programa de Tragajo del Médico y Enfermera de la Família el Policlínico y el Hospital. Havana, 1988.
- FRANCO, T. B. & MAGALHÃES Jr. H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI (FMSN). Plano Diretor 2001/2004.
- GIOVANELLA, L., LOBATO, L. V. C., CARVALHO, A. I., CONILL, E. M., CUNHA, E. M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Revista saúde em debate*, vol. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.
- GITTELL, J. H. & WEISS, L. Coordination Networks Within and Across Organizations: a multi-level framework. *Journal of management studies*, vol. 41, n 1, Jan. 2004.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na sa6de. *Rev. adm. p6blica*; vol. 34, n. 6, p. 35-45, nov-dez. 2000.

LUZ, T. M. Notas sobre as pol6ticas de sa6de no Brasil de "Transi76o Democr6tica" – anos 80. *Physis – Revista de sa6de coletiva*, vol. 1, n. 1, 1991.

MASCARENHAS, M. T. M. & ALMEIDA, C. O Programa M6dico de Fam6lia de Niter6i (PMFN): uma agenda para reflex6o. *Revista sa6de em debate*, vol.26, n. 60, p. 82-102, 2002.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da integralidade: algumas reflex6es acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na aten76o e no cuidado 6 sa6de*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS, Abrasco, 2001.

MENDES, E. V. O processo social de distritaliza76o da sa6de. s.l; s.n; s.d. 85p.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a sa6de*. S6o Paulo: Hucitec, Abrasco, 1996.

MENDES, E. V. *Os Grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, E. V. *Os sistemas de servi76os de sa6de: o que os gestores deveriam saber sobre essas orga-*

niza76es complexas. Fortaleza: Escola de Sa6de P6blica do Cear6, 2002.

NETO, O. C. O Trabalho de Campo como descoberta e cria76o. In: MINAYO, M. C. S., (Org.). *Pesquisa social – teoria, m6todo e criatividade*. Petr6polis: Editora Vozes, 6. ed., 1994.

PAIM, J. S. & ALMEIDA. F. N. *A crise da sa6de p6blica e a utopia da sa6de coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

ROSEN, G. *Da pol6cia m6dica 6 medicina social: ensaios sobre hist6ria da assist6ncia m6dica*. Rio de Janeiro: Edi76es Graal, 1979.

ROSEN, G. *Uma hist6ria da sa6de p6blica*. S6o Paulo: Editora Unesp, Abrasco, Hucitec, 1994.

S6A, P. K. *A integralidade da aten76o no Programa M6dico de Fam6lia de Niter6i/RJ*. 2003. Disserta76o (Mestrado em Sa6de P6blica) – Escola Nacional de Sa6de P6blica S6rgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

SABROZA, P. C; LEAL, M. C; BUSS, P. M. A 6tica do desenvolvimento e a prote76o 6s condi76es de sa6de. *Cad. Sa6de P6blica*, vol. 8, n. 1, p. 88-95, jan.-mar. 1992.

SANTOS, M. Guerra dos Lugares. 6reas inteiras do Brasil t6m sido retiradas do controle do pa6s. Folha de S6o Paulo. Especial para a Fo-

Iha. Publicado no caderno Mais!
São Paulo, 8 set. 1999.

SANTOS, M. *O País distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania*. São Paulo: Publifolha, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: Ministério da Saúde. *Informe epidemiológico do SUS*, vol.7, n.2, p. 7-28, 1998.

INTEGRALIDADE E COGESTÃO: DISCUTINDO ASPECTOS DA GESTÃO HOSPITALAR EM RELAÇÃO À PERSPECTIVA DE INTEGRAÇÃO EM REDE NO ÂMBITO DO SUS

Marcello de Moura Coutinho

Introdução

A integralidade em saúde ganhou maior status como proposta política nacional a partir da década de 1980, em função da defesa incondicional do movimento pela Reforma Sanitária brasileira. A integralidade em saúde entendida como 'atendimento integral' foi um dos ganhos políticos junto à luta pela municipalização¹.

O setor saúde aglutinou forças políticas e promoveu o avanço do processo de municipalização a partir da histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), criando condições concretas na Assembléia Constituinte (1986-1988) para redirecionar a trajetória médico-sanitária brasileira e impedir o domínio da mesma pelo setor privado até então.

No entanto, a medicina privada, por conta do forte lobby de seus representantes, conseguiu ter seus objetivos contemplados, relativamente, ao incluir na Constituição Federal de 1988 (art. 199), a saúde complementar (suplementar) ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em contrapartida, o movimento sanitário foi vitorioso ao conseguir garantir no texto constitucional a universalização do acesso, o controle social e a busca pela equidade por meio por meio das diretrizes do SUS: "descentralização; atendimento integral e, participação da comunidade".

O resultado foi a configuração do chamado mix público-privado, ou um "sistema plural", isto é, "(...) o sistema público, representado pelo SUS; o sistema privado de atenção médica supletiva e o sistema privado da medicina liberal" (MENDES, 1998, p. 24). Esta configuração levou à consolidação de um modelo segmentado que apresenta distorções e reproduz as desigualdades socioeconômicas existentes no Brasil, reforçando o modelo assistencial predominantemente hospitalocêntrico.

Nesse contexto, a integralidade se afirmou como uma diretriz fundamental do SUS na perspectiva de garantir a qualidade da atenção ("linhas de cuidado"²) e igualdade de acesso. Para Mattos (2004, p. 1.413), as inúmeras barreiras informam que há muito a ser feito no âmbito do SUS. Assim,

¹ De acordo com Viana (1995), o processo de municipalização da saúde no Brasil foi compreendido como descentralização, em que pese as argumentações político-teóricas em contrário, implicadas na noção de que, na realidade, o executor das ações seriam os governos municipais, os quais ficariam com o comando único no nível local.

a criação do SUS modificou esse arranjo institucional calcado no Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social (INAMPS) – ações assistenciais e Ministério da Saúde – outras necessidades de saúde pública, mas não necessariamente transformou as práticas dos serviços, de modo a articular a prevenção e a assistência, como diz o texto constitucional.

Verifica-se que, apesar da integralidade em saúde estar presente em políticas governamentais e em programas de intervenção desde a década de 1980, a integração em rede no âmbito do SUS ainda é um dos desafios para a concretização do atendimento integral. Concordando com este postulado Shraiber (1999, p. 28) afirma que:

A questão da integralidade representa, hoje, talvez o maior desafio nas práticas em saúde, não como questão institucional ou política, já que integrar nessas esferas não é exatamente algo novo, mas como desafio cultural, para romper com formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição.

Para Giovanella e colaboradores (2002), a integralidade pode ser também definida com referência a uma concepção afirmativa da saúde, significando um processo de produção social influenciado por fatores de diversas naturezas, expressado em um nível de qualidade de vida de uma dada população. Os autores definem ainda que um sistema de atenção integral deverá ser um misto de práticas sanitárias e sociais com foco nas múltiplas dimensões do processo saúde-doença.

Há ainda mais um elemento integrador consagrado no âmbito do SUS, é a “integralidade da assistência à saúde do indivíduo”, perspectiva presente tanto na Constituição Federal (art. 198, II) quanto na Lei nº 8.080/90 (art. 7º, II). Além disso, a Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB-SUS/96) fala em “efetiva integralidade” da atenção, quando defende que se deve disciplinar o processo de organização da gestão em subsistemas de saúde municipais. Com efeito, fica claro que, além de haver uma rede de serviços, a gestão em rede é crucial para que seja possível garantir a integralidade da atenção à saúde.

Vale lembrar, que a gestão em rede resgata as antigas iniciativas dos sistemas locais de saúde e distritos sanitários, mas ampliam perspectiva sanitária anterior para as denominadas ‘redes de atenção à saúde’. As ‘redes de atenção à saúde’ estão também vinculadas à ideia de regionalização e

² Conforme Silva e Magalhães Júnior (2008, p. 83), as “linhas de cuidado” são estratégias utilizadas nas RAS (Redes de Atenção à Saúde), aplicadas a determinados diagnósticos ou condições crônicas, que orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer nas linhas e pontos de rede para ter suas necessidades adequadamente atendidas”.

hierarquização das ações e serviços de saúde, cabendo citar o Pacto pela Saúde (2006) que propõe a “regionalização solidária” e, mais especificamente, a sua terceira dimensão, o Pacto de Gestão do SUS.

O presente artigo, portanto, pretende contribuir na discussão acerca da noção de integralidade ampliada como perspectiva da integração em rede, entendendo-a como um processo de cogestão entre os hospitais e as demais unidades e serviços de saúde no âmbito do SUS³.

Gestão Hospitalar e Integração em Rede no Âmbito do SUS

A fragmentação dos modelos tecnoassistenciais, diagnosticada frequentemente na literatura, somente poderá ser superada quando a integração dos serviços de saúde se der de fato por meio das ações de promoção, garantia de atenção nos três níveis de complexidade, articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação, abordagem integral dos indivíduos e das famílias.

Em consonância com Mattos (2004), Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 5332) propõem a construção de um “sistema sem muros”, no qual seriam eliminadas as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado.

É fundamental compreender que o conceito de integralidade adotado está intrinsecamente vinculado à perspectiva de integração dos serviços por meio de redes assistenciais⁴.

A integração por meio de redes assistenciais visa a garantir uma ‘linha de cuidado’, já que as ações são desenvolvidas em diversas pontes, indo do ambiente domiciliar, passando pelas equipes de saúde até o ambiente hospitalar. Para Silva e Magalhães Júnior (2008, p. 83):

Com a instituição da linha de cuidado, além da realização de ações sistemáticas nos campos da prevenção e promoção, os usuários acessam pontos da rede e transitam entre eles de acordo com suas necessidades singulares, com impactos positivos na eficiência e efetividade da ação, na redução de hospitalizações e da procura em serviços de emergência e na humanização da relação dos portadores dessa condição com o sistema de saúde.

Desse modo, está reconhecida a interdependência dos atores e organizações, em razão de que nenhum deles dispõe da totalidade de recursos e

³ Dentre as questões-chave do referido pacto cabe citar as seguintes: a definição dos papéis e responsabilidades das três esferas de gestão; a regionalização com ênfase no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimentos (PDI) e na definição de redes de atenção à saúde; o financiamento; a Programação Pactuada Integrada (PPI); a regulação assistencial e o papel das secretarias estaduais de saúde na coordenação das referências intermunicipais; e a gestão dos prestadores de serviços (Conass, 2006).

competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma dada população em seus diversos ciclos de vida.

A noção de integralidade ampliada aqui defendida pressupõe uma concertação, ou seja, uma cogestão⁵ em relação a um dado sistema local/regional e seus subsistemas de saúde ou “redes de atenção à saúde”⁶.

Como afirmam Cecílio e Merhy (2003, p. 199), a “integralidade do cuidado que cada indivíduo real necessita, frequentemente transversaliza todo o sistema. Não há integralidade radical sem esta possibilidade de transversalidade”. Isto porque a transversalidade traz a emergência de uma cogestão entre os atores sociopolíticos que compõem o SUS, sob pena de prejudicar ou inviabilizar a consecução da ‘rede cuidadora’.

No sentido de dimensionar as inúmeras barreiras para que a proposta de cogestão seja obtida, Campos (2000, p. 142), quando estabeleceu a articulação da mesma com espaços coletivos, definiu o quadro conceitual a seguir:

A democracia institucional não anula a existência de contrapoderes. A cogestão não prescinde de instâncias que pressionam as equipes de trabalho, obrigando-as a escutar e a dialogar com outros Sujeitos. Ao contrário. Pressões e exigências oriundas da gerência, de outras unidades de produção ou mesmo de usuários podem funcionar como poderoso antídoto contra o corporativismo, a burocratização ou ao fechamento em departamentos. Esses contrapoderes tensionam positivamente a lógica interna dos Coletivos. A relação entre esses contrapoderes e poder em construção dentro de cada Coletivo é o substrato para a formação de compromisso, e o estabelecimento de contratos entre a autonomia (predomínio de elementos internos) e o controle (predomínio de forças externas ao Colegiado).

Portanto, para que a cogestão seja efetiva deve possuir a característica da horizontalidade, consistindo na governança comum de atores sociopolíticos e organizações autônomas, formando uma rede assistencial que coopere em um projeto clínico coletivo.

⁴ Cecílio e Merhy (2003, p. 199), argumentam que o “conceito de ‘sistema de saúde’ denotaria uma concepção idealizada, de caráter normativo da saúde, que não se sustentaria na prática.” Os autores defendem ainda que seria mais correto pensar em uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operassem distintas tecnologias de saúde, os quais seriam acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos que deles necessitem.

⁵ O conceito de cogestão adotado está referenciado em Demo (1988, p. 92). Para o autor, cogestão seria cogerir, o que por sua vez seria similar a co-participar, significando de forma mais específica, “a conquista de espaço crescente na administração do próprio destino, sem ignorar que pelo menos em parte ele é imposto”.

⁶ De acordo com Silva e Magalhães Júnior (2008, p. 81), as redes de atenção à saúde representariam “uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde”.

Tomando-se por base a perspectiva de cogestão mencionada anteriormente, é possível afirmar que a integração dos serviços de saúde deverá ser dada em função da noção ampliada de integralidade. Dessa forma, Hartz e Contandriopoulos (2004) informam que a integralidade será exercida por intermédio de uma ação social, resultante da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, assim como nos diferentes níveis de atenção do sistema.

No tocante à relação entre a gestão hospitalar e a integração no âmbito do SUS, pode-se afirmar que a integralidade do cuidado só poderá ser alcançada em rede. Isto porque, de forma plena, a 'linha do cuidado' perpassa diversos serviços de saúde.

A gestão hospitalar deve perceber o hospital como um componente fundamental da integralidade ampliada, sendo o mesmo uma 'estação' no circuito pelo qual o indivíduo passa, objetivando obter a integralidade de que necessita.

Assim, o gestor hospitalar deve estar preocupado em criar dispositivos que sirvam para conectar a sua unidade de forma mais efetiva com a rede de serviços de saúde. Cecílio e Merhy (2003, p. 200) partindo do consenso de que no âmbito do SUS, o hospital é visto como referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade, defendem que:

(...) por mais que se amplie e se aprimore a rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares seguem sendo importantes portas de entrada da população no seu desejo de acessar o SUS. Sem querer apontar as explicações para tal fato, o que queremos reter, aqui, é que não temos sabido trabalhar de forma mais cuidadosa esta demanda espontânea que tanto aflige os trabalhadores e os gerentes nos seus cotidianos. Atender, dia após dia, esta demanda interminável, torna-se uma tarefa desgastante e de resultados sempre duvidosos, se o critério é uma avaliação dos impactos sobre a saúde da população. No entanto, as urgências/emergências seguem funcionando de forma tradicional, na base da queixa-conduta, resultando em uma clínica reducionista e ineficaz, que, em princípio, aponta para tudo, menos para a integralidade.

Entende-se que para superar os desafios impostos à integralidade ampliada proposta é essencial haver uma gestão da rede, ou melhor, em rede, com o intuito de estimular uma melhor integração entre os diversos serviços de saúde, garantindo a efetivação de uma 'linha de cuidado' mais adequada a cada indivíduo.

Discutindo a Gestão em Rede no Âmbito do SUS

A gestão em rede está sendo entendida como um instrumento garantidor da noção de integralidade ampliada. O percurso que o indivíduo faz no sistema de saúde deve seguir uma 'linda de cuidado' determinada. Para tanto, é imprescindível que haja uma pactuação contínua entre os gestores e profissionais dos diversos sistemas, subsistemas e serviços de saúde no sentido de possibilitar a criação e manutenção de uma 'rede cuidadora'. Desse modo, Silva Junior, Alves e Alves (2005, p. 86), defendem que:

Com essa proposta, tenta-se romper com a lógica hierarquizada de 'esferas de governo' e níveis de atenção e introduz-se a necessidade de pactos coletivos. Nesses pactos, renovados periodicamente, gestores e trabalhadores de saúde se comprometem, através de seus processos de trabalho, como desenvolvimento de uma malha de cuidados ininterruptos progressivos. Sustentam-se esses pactos com processos de co-gestão, onde se implicam autonomia e fluxos matriciais de conhecimentos, práticas e responsabilidades.

Do ponto de vista da micropolítica, a lógica da produção do cuidado 'transborda' o processo de coordenação e as atribuições de uma equipe assistencial, já que poderá ser realizada de forma transversalizada, fazendo com que não só sejam percorridas diversas unidades de cuidado do hospital, mas também outros serviços de saúde. Portanto, na perspectiva da integralidade, para realizar a transversalidade do cuidado depende necessariamente de uma rede mais ampla de serviços (CECÍLIO & MERHY, 2003).

Por sua vez, Franco (2006), ao observar o funcionamento das redes de cuidado do SUS, verificou que entre as unidades, seja de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), unidades básicas, serviços de especialidades, rede hospitalar ou mesmo o atendimento pré-hospitalar, estas trabalham em mútua comunicação.

Com efeito, o que se repetiria em uma unidade de saúde, de certo modo, seria um funcionamento em rede, assim como entre equipes e/ou trabalhadores de saúde. Franco (2006, p. 465) pontua uma questão central, isto é, o perfil assumido pelas redes constituídas no cenário de produção de saúde. O próprio autor responde da seguinte forma:

Há aquelas que se organizam nesses cenários, com práticas de reprodução da realidade, repetindo velhos métodos de gestão do cuidado. Essas redes são modelares, capturadas por sistemas normativos de significação da realidade, serializam as práticas de cuidado quebrando a lógica das singularidades existentes tanto no trabalhador quanto no usuário. Há outras que se organizam em conexões e fluxos contínuos de cuidado,

onde são produto e ao mesmo tempo produtoras da ação dos sujeitos singulares que se colocam como protagonistas em um determinado serviço de saúde. Essas redes compõem um mapa que se vai formando como se as suas linhas navegassem sobre a realidade, em alta intensidade de fluxos. Têm alta potência de constituição do novo, um devir para os serviços de saúde, associados ao cuidado e centrado nos campos de necessidades dos usuários.

A integralidade da atenção, para ser alcançada, deve contar com a unicidade do SUS, a qual deverá ser conduzida por entes descentralizados e autônomos com o dever de garantir ao indivíduo a integralidade de sua saúde por meio de um conjunto de ações e serviços de saúde interdependentes em especialidades, complexidades, conhecimentos e tecnologias (SANTOS & ANDRADE, 2008).

A integralidade da atenção, como diretriz do SUS, visa a contrapor-se à lógica curativa e hospitalocêntrica legada pela medicina previdenciária. O sistema de atenção proposto por Giovanella e colaboradores (2002) foi definido para garantir de forma articulada para indivíduos e populações, consistindo em ações de três tipos, quais sejam: promoção da saúde; prevenção de enfermidades, acidentes e recuperação da saúde (cura e reabilitação).

Propõe-se, então, a construção ativa da 'linha do cuidado' para superar o encaminhamento burocrático da contrarreferência no sentido de apoiar o indivíduo/paciente após o período de internação, com vistas à conquista de uma maior autonomia do mesmo em relação a sua própria recuperação. Entende-se que a garantia da integralidade ampliada passa pela necessidade de pensar o momento posterior à alta do indivíduo/paciente, já que o mesmo deverá contar com a continuidade do tratamento em outros serviços de saúde.

Considerações Finais

A defesa da proposta de integralidade ampliada procurou enfocar a integração em rede no âmbito do SUS, entendendo que dessa forma é possível garantir a efetivação de 'linhas de cuidado'. A efetivação destas, por sua vez, depende da cogestão entre os atores sociopolíticos e os diversos serviços de saúde envolvidos.

Em que pese as iniciativas governamentais com vistas à lógica de organização e hierarquização do acesso ao SUS, a porta de entrada pode ser uma unidade de atenção básica ou mesmo um hospital, mas o fundamental é que o indivíduo se sinta acolhido, recebendo um atendimento integral e que ao final do 'circuito' obtenha resposta positiva frente ao seu problema de saúde.

Não obstante, é fundamental que a integralidade se dê verticalmente, no atendimento integral ao indivíduo em uma dada unidade de saúde, mas também horizontalmente, isto é, que a rede de atenção à saúde esteja articulada para dar o atendimento necessário com qualidade.

A horizontalidade mencionada não está pensada de forma abstrata, isto é, para que a mesma ocorra de fato como rede de atenção à saúde, é fundamental a existência de uma gestão em rede que siga o modelo de cogestão.

As diversas unidades e serviços de um subsistema de saúde, além de estarem interligados, interferem na gestão da rede, com base em seus representantes, como atores sociopolíticos. Desse modo, haverá um empoderamento dos atores envolvidos no processo e a possibilidade de definição conjunta de metas, diretrizes e ações.

Para tanto, torna-se crucial observar a formação e a qualificação dos profissionais de saúde diretamente envolvidos nas 'linhas de cuidado', pois são estratégicos na condução do cuidado ao indivíduo. Tal ponto é extremamente importante, inclusive, para se obter a reversão do modelo hospitalocêntrico.

Com efeito, a gestão hospitalar tem também papel fundamental na reorientação do referido modelo. Para tanto, os gestores hospitalares precisam colaborar junto aos demais gestores de serviços de saúde na construção de uma 'linha de cuidado' efetiva que ocorra em uma dada rede de atenção à saúde. Somente assim, será possível construir concretamente as bases para a integralidade ampliada no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal, Centro Gráfico, Brasília, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único da Saúde - NOB-SUS 01/1996*. Dispõe sobre a gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília (DF), Ministério da Saúde, 1997.
- CAMPOS, G. W. de S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CECÍLIO, L. C. de O. & MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs). Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco, 2003.
- CONASS. 2006. *Para entender o pacto pela saúde 2006* (Volume I, Portaria GM/MS 399/2006 – NOTA TÉCNICA 06/2006). Brasília, Con-

selho Nacional de Secretários de Saúde, 2006.

DEMO, P. *Participação é conquista: noções de política social participativa*. São Paulo: Cortez Autores Associados, 1988.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). Rio de Janeiro: Lappis-IMS/Uerj, Abrasco, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, vol. 26, n. 60, jan./abr., p. 37-61, 2002.

HARTZ, Z. M. de A. & CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade de atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*, n. 20, supl. 2, p. 5.331-5.336, 2004.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.411-1.416, set./out., 2004.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde

no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SANTOS, L. & ANDRADE, L. O. M. de. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquia de serviços de saúde. In: *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. In: SILVA, S. F. da. (Org.). Campinas: Idisa, Conasems.

SCHRAIBER, L. B. Desafios atuais da integralidade em saúde. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, n. 17, mai., p.27-30, 1999.

SILVA JUNIOR, A. G. da S.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. A. Entre tramas e rede: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj, Abrasco, 2005.

SILVA, S. F. da; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. In: SILVA, S. F. da. (Org.). Campinas: Idisa: Conasems, 2008.

VIANNA, A. L. *Modelos de Intervenção do Estado na Área da Saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, 1995.

GRANDES CIDADES, GRANDES DESAFIOS: A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NAS METRÓPOLES BRASILEIRAS

Geandro Ferreira Pinheiro

Introdução

Todo o debate sobre regionalização da assistência em saúde no Brasil tem desconsiderado, ou apenas tangenciado, alguns elementos importantes para o enfrentamento estratégico dos problemas referentes às necessidades organizativas e assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns desses elementos, como a ocupação dos territórios, a mobilidade urbana, os marcos regulatórios das relações intergestores, entre outros, referem-se a externalidades ao setor saúde, mas que condicionam e determinam formas de organização social em geral, e da saúde em particular. A maioria desses elementos está relacionada ao modelo de desenvolvimento brasileiro, ao sistema político nacional e ao pacto federativo atual.

Os estudos e discussões sobre descentralização e regionalização muitas vezes são centrados na organização de redes assistenciais, preponderando o foco na necessidade de racionalização do sistema de saúde (LIMA, et al, 2004): a NOAS 2001/2002 (BRASIL, 2002), a proposta de distritalização sanitária (MENDES, 1999), a implantação de consórcios intermunicipais (MENDES, 2001b), a organização do sistema por níveis de complexidade (CECÍLIO, 1997), e mesmo propostas mais recentes, como a do Pacto de Gestão (PESTANA & MENDES, 2004) e dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde (MENDES, 2001b). Todos esses estudos têm em comum, ou eixo principal, a busca pela eficiência, pela melhor alocação de recursos financeiros e assistenciais, não tratando ou diluindo outros aspectos socio-lógicos e políticos da regionalização/descentralização.

Esta não é uma crítica à necessidade de otimização dos recursos e fluxos de acesso a serviços, até porque compreendemos como positiva e necessária a qualificação da oferta e da capacidade resolutiva do sistema, expressa em diversas estratégias exitosas implantadas neste sentido, tanto no Brasil quanto em outros sistemas nacionais de saúde (MENDES 2001a, 2001b). A problematização aqui proposta refere-se, em primeiro lugar, ao fato do enfoque dessa visão racionalizadora ser hegemônico quando se discute descentralização e regionalização no setor saúde, retirando do debate e das análises diversos elementos de ordem cultural, econômica ou social, por exemplo, não concernentes exclusivamente à organização da assistência. Vários desses elementos, se debatidos e incorporados nos possíveis arranjos

organizacionais e políticos, poderiam gerar impacto positivo mesmo nos aspectos conexos ao aumento de eficiência do sistema.

A outra questão a tratar é como que se tem versado a questão da descentralização para a resolução dos problemas de saúde quase como uma panacéia, como se através dela simplesmente – independente do modelo de implantação – tornar-se-ia possível alcançar uma melhoria dos indicadores sanitários e um melhor exercício do direito à saúde, discurso já incorporado pela mídia e por diversos atores políticos, sobretudo, no formato mais pregnante no Brasil, que é o da descentralização pela municipalização autárquica (MENDES, 1996).

No presente trabalho, gostaria de me deter em pelo menos um desses aspectos ‘perdidos’ da agenda política da saúde, no campo da descentralização e regionalização, que está necessariamente relacionado a outros: o da reconfiguração dos espaços urbanos e da diluição de fronteiras formais e federativas para os aspectos produtivos e de acesso a serviços públicos.

Vários indicadores econômicos e sociais apontam para uma mudança na forma de ocupação do espaço nacional, sobretudo o urbano, no referente aos setores produtivos, no mercado de trabalho, e no acesso a redes sociais, de consumo e de serviços de infraestrutura. Há uma crescente especialização nos setores terciários e quaternários; uma diminuição relativa do peso industrial na geração de riqueza; uma mudança nas características das plantas industriais e na cisão entre gestão e produção, beneficiado pelas novas tecnologias informacionais (BOUSQUAT & NASCIMENTO, 2001; CASTELLS, 2000). Mesmo no setor primário, a especialização profissional e a automação têm ordenado o desenvolvimento do setor. Isto tem reflexos no mercado de trabalho e de formação profissional, com a necessidade de profissionais cada vez mais habilitados e capacitados para as novas funções, e consequente exclusão dos empregos de maiores salários para grande parcela da população não qualificada, mesmo na zona rural, demonstrado pelo aumento da economia e do emprego informal, pelo desemprego, e pelo aumento das desigualdades sociais e da pobreza.

A forma de ocupação dos territórios tem sido radicalmente alterada em função desses movimentos econômicos, seja pela multiplicação e interiorização de regiões metropolitanas no território nacional – o conjunto metropolitano concentra mais de 450 municípios, onde vivem acima de 40% da população brasileira; seja pela degradação do modo de viver das metrópoles, antigas e novas – quase 80% da população moradora em favelas estão concentradas nas metrópoles.

Há uma interdependência tal entre os municípios componentes de uma Região Metropolitana que as estruturas existentes acabam se conformando em circuitos por onde operam movimentos, fluxos, que não necessariamente respeitam os limites administrativos entre as cidades (GUIMARÃES, 2005).

Se na década de 1970, o incremento e incentivo à formação e crescimento das metrópoles eram uma política nacional, coordenada com os propósitos desenvolvimentistas macroeconômicos e de foco na indústria, hoje, temos grandes concentrações populacionais com enormes desigualdades geradas pela superação do modelo industrial vigente, sem uma consequente política de compensação ou reversão do quadro de concentração populacional e de riquezas.

Isso tem gerado inúmeros problemas, alguns em níveis dramáticos, além dos já citados, como a violência, a falta de planejamento urbano para transportes e saneamento, e um exacerbado déficit habitacional.

Essas mudanças, em uma primeira aproximação, têm gerado diversos modos de a população se comportar na busca de soluções práticas. Individuais muitas vezes, coletivas às vezes, e ordenadas por políticas públicas eventualmente.

Na procura por emprego, por serviços públicos e nos movimentos e trânsitos pelos 'novos' territórios urbanos não são respeitadas fronteiras administrativas oficiais. Os limites formais se tornaram fluidos para a compreensão e sua legitimação pelos cidadãos, já que há intenso fluxo de fatores de produção, trabalho, mercado, produtos, capital, informações e serviços – entre eles, os de saúde.

Em geral, essas aglomerações urbanas são conformadas por municípios que gravitam em torno de um polo produtivo, ou municípios centrais das regiões metropolitanas, que de regra concentram, por determinantes históricos, a maior parte das estruturas econômicas e sociais da região. Os fluxos são gerados da periferia para o centro e do centro para a periferia, com peculiaridades que condicionarão diversos aspectos das relações sociais, econômicas e governamentais.

É inevitável, assim, o surgimento de novos centros de decisões, tanto governamentais quanto empresariais e sociais. Os atores municipais já não podem mais isoladamente dar respostas satisfatórias a necessidades coletivas de todas as esferas públicas implicadas, governamentais ou não.

No entanto, apesar dessa grande fluidez de vários aspectos da dinâmica social, onde as pessoas se apropriam cada vez mais diferentemente dos 'seus' territórios, toda a configuração organizativa do SUS e seu reflexo no esquema federativo nacional supõem limites formais-funcionais na montagem de redes de oferta de serviços e de fluxos de utilização desses, baseados ora nos limites municipais (sobretudo a atenção básica), ora em regiões de saúde, que pouco incorporam os elementos sociológicos acima descritos de mobilidade social e econômica.

Ou seja, há uma tensão na configuração institucional do SUS. Isso se refere, por um lado, aos aspectos relacionados aos princípios e interesses de descentralização e democratização, com ênfase no poder local e na esfera municipal. Por outro lado, há necessidade de afirmar uma boa performance

do sistema, tanto no relativo à eficiência dos gastos e da alocação de recursos quanto da oferta de serviços considerando a integralidade das ações.

No desenho de Federação que o Brasil tem, esta integralidade só é possível se pensada em termos regionais, ou melhor, supramunicipais. Logo, os desenhos de regionalização presentes nas normativas do SUS e nas políticas globais de organização de sistemas e redes de saúde devem superar os formalismos atualmente presentes, sobretudo no que se refere aos aspectos relacionados à utilização de serviços. Este novo desenho exige ainda a revisão de fluxos de verbas para financiamento do sistema e das formas de pactuação que os apoiam.

A descentralização 'oficial', no modo como foi proposta e construída, bem como nas configurações que se apresentam nos discursos e avaliações sobre ela, supõe um 'bom' federalismo no Brasil. Ou seja, com o desenho federado que temos só podemos pensar a descentralização com os entes existentes, com a dicotomia entre o papel do Estado e o dos municípios. Há pouco questionamento se esse modelo de Federação, quase único no mundo, é eficiente para ordenar e implementar políticas públicas – independente da eficácia destas (ARRETCHE, 1999).

Continuar afirmando a descentralização municipalista e/ou regionalizada em moldes formais-funcionais é renovar, e talvez até intensificar processos sociais de exclusão, relacionados às mudanças socioculturais que as 'novas formas espaciais' têm gerado. Essa exclusão não privativa da área da saúde é expressa no aumento de informalidade da economia, no crescimento de aglomerações subnormais (favelas), na ocupação desordenada do espaço – inclusive com depredação ambiental –, da especialização do trabalho – sobretudo com a utilização de novas tecnologias informacionais, com consequente precarização ou extinção de postos de trabalho e profissões etc. Na área de saúde, uma das melhores manifestações dessa exclusão se expressa sempre quando a utilização de serviços é condicionada pelos limites administrativos, ou na relação intergestora de reclame do financiamento das ações de saúde para 'não-municípes'. A dinâmica intermunicipal de utilização de serviços, sobretudo para os chamados polos, nas regiões metropolitanas e nas regiões de fronteiras (municipais, estaduais e internacionais) cumpre ser um ponto a ser considerado de forma mais radical na agenda política do setor saúde e nos estudos das políticas de saúde.

As dificuldades de financiamento, de gestão, e mesmo de organização assistencial, têm de passar a considerar o pano de fundo que pode lhes estar determinando, ou ao menos condicionando, ou seja, o modelo político, federativo e de desenvolvimento nacional.

As alterações na configuração do espaço produtivo implicam, por si só, novas situações para as políticas públicas de proteção social. Impõem-se, assim, novos desafios na formulação e implementação de políticas de saúde, tendo como cenário um quadro urbano extremamente complexo, onde as

lógicas do fluxo da população (e também do capital, dos bens etc.) não respeitam os limites administrativos oficiais. Concorde-se, aqui, com a tese defendida por Ribeiro (2004), que os grandes desafios de países urbanos como o Brasil estão nas metrópoles.

As Metrópoles

A questão da metrópole não é nova. O advento da Revolução Industrial marcou o início de grande concentração de atividades de manufatura em algumas cidades cuja população cresceu explosivamente.

Desde então, problemas relacionados à nova configuração do espaço passaram a ser incluídos nas agendas políticas das nações, fosse para garantir a circulação de bens e pessoas, fosse para evitar a turba, ou mesmo para ofertar serviços coletivos de proteção social.

Para Topalov (1979), esta nova cidade é capitalista por excelência, e como um sistema espacializado de elementos, é uma forma de socialização das forças produtivas, já que ela própria é resultado da divisão social do trabalho. Cooperação esta que depende da ação de vários agentes sociais, e que cumpre o valor de uso (da cidade), disponível para todos, pela disponibilização de 'elementos não rentáveis', necessários como condição geral para a reprodução ampliada do capital, seja na forma de sistemas de infraestrutura, ou de outros equipamentos coletivos de consumo necessários tanto à produção e circulação de mercadorias quanto à reprodução da força de trabalho. Na maior parte das vezes, esses elementos não rentáveis da cidade são demandados e provisionados pelo Estado, apesar da tendência atual de mercantilização de diversos desses elementos, como estradas e transporte coletivo, energia elétrica, redes de comunicação, e mesmo serviços de proteção social, como previdência, educação e saúde. Dessa forma, seja em uma visão marxista, ou mesmo funcionalista, o lugar representado pelas cidades possui importância fundamental na prestação de serviços para certos tipos de atividades e funções.

Para este estudo, a cidade foi pensada classicamente como um fenômeno econômico-social e como um processo político, que requer a formalização de certas regras e definição de formas específicas de direito que regulamentem o direito à propriedade urbana, a política econômica, as regras de definição de poder e de participação política (CARDOSO, 1972).

As cidades com forte perfil industrial tenderam a converter-se em metrópoles, com sistemas socioeconômicos organizados espacialmente para articular economias regionais, como a maioria das Regiões Metropolitanas brasileiras, ou mesmo economias nacionais – como São Paulo no Brasil – e internacionais. Há ainda casos de cidades que operam capitais transnacionais, como é o caso de Tóquio, Nova Iorque, Londres, Hong Kong e Cingapura.

As metrópoles superpovoadas, com extensas áreas conurbadas, ora chamadas megalópoles (FREITAG, 2002), e para algumas configurações, *Cidades globais* (SASSEN, 1991; 1998), acumulam interesses econômicos e sociais de uma realidade comum de diversas 'cidades', que permanecem com tal *status*, tanto do ponto de vista administrativo quanto político.

A metrópole é, assim, a expressão moderna da cidade, ou mesmo, para alguns, pós-moderna, por reunir todas as características de nossa *Sociedade em rede* (CASTELLS, 2000), de economia local integrada à economia global, sustentada pelos avanços propiciados pelas tecnologias de informação e de comunicação, no final do século XX, com extensas e intensas desigualdades sociais, discrepâncias culturais e prenhe de violência¹.

Aglomeram população, instalações produtivas, infraestrutura econômica e de serviços. Ocupam antigas áreas rurais, incorporam assentamentos humanos pré-existent. Seu território é de extensão crescente, assim como sua população. Nos países em processo de desenvolvimento, a rapidez é muito superior à registrada na formação de aglomerações metropolitanas do mundo 'desenvolvido'.

São, assim espaços de riqueza, e onde se convive com pobreza extrema. Nelas instalou-se o que há de mais moderno, havendo, contudo, populações que vivem do lixo da burguesia. Os opostos, os extremos, o multiculturalismo são traços característicos dessas cidades. Isso porque a premissa de sustentabilidade e viabilidade econômica na maioria das vezes, não é acompanhada da contraparte de sustentabilidade e viabilidade sociais. A atração de investimentos 'e sua pujança' é buscada, sem propiciar níveis de desenvolvimento sustentáveis à garantia de preservação da dignidade humana. As metrópoles concentram hoje a questão social, acumulando os efeitos mais dramáticos da crise social (RIBEIRO, 2004).

Oficialmente, dentro dos marcos legais que regulam a formação das Regiões Metropolitanas (RM) – o Brasil tem 26 RM –, conformando realidades bastante diversificadas de conurbação territorial, de densidades demográficas e de características socioeconômicas. As RM concentram boa parte do PIB nacional, fruto do modelo de desenvolvimento econômico nacional que privilegiava – e ainda privilegia – as aglomerações urbanas. Somente a RM de São Paulo acumula 16,7% do PIB nacional. Se somarmos as duas outras RM do Estado de São Paulo (Campinas e Baixada Santista), esse percentual chega a 22,1%, ou seja, quase 1/4 da riqueza nacional (RIBEIRO, 2004).

¹ Pelas análises de Manuel Castells (2000), estamos vivendo um momento de passagem da sociedade industrial para a sociedade informacional. Essa mudança estrutural implica um redimensionamento das estruturas de emprego. As áreas de produção agrária e industrial, altamente mecanizadas, absorvem cada vez menos mão de obra, que é liberada para a área de 'serviços', que sendo altamente qualificados podem 'render' e acelerar a produção crescente de riqueza. Para ele, essas mudanças são fundamentais, e precisam ser compreendidas para entender o fenômeno da globalização e da economia mundial com seus atuais mecanismos e é pré-requisito para perceber a reorganização das cidades contemporâneas.

Concomitante à evidente importância econômica e demográfica, as metrópoles brasileiras também concentram problemas sociais. O mais manifesto e dramático é, sem dúvida, a exacerbação da violência, que se relaciona fortemente a processos de segmentação socioterritoriais, com segregação de grupos populacionais por áreas de riqueza, ou de extrema exclusão social. A forte contradição está no fato de que essa violência, que é fruto exatamente do modelo de desenvolvimento em curso no país há décadas, acaba por constituir-se em desvantagens que bloqueiam sua capacidade produtiva, com impactos tanto no emprego e renda quanto na atração de capitais e empresas.

Concluimos, como Ribeiro (2004), que qualquer estratégia de desenvolvimento hoje deve passar pelo enfrentamento dos desafios metropolitanos. Mas nos leva a constatar também um paradoxo, que é o fato de que, a despeito da relevância do tema, as metrópoles permanecem órfãs do interesse político. Souza (2003) defende que as RM perderam espaço na agenda política mais recente muito em função de que as experiências oficiais de gestão metropolitana, realizadas na década de 1970, estão fortemente associadas ao regime que as instituiu, de caráter autoritário e centralizador, e dá como exemplo o fato de que em mais de 35 mil emendas elaboradas na última Constituinte, apenas 14 propostas mencionavam as RM.

O tema foi praticamente silenciado no cenário pós-Constituição de 1988, começando mais recentemente a ressurgir, lentamente, na agenda política, embora ainda muito restrito a alguns fóruns acadêmicos e técnicos, como o Observatório de Metrópoles, Fase/IPPUR-UFRJ e o Centro de Estudos da Metrópole. O governo central atual criou o Ministério das Cidades, em que um dos seus eixos é a questão metropolitana, mas ainda de pouco impacto, muito pela pouca receptividade à proposta pelos agentes públicos em cena, e tanto mais pela compreensão arraigada na cultura política brasileira de um certo modo localista de pensar o território e os problemas sociais (RIBEIRO, 2004). Constitui-se, para Camargo (2001), uma expressão moderna do patrimonialismo, pela utilização da esfera federativa de atuação política (município, estado, união) para fortalecimento pessoal ou partidário de grupo, quando todos os (poucos) debates acerca da questão metropolitana indicam o contrário, ou seja, a necessidade de ampla negociação entre setor público e sociedade, e entre os diversos âmbitos governamentais para a construção e implementação de políticas favoráveis ao desenvolvimento econômico e social.

Não há marcos regulatórios ou políticas centrais criando ou induzindo mecanismos de cooperação intergovernamental para gestão metropolitana, e os poucos existentes são experiências pontuais e diversas em escopo em alguns estados da federação. Nessa temática, é enorme a fragmentação institucional, os conflitos de competência entre esferas de governo, e entre unidades da mesma esfera. Não há projeto estratégico global de reversão do

grave quadro de desigualdades sociais, com os governos estaduais e municipais, na maioria das vezes formulando e implementando políticas urbanas e de proteção social de forte caráter intraurbano, setorial, local, e focalizado.

Para Ribeiro, alguns agravantes se assoalham nesse cenário. A emancipação de distritos municipais, sobretudo após a Constituição de 1988, criando municípios com pouca ou nenhuma viabilidade financeira, técnica ou política para assumirem funções de desenvolvimento. Os governos municipais das capitais têm-se eximido de seu possível papel de ator preponderante para catalisar ações cooperativas, apostando muito mais em uma liderança 'imperial' e soberba aos demais municípios. A esfera estadual, enfraquecida pelo movimento municipalista na Carta de 1988 ainda está para construir seu papel na coordenação da integração regional dentro de seu território. Por fim, são poucas as políticas federais que incentivam à cooperação metropolitana, constituindo exceção a recente criação do Ministério das Cidades.

Por essas razões, Souza (2003) afirma que discutir a questão metropolitana é discutir o regime político e econômico, mas também, e principalmente, o sistema federativo e a dinâmica das relações intergovernamentais. Por não haver esse enfoque, as soluções para enfrentamento, ou para explicação da questão metropolitana são, em geral, relacionadas a estrangulamentos financeiros e/ou político-partidários, limitando, pois, as opções de formatos para gestão do território metropolitano.

Tal realidade nos leva a indagar sobre qual a possibilidade de garantir o direito à saúde em seu sentido mais amplo, nesse contexto metropolitano. As estratégias de gestão metropolitana, se inexistem no conjunto de políticas públicas, ao menos são debatidas em alguns fóruns. Na área da saúde, constata-se uma quase ausência dessa problemática no debate intrínseco ou endógeno do setor saúde.

Organização do SUS

As propostas de regionalização e concertação entre esferas governamentais, e a dinâmica da intervenção pública para a organização e gestão dos sistemas e serviços de saúde supõe, desde a criação do SUS – e até antes, nos debates das Ações Integradas de Saúde (AIS) e Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) (CORDEIRO, 1991) – uma certa flexibilidade institucional e uma busca pela cooperação intergovernamental e articulada com a sociedade civil, expresso em vários arranjos, como as Comissões Intergestores (CIB – Comissão Intergestores Bipartite e CIT – Comissão Intergestora Tripartite) e os conselhos de saúde (VIANA et al, 2002).

Verdadeiras peças de engenharia social, as normas operacionais do SUS propõem modelos de regionalização e descentralização, com forte indução federal, com base em incentivos financeiros (LEVCOVITZ et al, 2001). Ape-

sar de não se falar em metrópole, região metropolitana, ou algo similar, é de se supor que tais proposições permitiriam uma certa inflexão na configuração de arranjos que suportassem os desafios postos, apesar de não nomeados como acima. Lima et al. (2004) afirmam o contrário: as normas centram as propostas de regionalização em aspectos técnicos, de dimensão racionalizadora, que restringe e esvazia o componente político da regionalização.

A Noas 2001 e 2002 (BRASIL, 2002), norma operacional anterior ao vigente 'pacto de gestão', praticamente 'não pegou', sendo bombardeada de críticas por todos os lados, e interrompendo, ou adiando, a agenda institucional de descentralização do SUS. De fundo, um debate insípido sobre financiamento, mas forte e bem consistente sobre a definição de papéis, competências e responsabilidades, como o vocalizado por Mendes (2003). Algumas explicações sobre as razões da crise editam velhos discursos, de verniz progressista ou liberal, justificando soluções técnicas, como se essas não estivessem prenhes de interesses políticos. Defende-se uma maior regulamentação do uso dos repasses financeiros para as esferas sub-nacionais (PESTANA & MENDES, 2004; BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b), como se esse fosse o fulcro dos problemas, e não uma dificuldade visceral de trabalho conjunto e cooperativo.

Nota-se, pois, enorme sincronicidade entre os problemas relatados anteriormente e os intrínsecos ao SUS, onde as relações entre os diversos atores oscilam sempre entre a cooperação e a competição (GUIMARÃES & GIOVANELLA, 2004), vivendo sempre entre ambiguidades, imprecisões e divergências. No referente à gestão e organização da saúde nas regiões metropolitanas, o debate mal se delinea.

A atual Constituição menciona no artigo 25 parágrafo 3º que quando ocorrer criação formal de RMs, estas deverão cumprir o papel de "planejamento, organização e execução de funções públicas de interesse comum" (BRASIL, 1988). Essa situação implica uma adequação da forma de pactuação intergestores à área da saúde e em específico à questão da regionalização, para garantia de outros preceitos constitucionais específicos à saúde (integralidade, hierarquização, acesso universal), dificultados pela formalização dada e constituída das formas duras de administração dos territórios, de suas fronteiras, de suas riquezas e de sua gente.

Nesse amplo contexto, cumpre buscar ainda outros elementos que possam contribuir para o estudo proposto.

Federalismo Brasileiro e o Sistema Único de Saúde

O termo Federalismo designa a teoria do estado federal, modelo constitucional em que cada uma das esferas de governo, variáveis em quantidade e configuração de acordo com o país, tem os seus próprios órgãos

governamentais, supondo cooperação política para divisão de poder e responsabilidade entre elas. Envolve tanto os recursos e encargos quanto a institucionalidade das relações inter e intraorganizações do Estado e de seus poderes (NATAL, 1996).

Segundo Levi (1993), o conceito de federalismo deve ser considerado mais pelo que nega do que pelo que afirma, já que as experiências iniciais de nações federais se manifestaram por oposição e negação aos Estados nacionais. O modelo consolidou-se, sobretudo, como um sistema extraeuropeu de organização do Estado, marcado pela coexistência de mais de uma soberania, a da União, detendo o controle de algumas funções comuns e das unidades federadas, ocupando-se do restante (CAMARGO, 2001).

O projeto constitucional de um novo federalismo se inscreve em um contexto no qual a Constituição de 1988, bem como a maioria das constituições estaduais, mantém o espírito de rejeitar toda e qualquer vinculação com as políticas do regime ditatorial. Conflui para isso tanto direita quanto esquerda, com intentos diferentes, mas projetos convergentes. Ambos defendiam a ideia de que 'descentralizar é preciso', os primeiros pela necessidade de reduzir as demandas sobre o sistema político, diminuindo a presença pública do estado pela descentralização de suas instâncias decisórias e administrativas. A esquerda, como oposição ao centralismo ditatorial, via a descentralização como simbolismo ou sinônimo de democracia, caminho para a desativação da burocracia tecnocrática de antes, visando a uma abertura à participação cidadã nas estruturas e processos decisórios (FIORI, 1995).

Assim, o projeto constitucional de um novo federalismo deixa de tratar de questões cruciais em nome de um discurso antiautoritário, como o estatuto jurídico, político e administrativo dos territórios para além das fronteiras municipais (SOUZA, 2003). Antes, fortalece a esfera municipal, e conseqüentemente suas fronteiras e territórios. E por mais que a Carta determine a provisão de políticas públicas pelos três entes federados, não define os mecanismos de cooperação que deveriam nortear as relações entre eles.

No referente às regiões metropolitanas, apesar de ter incorporado um capítulo sobre política urbana, em que alguns instrumentos de regulação do território foram contemplados, não se detém sobre a problemática metropolitana. Deixa aos estados a responsabilidade de legislar sobre o assunto:

Art 25, § 3º Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de Municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum. (BRASIL, 1988)

Para uma Constituição que regulou detalhes e tinha também um caráter programático, a ausência de preocupação com tal temática é inquietante.

O que se agrava ainda mais pela constatação do enfraquecimento que a esfera estadual tem na Carta.

Para Souza (2003, p. 152), “em países federativos a forma, o conteúdo e as regras formais e informais que regem as relações intergovernamentais fornecem importantes pistas sobre como o federalismo opera na prática”. A pouca regulamentação da gestão metropolitana na Constituição de 1988, e nas consequentes constituições estaduais reflete uma baixa incorporação do tema na agenda política pós-1988, tanto no que se refere a aspectos legislativos quanto de inovações na gestão pública do território e das regiões.

Outra questão está relacionada à temática em relação à saúde. A maior parte das experiências relatadas na literatura não aborda a saúde como ‘problema’ metropolitano. Estes geralmente se restringem à chamada área de infraestrutura, e outras questões, como violência, habitação etc. A Constituição de 1988 deixa aos estados a responsabilidade de criar e gerir as RM em prol de ‘interesses comuns’, sem nenhum apontamento de quais seriam esses.

A saúde resolve isso de maneira endógena, propondo uma regionalização própria e descolada do debate federalista e da dinâmica da relação intergestora mais ampla. Mérito pela iniciativa, mas, ao mesmo tempo, ao fechar-se a um debate por demais intrínseco, não acompanhou a crise do sistema federativo, nem pôde contribuir nesse debate. É claro que, inversamente, a crise (federativa, política e econômica) acompanhou a saúde, e o municipalismo autárquico (MENDES, 1996) e predatório ficou extremamente afetado pela diminuição da capacidade de financiamento do Estado brasileiro, fragilizando ainda mais a base de sustentação fiscal de estados e municípios (FIORI, 1995).

Encontramo-nos, pois, em uma conjuntura em que urge repensar algumas estratégias em relação às relações intergestoras, seja no sistema de saúde ou mesmo no sistema político nacional, agregando inclusive a questão metropolitana ao tema. A questão fundamental que aqui se põe é que para analisar o equilíbrio entre os níveis de governos é preciso considerar o grau de centralização/descentralização de poder.

A Constituição de 1988 cria uma artificial posição institucional de igualdade entre os entes federados. O teste sobre a capacidade de gestão das três esferas e da funcionalidade de suas respectivas atribuições, ocorrente desde a promulgação da Carta, não tem favorecido a real instauração de um federalismo que envolva as três ideias que o sustentam em seu desenho mais idealizado: a ‘igualdade’ entre os entes federados, a ‘integridade’ e autonomia das suas esferas, e a ‘cooperação’ ou pacto entre eles (LIMA, 1999), oscilando sempre entre a coesão e a fragmentação, a cooperação e o conflito (RIBEIRO, 2004).

No caso do SUS, a organização do sistema de saúde brasileiro desenhada com base na Constituição de 1988 é designada aos órgãos executivos

dos entes federados, e exercida por meio de produção normativa infra-legal. Tais funções executivas em cada instância são restringidas pelo imperativo de articulação e pactuação com as demais esferas gestoras do SUS, e dependentes de deliberações e autorizações dos conselhos de Saúde, que representam a democracia participativa, inovação de nossa 'constituição cidadã', com poder deliberativo e fiscalizador. Com isso, as decisões tomadas para atender às necessidades e demandas da sociedade em termos da proteção da saúde se concretizam em uma agenda política e técnica extensa e povoada por propostas e desafios.

Porém, além da defesa e politização do SUS como sistema universal e de proteção social para o cidadão brasileiro, e também para além dos demais assuntos relacionados à operacionalização e organização das ações e serviços, essa agenda tem de agregar na discussão da descentralização e da regionalização a questão metropolitana em toda sua importância e com todos os seus desafios, para atender plenamente a essa especificidade locoregional e diminuir os impactos das políticas anteriores geradoras de uma hipertrofia do papel dos municípios, de pouca horizontalidade nas relações intergestoras.

Desse modo, as metrópoles e grandes centros são variáveis fundamentais a serem consideradas, seja na forma de relacionamento entre os governos e gestores setoriais, seja na partição de recursos, ou nos aspectos relativos à organização de serviços e sistemas de cuidados.

Atenção à Saúde nas Metrôpoles

No Brasil não se conseguiu estruturar plenamente um sistema interno com mecanismos eficazes de cooperação entre entes governamentais que permitissem uma melhor governança metropolitana. Contudo, há um amplo espectro de outros modelos institucionais metropolitanos propostos e debatidos por legisladores, lideranças políticas, sociedade e pesquisadores em alguns fóruns e arenas onde o tema é pautado. O Congresso Nacional, em particular a Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior, as conferências das cidades, bem como algumas iniciativas ligadas ao terceiro setor ou ao ambiente acadêmico, como o Observatório das Metrôpoles, Centro de Estudos da Metrópole (CEM), o Projeto Qualidades, entre outros, enfrentam o desafio de tentar estabelecer centralidade do tema metropolitano na agenda política brasileira.

Sendo bastante complexos os processos de formulação e implementação de políticas, dada a diversidade de atores que deles participam, com diferentes condições de exercício de poder político ou econômico, divergentes e ora contraditórios posicionamentos político-ideológicos, ampla variedade de regras e cenários em que atuam, é compreensível que os desenhos e ins-

trumentos de planejamento regional ou metropolitano propostos reflitam toda essa pluralidade.

A montagem de uma estrutura de gestão metropolitana ou regional se faz premente para dirimir o vácuo causado pela ausência de instituições que possam dar conta da complexidade dos problemas metropolitanos e urbanos, em seu desenho, sem esquecer as questões técnicas, deve operar segundo o princípio da negociação, visando a uma maior capacidade de implementação de decisões sobre políticas públicas.

Os desafios de gestão e organização de sistemas de saúde nos grandes centros se impõem em pelo menos duas dimensões: a) a conformação de modelo assistencial, que deve se manter alinhado com o Sistema Único em suas diretrizes e princípios, mas se adequando às peculiaridades que a dinâmica urbana impõe; b) as formas de gerir o território para além das fronteiras administrativas, pois, por mais que estejam definidas normativamente, as competências de cada esfera no SUS, os aspectos de mobilidade nos grandes centros derrubam toda a arquitetura institucional de pactuação de referências e recursos, já que essa é baseada no território de moradia, mas os cidadãos estão se movimentando todo o tempo, por trabalho, consumo ou lazer.

Há enorme capacidade instalada para oferta de serviços de saúde nos grandes centros urbanos, sobretudo na chamada média e alta complexidade, mas essa não se converte efetivamente em acesso para os cidadãos, seja do próprio município ou do conjunto do tecido urbano metropolitano. O problema se agudiza ao verificar que a essa limitada capacidade de resposta, outros dois problemas se apresentam com vigor: primeiro, as dificuldades de implantação e qualificação da atenção básica e da estratégia de saúde da família diante dos constrangimentos relacionados à violência urbana, situações de pobreza extremada e desigualdades sociais (VIANA et al., 2002).

O segundo problema relaciona as extremadas taxas de morbi-mortalidade por violência no trânsito e armas, com o crescimento da população idosa e de seus agravos típicos nos territórios metropolitanos, gerando alta demanda para os serviços de urgência e emergência. Somam-se a esses problemas da assistência os componentes sócioeconômicos típicos das regiões metropolitanas, onde a riqueza em geral se concentra na capital ou polo, fazendo com que os moradores dos municípios do entorno se mobilizem em direção ao centro, em busca de trabalho, consumo e serviços públicos. O cenário é muitas vezes calamitoso, pois o que se vê é uma rede assistencial desarticulada, mal distribuída, mal equipada e de baixa qualidade, gerando barreiras ou exclusão do acesso aos serviços de saúde.

Apresentamos a seguir algumas estratégias de atenção à saúde e organização do sistema, orientadas para as metrópoles e grandes cidades.

ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOS GRANDES CENTROS – O foco das políticas indutoras centrais no início da

implementação do Programa Saúde da Família (PSF) está nos municípios de população entre 5 e 10 mil habitantes, identificados como de risco pelo Mapa da fome do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (Ipea). Com a Norma Operacional Básica de 1996, e a seguir com a Noas, o PSF passa a ser tratado como a principal estratégia de expansão da atenção básica, e sobre a qual o sistema como um todo deve se organizar e estruturar.

No entanto, se no conjunto do território nacional o PSF teve expansão em progressão constante e rápida, sobretudo após 1998, nos grandes centros a cobertura da estratégia tem sido lenta e com inúmeras dificuldades e constrangimentos para se transformar em modalidade estratégica para a qualificação do sistema de saúde nesses territórios (BOUSQUAT et al., 2005).

Diante desse quadro, o Ministério da Saúde, em 2002, negociou com o Banco Mundial recursos para investir na melhoria da rede física, equipamentos, capacitação, visando a converter o modelo de Atenção Básica nos grandes centros urbanos, ou melhor, nos municípios com populações acima de 100 mil habitantes. Muda, ou amplia, o foco de indução, já que a política de repasses de recursos priorizava até então municípios de menor porte.

A política de expansão da estratégia de Saúde da Família para os grandes centros urbanos brasileiros é provavelmente a primeira grande iniciativa do SUS para qualificar a atenção nessas configurações territoriais.

Porém, as justificativas para alteração desse foco remetem sempre à necessidade de ampliar a cobertura nessas regiões, sem problematizar e atacar os impasses de implementação da estratégia de Saúde da Família nesses territórios, já fartamente mencionados em inúmeros estudos, e que apontam para muitos determinantes e condicionantes de necessária ação intersetorial (BOUSQUAT et al., 2005).

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS – Constitui-se na segunda grande estratégia do SUS orientada para os grandes centros, que se justifica pela reafirmada incapacidade do sistema de saúde de tratar da problemática nessas regiões, com elevados índices de morbi-mortalidade por causas externas e complicações cardíacas e hipertensivas, gerando morte, invalidez e incapacidade.

A política é composta por vários componentes que se articulariam, com o propósito de redimensionar a oferta e organização das redes de urgência e emergência nas grandes cidades. Entende-se a necessidade de também hierarquizar o atendimento urgencial, com cada ponto assistencial do sistema articulado em algum dos componentes da política. No componente pré-hospitalar fixo, foco na qualificação dos profissionais de saúde para atender necessidades em seu posto de trabalho, seja um módulo do PSF ou uma unidade de maior porte. O componente pré-hospitalar móvel, comumente chamado de Samu, ou serviço de atendimento móvel de urgência, com veículos de diversos tipos preparados para dar suporte básico ou avançado

em domicílios e vias. O componente hospitalar, focado na qualificação de processos e fluxos de trabalho dentro das emergências e unidades hospitalares. E o componente pós-hospitalar, constituindo estratégias de 'porta de saída' do sistema, como o programa de atendimento domiciliar, e, mais uma vez, articulado com o PSF nas comunidades onde este estiver implantado. Apesar da ousadia da proposta, apenas alguns dos componentes foram amplamente difundidos, como o Samu. Há o propósito expreso de investimento para ampliação da política.

GESTÃO REGIONAL – O exercício da descentralização brasileira, conjugado com a luta pela democratização do país, focalizou o município como ente federativo responsável pela gestão e organização dos sistemas locais. Às esferas estaduais e nacional caberiam a regulação, coordenação e apoio sistemático ao conjunto de municípios, procurando assegurar o caráter único e integrado do sistema. Muitos foram os avanços obtidos com a implantação dessa concepção sanitária, mas que teve também diversos efeitos paradoxais, entre eles a fragmentação do sistema e a baixa capacidade de integração e solidariedade entre o conjunto de atores. O desenho federativo brasileiro está diretamente relacionado a esse paradoxo, pela perspectiva, já discutida, de um municipalismo radical, que interpreta a legislação vigente delegando autonomia absoluta a cada gestor local, e não uma autonomia com responsabilidades e interdependências dos demais atores. Esse diagnóstico já fora feito, e a Noas traz a regionalização como um de seus eixos, visando a garantir uma articulação sistêmica de todos os entes federados, tomando-se por base desenhos regionais e sistemas funcionais de prestação de serviços.

A Noas não logrou êxito nesse seu propósito, ao menos como política disseminada em todo o território nacional. A necessidade de criar dispositivos de gestão regional permaneceu em pauta, e tem sido encaminhado nos fóruns de discussão e pactuação do SUS (CIT – Comissão Intergestora Tripartite e CNS – Conselho Nacional de Saúde) dentro das novas regulamentações que têm sido chamadas em seu conjunto de Pactos do SUS ou Pacto de Gestão.

Algumas experiências de gestão colegiada regional foram exercitadas (LIMA et al., 2004; FERLA et al., 2002), e seus êxitos e dificuldades têm apoiado as reflexões e discussões sobre o escopo das novas proposições. Sistematizamos e elencamos abaixo diversos elementos que podem apoiar e qualificar a gestão regional e a formatação dos colegiados regionais:

- Desburocratização dos fluxos e das instâncias de negociação consensual (comissões intergestoras), ampliando o caráter técnico e político das pactuações, ganhando em eficiência e transparência;
- Garantir maior permeabilidade ao controle social das comissões intergestoras;
- Descentralização para as comissões intergestoras estaduais (CIBs)

dos processos administrativos relativos à gestão, ações realizadas atualmente pelo Ministério da Saúde e CIT;

- Criação de espaços regionais de gestão colegiada, articulados com a CIB estadual, mas com algum grau de descentralização de suas funções gestoras;
- Ampliação da utilização dos consórcios públicos para apoio gerencial à gestão regional. Os consórcios devem se encarregar apenas de funções não exclusivas de estado, não substituindo as responsabilidades e competências dos gestores estaduais, municipais e dos colegiados regionais a serem criados;
- Flexibilidade institucional: o formato dos colegiados deverá ser pactuado em cada região, de acordo com suas características políticas, socioeconômicas e sanitárias;
- Garantir o equilíbrio entre representatividade e paridade dos atores municipais e estaduais;
- Articulação com Ministério da Saúde nas regiões com os fluxos interestaduais;
- Articulação com o Ministério da Saúde para definição de políticas referentes às regiões metropolitanas;
- Definição de como se dará o debate, planejamento e negociação quando houver ações de cunho inter-regional;
- Forte investimento das Secretarias de Estado de Saúde em pessoal com habilidade e competências de gestão, fortalecendo a capacidade técnica para o apoio e abordagem mais eficaz e eficiente nos municípios e junto aos colegiados regionais;
- Participação de outros atores regionais no Colegiado ou em suas câmaras técnicas, ora por tema específico, ora permanentemente, com ou sem direito a voto (Ministério Público, universidades, Frente de prefeitos, Ministério da Saúde, órgãos de Educação, órgãos ambientais etc.), de modo a fortalecer a ação intersetorial, tão pouco presente na gestão do SUS;
- Criação de espaços regionais de controle social e participação popular;
- Garantir a articulação e representatividade do controle social nos colegiados ou, se criados conselhos regionais de Saúde, definição dos fluxos entre colegiados e conselhos;
- implementação de conselhos gestores nas unidades de cunho e função regional;
- ampliação da gestão participativa e da regulação externa e democrática do sistema público de saúde, articulando com Ministério Público e outros órgãos locais de representação popular não ligados diretamente à saúde;
- ampliação das estratégias de comunicação com a população mais geral, seja por divulgação e educação em saúde, ou por articulação com os diversos tipos de Mídia;

- garantir que a participação da sociedade civil não seja encarada pelo aspecto refratário ou tutelado, tão recorrente na relação entre governos e conselho; definir fontes estáveis, suficientes e permanentes de recursos financeiros para investimentos e ações de cunho regional;
- definir meios e instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação que meçam a eficiência no uso dos recursos e a eficácia das ações ofertadas e dos serviços pactuados pelo colegiado regional;

Os critérios acima não se tratam de prescrições. Mantendo a lógica de que o SUS se orienta mais fortemente pela vertente da 'Cooperação voluntária', entre as várias proposições e alternativas aventadas de gestão regional, a negociação e pactuação dos formatos deve orientar a criação das instâncias regionais de gestão. Assim, também a questão metropolitana fica contemplada, entendendo que suas especificidades deverão ser tratadas dentro da seriedade técnica e política que exigem.

Considerações finais

As áreas metropolitanas e os grandes aglomerados urbanos brasileiros constituem realidades sociais, econômicas e culturais bastante complexas. Sua extremada concentração urbana e a imensa rapidez em seu crescimento populacional não são acompanhadas por crescimento econômico compatível, e nem por contrapartidas necessárias em termos de aumento na oferta de habitações, saneamento, empregos, renda e equipamentos de proteção social. Esta situação faz com que boa parte da população viva em condições precárias ou mesmo degradantes. O crescimento da miséria é seu reflexo mais imediato, mas há implicações diversas em vários outros aspectos da vida social e econômica. Violência e insegurança, aumento do tráfego de veículos, alta mortalidade por acidentes no trânsito, informalidade nas ocupações, precarização das habitações e favelamento, poluição do ar, da água e sonora, iniquidade na distribuição da oferta e do acesso a serviços públicos, entre outras agruras.

Essa 'questão urbana' não é um problema exclusivo para o Brasil. Porém, ela é majorada nos países periféricos. Segundo projeções da ONU, o ritmo de urbanização continuará forte em todo o mundo, com especial ênfase à multiplicação das grandes cidades nas regiões e países pobres, onde a desigualdade e a exclusão social agravam sobremaneira os problemas gerados pela alta concentração urbana.

Há problemas gerais de articulação e relacionamento intergovernamental, um vazio institucional no que se refere ao enfrentamento dos problemas comuns, conflitos de interesse e problemas financeiros e gerenciais, no trato das questões específicas para os territórios de alta concentração urba-

na, onde a cidade real é formada por diversos municípios com fronteiras diluídas. Exige-se, pois, premência da inserção da dimensão metropolitana nas diferentes políticas setoriais, considerando suas peculiaridades.

Na saúde, essas peculiaridades se manifestam em dificuldades na ação setorial, seja na organização da rede, em ações de vigilância e em diversos outros aspectos de qualificação do sistema. Cumpre frisar, porém, que a maior parte dos determinantes e condicionantes do adoecer metropolitano se encontra no modo de vida e organização social desses territórios, portanto não exclusivos do setor saúde. Logo, sendo um dos setores que sofrem os maiores efeitos da estrutura social, as políticas de saúde exigem, além de especial esforço intrínseco a suas responsabilizações, uma intensificação da promoção de ações e articulações intersetoriais.

O desenho e as estratégias de implementação das políticas de saúde nos grandes centros urbanos brasileiros têm de levar em conta os territórios concretos onde residem as populações a que estas políticas se destinam. Fundamentalmente porque, se pretendemos uma política de saúde com poder de interferência sobre a sua realidade e para desenvolver a qualidade de vida da população, a análise do impacto do fenômeno urbano se impõe, pelo seu caráter universal no mundo contemporâneo, nos processos de formulação e implementação de políticas. Há relevância em abordar a temática urbana no bojo de qualquer proposta assistencial e de gestão, bem como na pesquisa e investigação científica, para o sistema de saúde brasileiro, por seu impacto no âmbito das relações intergovernamentais, no acesso a serviços públicos e outras dimensões associadas à realidade cotidiana da maioria dos brasileiros.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 14, n. 40, p.111-141, 1999.

BOUSQUAT, A. & NASCIMENTO, V. B. A metrópole paulista e a saúde. *São Paulo em Perspectiva*, vol. 15, n. 1, p.112-120, 2001.

_____; COHN, A.; ELIAS, P. E. M. O PSF e a dinâmica urbana das

grandes cidades. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M.; IBÁÑEZ, N. (Orgs.). *Proteção social*. Dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília-DF, Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional de Assistência à Saúde – Noas SUS 01/02*. Regionalizando a assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília-DF, Secretaria

de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

_____. Conasems. Documento final do XXI Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Brasília-DF: Conasems, 3 p., 2005a.

_____. Ministério da Saúde, Conass, Conasems. Documento base para o processo de trabalho de discussão e elaboração de propostas para construção do Pacto de Gestão. Brasília-DF, 5 p., 2005b.

CARDOSO, F. H. A cidade e a política. *Cadernos Cebrap - A cidade e o campo*. São Paulo: Cebrap, n. 7, 1972.

CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 13, n. 3, p. 469-478, Rio de Janeiro, 1997.

CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial Ltda, 1991.

FERLA, A. A.; JAEGER, M. L.; PELEGRINI, M. L. M.. A gestão da saúde no contexto do SUS: descentralização, integralidade e controle social como desafios para os governos. In: SOARES L.T. (Org.). *Tempo de Desafios: a política social democrática e popular no governo do Rio Grande do Sul*. Petrópolis: Vozes, 2002.

FIORI, J. L. O federalismo frente ao desafio da globalização. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, n. 115. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, 1995.

FREITAG, B. *Cidade dos homens*. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro, 2002.

GUIMARÃES, N. A. *Regiões metropolitanas - aspectos jurídicos*. 43 p, 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5050>>. Acesso em: 15/09/2005.

GUIMARÃES, L. & GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, vol. 16, n. 4, p. 283-288, 2004.

LEVI, L. Federalismo. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*, vol. 1. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1993.

LEVCOVITZ E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 6, n. 2; p. 269-291, 2001.

LIMA L. D. *O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do RJ*, 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social,

Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

LIMA, J. C.; MARTINS, W. J.; SILVA, J. P. V. Gestão de sistemas regionais de Saúde: da normatização à pactuação democrática. (Mimeo). Artigo aprovado para publicação na *Revista Saúde em Debate*, ainda não publicado, 2004.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4. ed., São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1999.

_____. *Os Grandes Dilemas do SUS - TOMO I*. Salvador, BA: Casa da Qualidade; 2001a.

_____. *Os Grandes Dilemas do SUS - TOMO II*. Salvador, BA: Casa da Qualidade; 2001b.

_____. *Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02*. 1º Seminário para construção de consensos: organização, gestão e financiamento do SUS. Brasília: Conass, 2003.

NATAL, J. L. A. Agudização do problema federativo e esgotamento do padrão de desenvolvimento no Brasil. In: *Espaço e Debates*, n. 39, p.65-74, 1996.

PESTANA, M. & MENDES, E. V. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004, 80 p.

RIBEIRO, L. C. R. (Org.). *Metrópoles: entre a coesão e a fragmentação, a cooperação e o conflito*. Rio de Janeiro, São Paulo: Fase - Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional, Fundação Perseu Abramo, 2004.

SASSEN S. *The Global city*. Princeton: Princeton University Press, 1991.

_____. *As cidades na economia mundial*. São Paulo: Studio Nobel, 1998.

SOUZA, C. Regiões Metropolitanas: condicionantes do regime político. *Lua Nova*, n. 59, p.137-159, 2003.

TOPALOV, C. *La urbanizacion capitalista*. México: Edicol, 1979.

VIANA, A. L. D; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol 7, n. 3, p.493-507, 2002.

TERRITÓRIO SITUADO, REDES DE CONVERSAÇÃO E COORDENAÇÃO: NOVAS PERSPECTIVAS PARA A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

Juliano de Carvalho Lima

Introdução

Entre os múltiplos sentidos da integralidade em saúde (PINHEIRO & MATTOS, 2001) está aquele associado à capacidade de os sistemas de saúde garantirem a continuidade do cuidado entre os diferentes serviços que compõem uma rede assistencial, incluindo a atenção primária, secundária e terciária. No Brasil, a maior parte dos municípios não é capaz de possuir em seu território a totalidade de serviços necessários ao atendimento. Neste caso, a integralidade somente pode ser alcançada da região de saúde, compreendida aqui como o espaço que integra diferentes municípios e onde estão presentes os serviços necessários ao atendimento de patologias, desde as mais corriqueiras até as mais graves e que exigem cuidados intensivos em tecnologia.

Garantir a integralidade da atenção exige, então, a estruturação de redes supramunicipais capazes de oferecer, de maneira coordenada, ações que articulem os diversos serviços e que viabilizem a continuidade do cuidado.

Em que pese os avanços da descentralização da gestão da saúde no Brasil, até o momento não foi possível superar a atomização do sistema, permanecendo uma variedade de sistemas locais incapazes de oferecer atenção integral à saúde de suas populações. O Sistema Único de Saúde, embora tenha sido criado visando à constituição de redes de serviços capazes de permitir o acesso de qualidade a todos, ainda é um sistema fragmentado, com distribuição desigual dos recursos e articulação insuficiente entre os serviços, principalmente quando localizados em municípios diferentes.

Por isso, a introdução de mecanismos que organizem a rede de serviços de forma regionalizada em espaços supramunicipais é uma questão central e tem sido objeto recente de discussões no processo de formulação de políticas de saúde no Brasil. A organização do SUS é, do ponto de vista de sua racionalidade, necessariamente intermunicipal. A organização básica do sistema não é o município isolado, mas a região sanitária, e o grande desafio gerencial e técnico do processo de descentralização hoje é realizar a integração entre os serviços no âmbito regional.

A regionalização significa um passo importante para a constituição de sistemas integrados de serviços de saúde, cujas características básicas

podem ser agrupadas em torno de três pontos centrais: atenção à saúde por meio de um conjunto de serviços capazes de garantir a continuidade do cuidado desde a atenção primária até a terciária; a integração destes serviços por meio de um sistema de gestão do fluxo dos usuários; e a existência de uma população adscrita cuja saúde é de responsabilidade inequívoca do sistema (MENDES, 2001).

A integralidade da atenção passa pela organização regionalizada de serviços de saúde, e a regionalização, por sua vez, exige não apenas uma delimitação geográfica de serviços organizados em regiões e microrregiões no mapa, mas fundamentalmente um conjunto de interações que são estabelecidas no território e que fazem com que os usuários recebam o atendimento do qual necessitam. Garantir o acesso aos serviços de saúde exige um grande esforço de coordenação de unidades que se localizam em municípios distintos.

Em função das necessidades dos pacientes, é preciso coordenar as ações entre o posto de saúde e o hospital; entre o setor público e o privado; entre os governos federal, estaduais e municipais; entre os municípios; entre o hospital localizado no município A e o localizado no município B; entre o hospital público localizado no município A e o hospital privado localizado no município B; entre o serviço de urgência localizado no município A e o hospital localizado no município B, e assim por diante. Tendo em vista o quadro institucional do sistema de serviços de saúde brasileiro, um dos grandes desafios da gestão é a coordenação. É a situação de interdependência no campo da assistência e da saúde coletiva que impõe a necessidade de ações cooperativas, uma vez que estas se mostram mais efetivas na garantia do atendimento aos pacientes.

Além do sofrimento gerado no paciente, que, em geral, espera que os serviços estejam integrados para lhe garantir a atenção adequada, a fragmentação da atenção e a inadequada coordenação entre os serviços constituem uma fonte permanente de desperdício de recursos, de superposição de ações e de iniquidades na prestação da atenção.

Assim, a integração dos serviços de saúde aparece como um dos atributos fundamentais das reformas de políticas públicas no Brasil, tendo em vista a fragmentação dos modelos assistenciais e as suas consequências para o sistema de saúde (ineficiência) e para a população (dificuldade de acesso, iniquidades, descontinuidade no cuidado, sofrimento).

Este artigo é fruto da preocupação com tais questões. Ele aborda a problemática da coordenação intergestores e interserviços em sistemas regionais de serviços de saúde, onde se entende por coordenação intergestores o conjunto de relações estabelecidas entre os gestores do sistema de saúde (secretários de saúde; coordenadores de programas e áreas), com vistas a coordenar ações voltadas para o adequado funcionamento do sistema, e por coordenação interserviços o conjunto de relações estabelecidas entre

gerentes e profissionais que atuam nos serviços de saúde (hospitais, serviços pré-hospitalares de urgência, centros diagnósticos etc) com o mesmo objetivo, embora geralmente voltado mais diretamente para o processo de assistência aos usuários.

Para tanto, parte-se de uma definição de Região-Território Situado, que considera a região de saúde como um território complexo, no qual se articulam diferentes atores sociais, e não apenas o local onde se localizam serviços de distintos níveis de complexidade. A partir de então, adota-se uma abordagem comunicativa dos processos de coordenação das ações de saúde neste território, partindo-se do pressuposto de que não são apenas instrumentos e estruturas que sustentam uma rede regionalizada de serviços de saúde, mas que são as relações pessoais e as conversações que se estabelecem entre os gestores, profissionais de saúde e usuários os processos fundamentais para a garantia da integração dos serviços de saúde e da integralidade da atenção.

Nesta perspectiva, enfatiza-se a emergência de uma visão relacional e dialógica da coordenação em regiões de saúde e realiza-se uma reconstrução comunicativa da coordenação.

Para ilustrar esse caráter comunicativo da coordenação, utiliza-se o estudo de caso de um Serviço Móvel de Atenção às Urgências da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.

A Região de Saúde como um Território Situado

Na área da saúde, a ideia de regionalização provém, de maneira mais sistematizada, do *Relatório Dawson*, elaborado na primeira metade do século XX na Inglaterra. No Brasil, ganhou força a partir do Movimento da Medicina Comunitária, que acolhe o termo, apostando no seu potencial para maximizar a oferta de serviços de saúde. Esta maximização se daria graças à possibilidade de organizar a assistência regionalmente, segundo níveis de complexidade. O movimento dos Sistemas Locais de Saúde, em especial na abordagem do Distrito Sanitário, tomou esta diretriz como imprescindível para a efetividade e eficiência das ações de saúde.

Já em 1986, após a VIII Conferência Nacional de Saúde, consolidava-se a regionalização como fundamental na organização do sistema de saúde brasileiro. A experiência das Ações Integradas de Saúde permitia, inclusive, realizar uma análise crítica com relação à implementação daquela diretriz, ao mesmo tempo em que se buscava reforçá-la enquanto estratégia assistencial (SANTOS, 1986).

A regionalização está relacionada ao processo de construção de uma suficiência para o sistema de saúde em termos de capacidade resolutiva no âmbito de uma determinada área, que pode ser constituída por um

conjunto de municípios, onde determinada densidade populacional, estrutura de produção sanitária e características epidemiológicas associadas configuram o escopo territorial.

A preocupação é racionalizar a oferta de bens e serviços gerados pelas estruturas de produção sanitárias que formam o modelo assistencial e se configuram na produção e distribuição dos bens e serviços de saúde gerados em uma área, por um determinado grau tecnológico (recursos humanos e equipamentos). Devem ser distribuídos segundo o seu nível de complexidade, articulados com os procedimentos que são necessários aos níveis da atenção à saúde, o que permite uma organização hierárquica da assistência.

Lima (1999, p. 9) define regionalização como “um esquema de implantação racional de serviços e ações de saúde em um espaço definido, organizado e integrado dentro de disposição hierárquica, que otimize a oferta e aumente sua capacidade resolutiva sem sobreposição ou desperdício de recursos”.

Na área da saúde, o tema regionalização está centrado na discussão sobre oferta e acesso a serviços de saúde, configurando-se enquanto uma proposta racionalizadora de organização da assistência. Tal abordagem restringe o objeto de discussão, centrando-o quase que exclusivamente nas ações de assistência à saúde. Deste modo, o componente político da regionalização fica esvaziado.

Procurando superar uma visão exclusivamente racionalizadora, centrada na discussão da oferta de serviços, assume-se uma compreensão do processo de regionalização em saúde que define o *locus* regional de modo a incorporar a região como produto e produtora da divisão social-produtiva e da dimensão das relações sociais, e não apenas o território onde se localiza e articula um conjunto de serviços de saúde de diferentes níveis de densidade tecnológica.

O conceito de Território Situado (MISOCZKY, 2002) apoia esta outra compreensão, pois considera todas as dimensões caracterizadoras do recorte socioespacial. A região é assim situada a partir: a) das relações de poder e dos conflitos existentes entre os atores que habitam o território, constituindo uma rede complexa de relações sociais; b) das acumulações e dos fluxos criados a partir da movimentação dos atores sociais no tempo e no espaço; c) da projeção da identidade dos atores sobre o território; d) da vivência dos atores sociais no território, tendo em vista o projeto de vida de cada um; e) das imagens, representações e projetos que permitem ao indivíduo tomar consciência de seu espaço (consciência territorial).

Segundo Misoczky (2002, p. 85), “não é possível compreender qualquer território sem partir das territorialidades, sem conhecer os fluxos espaciais e temporais, sem identificar as relações à distância, sem compreender as relações de poder e os interesses em disputa, sem, enfim, incorporar o movimento e a política”.

Esta maneira de perceber a região (Região-Território Situado) estabelece uma relação direta entre a forma e o processo de regionalização. Isto significa que regionalizar não é eternizar uma relação espacial, mas sim estabelecer uma integração de entes culturais, políticos e econômicos, com base nos interesses historicamente constituídos no espaço social.

A realidade do território não se restringe à distribuição espacial de bens materiais e de fluxo de pessoas. A territorialidade é fruto das articulações de categorias como organização social – em que estão as regras de relacionamento – e das configurações e formas – que são os aspectos visíveis. Assim, a questão da regionalização relaciona-se com a ideia de território, porção do espaço em que as pessoas vivem e desenvolvem suas atividades rotineiras, produzindo e reproduzindo suas relações sociais, em uma permanente construção material da vida em sociedade.

A noção de Região Território Situado traz consigo a necessidade de pensar a integralidade da atenção para além do estabelecimento de fluxos de pacientes entre os serviços de saúde. Ganha espaço, então, a compreensão de que são as interações entre os diversos atores envolvidos no processo de atenção à saúde que de fato constroem a integralidade da atenção.

Segundo Feuerwerker et al (2000, p.10),

apesar de nesse processo [constituição de redes de serviços de saúde] estarem envolvidas instituições e projetos, são sempre pessoas que se articulam e conectam. São sempre pessoas que constroem vínculos. É a unidade básica do vínculo, a relação entre sujeitos, que vai conformar uma rede.

Rovere (1998, p. 30) também reforça a concepção acima.

Redes são redes de pessoas, se conectam ou vinculam pessoas, ainda que esta pessoa seja o diretor da instituição e se relacione com seu cargo incluído, porém não se conectam cargos entre si, não se conectam instituições entre si, não se conectam computadores entre si, se conectam pessoas. Por isto é que se diz que rede é a linguagem dos vínculos.

Tal constatação possibilita pensar a integração de serviços de saúde com base em uma abordagem comunicativa.

Comunicação e Coordenação de Ações no Território Situado

Habermas (2002) afirma que é possível entender uma interação como a solução do problema de como os planos de ação de diversos atores podem ser coordenados de modo que as ações de um possam ser ‘ligadas’ às ações do outro.

A necessidade de ligação decorre do interesse que cada ator possa ter de cumprir seu plano de ação. “O problema de coordenação da ação verifica-se logo que um agente consiga materializar o seu plano de uma forma apenas interativa, ou seja, com a ajuda da ação de pelo menos um outro agente (ou da sua opção de se abster de agir)” (HABERMAS, 2002, p. 110).

Nos sistemas de saúde, essa é justamente a situação. O adequado atendimento às necessidades da população somente é possível à medida que as várias pessoas que atuam nos serviços (gestores, prestadores, profissionais e usuários) interajam uns com os outros.

Para uma efetiva coordenação da ação, é necessário um agir baseado na busca do entendimento (agir comunicativo), assentado na capacidade de os participantes da interação produzirem um consenso que irá motivar suas ações e promover a emancipação frente à dominação política e a liberação do homem para a reflexão crítica. Tal perspectiva não elimina e nem pretende eliminar o conflito. Busca sua solução via uma interação dialógica baseada em argumentos.

Voltando o olhar para os sistemas de serviços de saúde, compreende-se que a superação da fragmentação e a ampliação do acesso dependem de uma integração social através de valores, normas e processos de entendimento entre os implicados na provisão de serviços de saúde. Tendo em vista as atuais discussões sobre a integração de serviços no Brasil, em especial as que advogam a necessidade de uma perspectiva solidária de regionalização, deduz-se que as relações intergestores têm-se dado mais com base na competição por recursos escassos e na disputa pelo poder (agir estratégico).

Desse modo, a construção de um território integrado de serviços de saúde implica uma inter-relação entre interdependência, coordenação e integração, cujo eixo estruturante é uma dinâmica Rede de Conversações. Ou seja, é a Rede de Conversações que se estabelece entre os atores em situação, gestores, prestadores/profissionais e usuários, que garante o vínculo entre a interdependência, a coordenação e a integração (Figura 1).

Figura 1 - Compreensão comunicativa da inter-relação entre interdependência, coordenação e integração em saúde



A noção de rede traz, no plano técnico-operacional, a ideia de fluxo, de circulação, como, por exemplo, as redes de transportes, de água e esgoto, de telecomunicações e de pacientes. No plano estrutural-organizacional, remete a uma configuração policêntrica, constituída por nós ou nódulos e por vínculos que os inter-relacionam.

A ideia de Rede de Conversações remete a um conjunto de relações ou interações cujas ligações são mediadas pela conversa entre atores envolvidos em um contexto compartilhado. No âmbito específico de um sistema de serviços de saúde, trata-se de um conjunto de relações não hierárquicas e interdependentes, vinculando gestores, profissionais/prestadores e usuários mediante a Conversação para concretizar seus diversos interesses e promover a integração dos serviços.

Nesta Rede de Conversação, não transitam apenas informações, mas sim Atos de Fala, que comprometem aqueles que os efetuam frente a si mesmos e aos outros. Pedidos e compromissos, ofertas e promessas, assentimentos e recusas, consultas e resoluções se entrecruzam e se modificam de forma recorrente na Rede. Em particular, as promessas devem ser mantidas.

Segundo Teixeira (2003), em uma perspectiva de rede, o trabalho dos gestores e dos gerentes consiste não apenas em tomar decisões e resolver problemas sozinhos, mas, principalmente, em animar e manter a rede de conversas onde são trocados os compromissos. Os gestores e gerentes coordenam as ações. Irão, sobretudo, tentar discernir, durante suas atividades comunicativas, as novas possibilidades que poderiam abrir-se à comunidade e ameaçariam reorientar algumas de suas finalidades, gerando assim novos circuitos de conversa.

A noção é que uma rede integrada de serviços de saúde é operacionalizada por uma intensa Rede de Conversações, e sua análise constitui, portanto, um caminho possível para compreender o funcionamento da rede de serviços. Os nós da rede de serviços são unidos pelas conversações que se travam durante as interações. Esta Rede de Conversações é composta de distintos pontos de conversação interligados, passíveis de serem mapeados e analisados.

Em síntese, de acordo com este modelo, a integração dos serviços envolve atores, organizações e ações que são interdependentes. Essas interdependências são gerenciadas por mecanismos e processos de coordenação. Para coordenar suas ações, as pessoas se comunicam, e, durante essa comunicação (Conversação para Coordenação de Ações), decisões são tomadas e compromissos são gerados e negociados (Promessas e Declarações). A coordenação surge com base nos compromissos originados das comunicações realizadas entre os participantes.

A comunicação está no centro da análise, pois uma abordagem exclusivamente estrutural-funcionalista realiza uma exclusão da (inter)subjetividade envolvida nos processos de coordenação. Além disso, conforme a Teoria dos

Atos de Fala, a comunicação é ação. Assim, as Conversações e os Atos de Fala nelas implicadas tornam-se objeto privilegiado de análise da coordenação de ações entre serviços de saúde.

Atos de Fala, Conversação e Coordenação

Flores (1989) e Echeverria (1997, 2000) analisam as organizações como fenômenos linguísticos. Esta visão das organizações e do papel central das conversações decorre do papel gerativo da linguagem.

Quando um sujeito fala, não apenas descreve a realidade pura e simplesmente; ele gera realidade. A concepção de linguagem como ação supera a visão de que ela seria algo passivo, descritivo, em que a realidade viria primeiro e a linguagem serviria para descrevê-la.

Segundo Austin (1965), distinguem-se dois tipos de proferimentos: os constatativos e os performativos. Os primeiros são aqueles que descrevem ou relatam um estado ou uma situação, e que, por isso, se submetem ao critério de verificabilidade, isto é, podem ser rotulados de verdadeiros ou falsos. Já os enunciados performativos, são proferimentos que realizam uma ação, executam atos. Um Ato de Fala é, pois, um proferimento linguístico realizativo.

Dentro dessa perspectiva de linguagem como ação, Echeverria (1997), adaptando a classificação original de Austin (1965), distingue três categorias de enunciados de fala: as afirmações, as declarações e as promessas.

No caso das afirmações, a palavra adequa-se ao mundo. Geralmente, as afirmações correspondem a descrições da realidade. Trata-se de proposições acerca das observações feitas por alguém sobre algo no mundo objetivo. Quando alguém diz: “essa caneta é vermelha”, está fazendo uma afirmação.

Já as declarações são bem distintas das afirmações. “Quando fazemos declarações não falamos sobre o mundo, geramos um novo mundo para nós” (ECHEVERRIA, 1997, p. 75). Quando um juiz diz: “Inocente”, ou quando o gerente diz: “Você está despedido”, os sujeitos não estão se referindo a algo que passa no mundo, mas estão criando uma nova realidade, onde um suspeito se torna livre e um trabalhador, desempregado.

Por fim, as promessas implicam um compromisso manifesto mútuo. Esse compromisso constitutivo de uma promessa não é apenas um compromisso individual, mas também social.

A realização desses três Atos de Fala básicos apresenta relação com as pretensões de validade levantadas por um sujeito em comunicação com outros. Quando se faz uma afirmação, o falante compromete-se com a veracidade do que diz. Ao fazer uma declaração, compromete-se com a validade do que foi declarado, o que está em relação com as normas sociais construídas

pela sociedade. Por fim, quando se faz uma promessa, compromete-se com a sinceridade da promessa e com a competência para cumpri-la.

O segundo conceito importante para a abordagem comunicativa da coordenação é o de Conversação. Esta é, segundo Flores (1989), a unidade mínima de interação social orientada para a execução com êxito de ações. Para Marcuschi (2005), a Conversação é uma interação verbal centrada, que se desenvolve durante o tempo em que pelo menos dois interlocutores voltam sua atenção visual e cognitiva para uma tarefa comum. Deste modo, os Atos de Fala são subcomponentes da Conversação. Ou seja, uma Conversação envolve vários proferimentos linguísticos aceitos por dois ou mais interlocutores em uma interação voltada para uma atividade comum.

Para Echeverria (1997), a Conversação é o gênero básico da interação humana e sua característica importante advém do fato de ela incluir não apenas o falar, mas também o escutar. Está-se diante de uma Conversação quando o escutar e o falar estão 'interatuando' juntos. Em uma Conversação, a escuta é ativa, tendo em vista que cada interlocutor interpreta os Atos de Fala a sua maneira. Por isso, é possível dizer que a escuta valida a fala, sendo, portanto, uma precondição da fala efetiva.

Echeverria (1997) traz uma tipologia que contempla quatro tipos de conversação: a Conversação de Juízos Pessoais; a Conversação para a Coordenação de Ações; a Conversação para Possíveis Ações; e a Conversação para Possíveis Conversações.

Na Conversação de Juízos Pessoais, entra-se numa cadeia de juízos através dos quais busca-se interpretar o que ocorreu e as consequências derivadas do fato. Trata-se de uma ação que visa a dar sentido aos acontecimentos, é uma ação reflexiva.

Já a Conversação para Coordenação de Ações é aquela que leva as pessoas a atuarem sobre os problemas visando a superá-los. Não se trata de uma ação puramente reflexiva, portanto, mas sim de uma ação gerativa.

A Conversação para Possíveis Ações não está orientada para enfrentar os problemas em questão, mas sim para a ação de especular e explorar novas ações possíveis, novas possibilidades que podem ou não levar à coordenação da ação.

E, por fim, a Conversação para Possíveis Conversações é aquela que ocorre quando se julga não ser possível conversar diretamente com alguém acerca de algo.

Ao atribuir-se à coordenação um caráter preponderantemente comunicacional, conforme defendido até aqui, as Conversações e seus subcomponentes – os Atos de Fala – passam a ter papel fundamental na construção de um modelo de análise de processos de coordenação e integração em serviços de saúde.

Segundo Echeverria (2000, p. 75), "Se examinamos agora as atividades de coordenação, constatamos que estas são também estritamente conversa-

cionais. E mais, a linguagem é a grande ferramenta que possuem os seres humanos para coordenar ações entre si e para coordenar inclusive a forma como se coordenam ações”.

Interessa particularmente a noção de Conversação para Coordenação de Ações. O objetivo deste tipo de Conversação é fazer com que algo aconteça, é intervir sobre o estado atual das coisas. O fundamental nestas conversações é a tentativa de modificar aquilo que produziu o problema ou dar conta de suas consequências.

Nesse sentido, os Atos de Fala do tipo declaração e, principalmente, promessa, cumprem um papel central. “As promessas são, por excelência, aqueles atos lingüísticos que nos permitem coordenar ações com outros. Quando alguém faz uma promessa, ele ou ela se compromete perante o outro a executar alguma ação no futuro” (ECHEVERRIA, 1997, p. 92).

Segundo Echeverria (1997), são as declarações e as promessas que permitem que surjam novas realidades. Um dos pontos mais importantes tratados pelo referido autor diz respeito à idéia de que esse tipo de ação reveste-se de especial importância e é o modo através do qual se faz possível a resolução de problemas coletivos. “No mundo de hoje não é possível viver na completa autossuficiência. Somos dependentes uns dos outros. Temos que aprender, portanto, a colaborar com os outros, a apoiarmos mutuamente, a coordenar ações juntos” (ECHEVERRIA, 1997, p. 237).

É a capacidade de as pessoas em interação realizarem, aceitarem e cumprirem com os compromissos que dá a possibilidade de ampliação de coordenação das ações, uma vez que se torna mais viável a realização de atividades que seriam impossíveis de serem realizadas sem a coordenação da ação com outras pessoas. Pelo caráter fortemente realizativo das declarações, estas cumprem papel primordial na coordenação na medida em que se traduzem imediatamente em ação concreta de mudança da realidade.

Neste sentido, surge outro conceito importante para uma abordagem comunicativa da coordenação. Trata-se do conceito de Competência Conversacional (HABERMAS, 2001; ECHEVERRIA, 1997, 2000). Ao reconhecer o caráter gerativo da linguagem, percebe-se o quanto o comunicar pode ser mais ou menos efetivo de acordo com ‘como’ se dá a comunicação. A precariedade da comunicação pode resultar em desentendimento, em desconfiança, em distorção de idéias, em resultados insatisfatórios em relação ao um acordo e em situações de dominação.

Por Competência Comunicativa Habermas (2001) entende a capacidade de um falante orientado para o entendimento, de forma a conceber uma frase corretamente formulada em relação à realidade. Isso implica o cumprimento das seguintes condições:

- Atender às exigências de inteligibilidade da frase proferida.
- Cumprir com as condições de verdade da proposição ou com os pressupostos existenciais do conteúdo proposicional.

- Expressar as suas intenções de modo que a expressão linguística apresentada represente de fato aquilo que se pretende.

Desempenhar o Ato de Fala em conformidade com as formas reconhecidas ou com as imagens aceitas de nós próprios (de forma a que o ouvinte possa confiar no falante).

Já Echeverria (2000, p. 144) depreende do conjunto de Atos de Fala um conjunto de competências correspondentes. “Cada um dos atos de linguagem pode realizar-se de diversas maneiras e com graus de competência distintos”. As Competências Conversacionais têm um caráter potencializador em relação a competências específicas. Muitas dessas últimas dependem da eficiência das Competências Conversacionais.

Por fim, as Competências Conversacionais possuem outros dois processos conversacionais complementares: o processo de aprendizagem e o processo de reflexão prática. Esses processos conversacionais estão na base da capacidade humana para adquirir qualquer outro tipo de competências e para melhorar aquelas que já possuem.

Sob a idéia de Conversações para Coordenação de Ações e Competências Conversacionais há um grande potencial para se pensar a questão da coordenação em sistemas e serviços de saúde, uma vez que, como se tem sustentado até aqui, a coordenação da ação é uma atividade essencialmente linguística e se faz através dos Atos de Fala que se estabelecem nos processos de interação, com vistas a gerenciar atividades interdependentes.

As Redes de Conversação no Território Situado Real: o caso do SAMU da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro

Conforme argumentado anteriormente, a perspectiva de redes oferece um caminho útil para uma compreensão aprofundada da questão da coordenação, uma vez que a constituição de redes diz respeito fundamentalmente a conexões entre atores, unidades ou atividades interdependentes que precisam compartilhar informações e outros recursos para alcançarem seus objetivos. É a rede de conversações que se estabelece entre os atores que garante o vínculo entre a interdependência, a coordenação e a integração no território situado.

Para ilustrar esse caráter comunicativo da coordenação no território, apresenta-se a seguir um estudo de caso realizado em um Serviço Móvel de Atenção às Urgências da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro (LIMA, 2008).

Metodologia

O estudo foi realizado na região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, que é composta por sete municípios e conta com 22 unidades móveis, sendo 15 de Suporte Básico e 7 de Suporte Avançado.

Cada município tem um Coordenador Municipal de Atenção às Urgências e há uma Coordenação Regional. Este conjunto de atores constitui um colegiado, responsável pela coordenação do serviço. A regulação da assistência é feita pela Central de Regulação de Urgências.

As reuniões do Colegiado de Coordenadores Municipais foram acompanhadas, gravadas, transcritas e submetidas à Análise de Conversação. Os dados relevantes foram registrados em um diário de campo e buscavam apreender principalmente: a) a rede de conversações, identificando os atores envolvidos nos fluxos de conversação no momento da regulação de uma urgência; b) os tipos de conversação predominantes nas relações com distintos atores; c) os principais problemas que ocorrem durante as conversações para regulação das urgências; d) os principais atos de fala; e) outros aspectos relevantes observados no contexto da Central de Regulação.

Para analisar as interações, utilizou-se como principal ferramenta a Análise de Conversação (AC), um método que estuda a ordem e a organização da ação social cotidiana por meio da análise das conversações, examinando como os participantes organizam a interação de momento a momento. A AC está centrada na análise da linguagem “na prática”, ou seja, lida com o discurso oral no contexto em que ocorre, no lugar onde está a ação.

Para o desenho da rede de conversações, entendida como o conjunto de relações ou interações cujas ligações são mediadas pela conversa entre atores envolvidos em um contexto compartilhado, o primeiro passo foi a identificação dos indivíduos ou grupos envolvidos na gestão e funcionamento do serviço.

Com base na observação direta e no diálogo com a Coordenação Regional do SAMU, foram identificados os seguintes atores que compõem a rede de conversação:

- Gestores: secretários municipais de saúde.
- Coordenação Regional do Samu: coordenador regional, coordenador médico, coordenador de enfermagem, coordenador administrativo.
- Coordenação Municipal: coordenadores municipais do SAMU.
- Direção de hospitais.
- Direção de outros serviços da rede: Grupamento de Socorro de Emergência (GSE), serviços ambulatoriais e diagnósticos.
- Usuários.
- Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM).
- Médico Regulador.
- Equipes de intervenção: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, motorista.

- Operador de frota.
- Outros serviços da rede: emergências hospitalares, unidades ambulatoriais, GSE.
- Outros atores: vereadores, prefeitos, imprensa, conselhos municipais de saúde.

O segundo passo para o desenho das ligações da rede foi a solicitação, a cada entrevistado, da indicação de pessoas ou grupos com os quais realizavam conversas regulares e frequentes em função do seu trabalho.

Para o desenho da rede de conversações, foi considerada a linguagem clássica de rede, identificando-se os nós e as ligações. A unidade nó-ligação constitui, na abordagem de redes de conversações, um momento de conversa que envolve várias atividades específicas, incluindo técnicas e modalidades de conversação.

Para a análise da estrutura da rede, foram considerados os conceitos de clique e centralidade (MARTELETO, 2001). As cliques são grupos de atores que mantêm relações mais estreitas ou intensas entre si. São grupos de atores nos quais cada um está direta e fortemente ligado a todos os outros. As cliques podem representar uma instituição, um subgrupo específico ou identificar a movimentação em torno de um determinado problema. Já a noção de centralidade diz respeito à posição de um ator em relação aos outros, considerando como medida a quantidade de ligações que se colocam entre eles. A centralidade tem relação com a questão do poder. Quanto mais central é um ator, mais bem posicionado está em relação às trocas e às comunicações, o que aumenta o seu poder na rede. Ambas as medidas, cliques e centralidade, são importantes para localizar o papel dos atores no processo de coordenação de ações no interior do sistema.

Resultados

Foram identificadas duas cliques principais na rede de conversações do SAMU MetroII/RJ, denominadas Clique Sistema de Governança e Clique Sistema Clínico.

A Clique Sistema de Governança é formada por seis nós e tem o Coordenador Regional e os coordenadores municipais, como figuras centrais. Já a Clique Sistema Clínico possui oito nós, e o médico regulador e as equipes de intervenção são as figuras centrais.

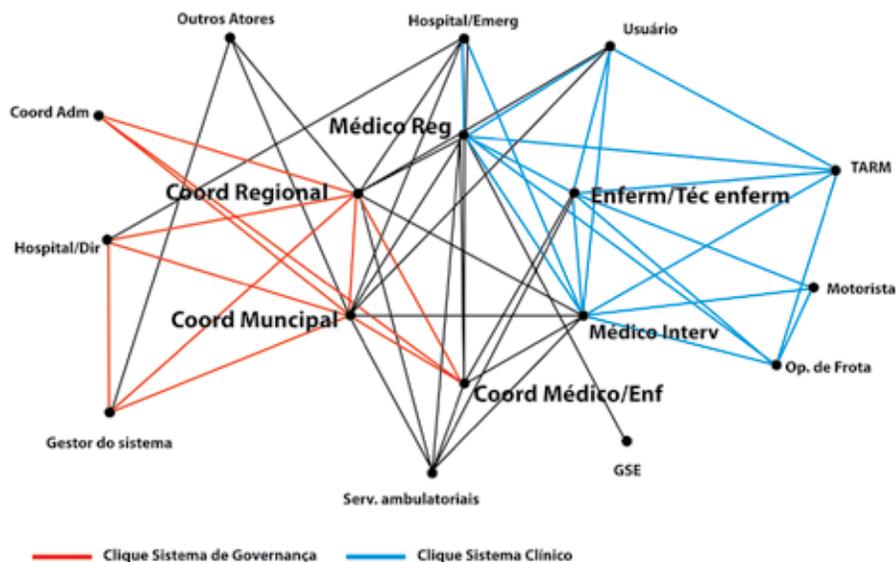
Quanto à questão da centralidade, foram identificados cinco atores centrais: o Coordenador Regional e os coordenadores municipais, com 12 ligações cada; o médico regulador e os intervencionistas, com 11 ligações cada; e o coordenador médico, com nove.

A centralidade tem a ver com capacidade para influenciar as ações e os resultados no âmbito da rede como um todo. Por isso, embora o coordena-

dor médico tenha um número menor de ligações, situa-se numa posição onde se relaciona intensamente no âmbito das duas cliques, o que o coloca em uma posição central.

A Figura 2 apresenta o cruzamento do conjunto de interações conversacionais com a identificação das cliques e dos atores centrais na rede de conversações do Samu Metro II/RJ.

Figura 2 - Rede de Conversações do Samu Metropolitana II: Cliques e Atores Centrais



Uma vez descrita a estrutura da rede de conversações, em seguida, é analisada a dinâmica desta rede. Tal análise focaliza as conversações com vistas à coordenação de ações.

Seguindo a abordagem de Echeverria (1997), para quem os vários tipos de conversação derivam de um “*quiebre*”, ou seja, de uma interrupção no transcorrer normal das atividades, buscou-se analisar os tipos de conversação predominantes em cada um destes fluxos.

A identificação dos “*quiebres*” nas falas dos atores permitiu traçar os tópicos predominantes nas atividades realizadas pelos atores e que influenciam a dinâmica das conversações que se estabelecem no processo de coordenação de ações. Em função destes tópicos, foram identificados cinco fluxos principais de conversações que constituem a rede:

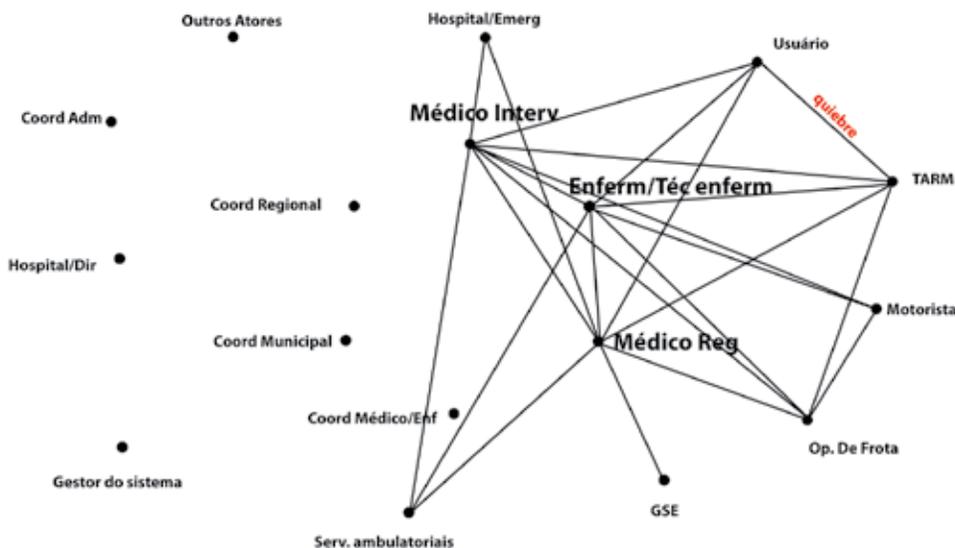
1. Conversações para Atendimento ao Usuário.
2. Expansão das Conversações para Atendimento ao Usuário.
3. Conversações para Atendimento ao Usuário, com Divergência entre Central de Regulação e Intervenção.

4. Conversações para Governança.
5. Expansão das Conversações para Governança.

A seguir, serão apresentadas as análises cuja origem dos fluxos de conversação se dá na Clique Sistema Clínico (números 1 ao 3).

Na Clique Sistema Clínico, o “*quiebre*” disparador principal de todas as conversações é a demanda telefônica de um usuário, cuja primeira solicitação é acolhida pelo TARM, que, em seguida, mobiliza uma série de conversações que compõem a rede apresentada na figura 3. A este fluxo denominou-se “Conversações para Atendimento ao Usuário”. Os nós principais desta rede são o médico regulador e as equipes de intervenção, que realizam uma série de ações baseadas no diálogo em prol da garantia da vida do usuário. O tipo de conversação predominante neste fluxo é a Conversação para Coordenação de Ações. Entram em cena vários tipos de atos de fala, cumprindo distintos papéis no processo de coordenação de ações. Quando a fala vai do usuário em direção ao médico regulador, ganham preponderância os atos de fala do tipo afirmação, já que normalmente o médico regulador realiza uma série de questionamentos que fazem com que o usuário descreva detalhadamente a situação em que se encontra. Tais afirmações feitas pelo usuário são o ponto de partida da regulação.

Figura 3 - Fluxo de Conversações para Atendimento ao Usuário



Há preponderância das declarações principalmente quando o fluxo do diálogo vai do médico regulador em direção à equipe de intervenção ou ao usuário. Neste sentido, as orientações do médico regulador constituem-se em ação concreta, modificam a realidade. As promessas também cumprem um papel fundamental. Frequentemente, a primeira atividade se inicia com uma petição por parte do usuário, quando este, ao acionar a Central de Regulação, solicita atendimento. Também se observa a “dança das promessas”, por exemplo, quando a equipe de intervenção diz “preciso remover este paciente” e o médico regulador se compromete a viabilizar uma vaga hospitalar para que a equipe possa encaminhar o paciente.

A análise da rede de conversações mostra que a principal interdependência a ser gerenciada no âmbito deste fluxo de conversações é o compartilhamento de recursos médico-assistenciais, e o principal problema de coordenação é a indisponibilidade destes recursos no momento oportuno. Quando há indisponibilidade de recursos médico-assistenciais, surge outro “*quiebre*” que dispara outras conversações, envolvendo outros atores e também um conteúdo diverso. Tal fenômeno representa o principal problema de coordenação para o serviço como um todo, uma vez que compromete o atendimento ao paciente.

A transcrição abaixo ilustra o surgimento deste “*quiebre*” e a sequência de conversações que seguem.

TÓPICO: DIFICULDADES DE ACESSO ÀS EMERGÊNCIAS HOSPITALARES. REUNIÃO DE 07/05/07.

COORDENAÇÃO REGIONAL 1: *Mas o que aconteceu lá no final de semana?*

COORDENADOR MUNICIPAL 1: *(...) A mulher já estava em trabalho de parto, Rio Bonito não aceitou e aí foi para Itaboraí. Lá, a médica avaliou, mas não tinha vaga. Também não tinha vaga no Azevedo e aí ela falou: “então me leva pra casa porque amanhã às seis horas eu pego o ônibus e vou pro Azevedo Lima”. Eu achei um absurdo! O médico me ligou duas da manhã pra me passar isso, e então eu falei: “olha, eu não tenho ingerência em relação ao hospital, vou ver o que eu posso fazer, aí acordei a Secretária de Saúde, os assessores do prefeito, e aí foi aquele caos”.*

A partir da negativa de atendimento por parte do hospital, inicia-se um fluxo de conversações que vai do médico regulador ao secretário de saúde, e que com frequência mobiliza atores externos ao campo da saúde, como no caso os assessores do prefeito. A este novo fluxo denominou-se “Expansão das Conversações para Atendimento ao Usuário”, que está representado na Figura 4, em linhas azuis.

A partir do momento em que os atores que compõem o Sistema Clínico se vêem incapazes de solucionar o problema, entram em cena os atores loca-

O aspecto relacional dos processos de coordenação da atenção à saúde fica evidente quando a Coordenação Municipal 1 atribui o acesso do paciente ao fato de haver uma relação de amizade entre o Coordenador e o médico presente no plantão da emergência. A conversação transcrita abaixo permite compreender um pouco mais desta dinâmica.

TÓPICO: REGULAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS INTERHOSPITALARES. REUNIÃO DE 09/04/07.
COORDENAÇÃO REGIONAL 1: *O Hospital Azevedo Lima recebeu o paciente, mas com conflito, já no Hospital Conde Modesto Leal não tem isso.*
Coordenação Municipal 3: *Lá não tem problema porque o coordenador municipal do SAMU chega lá e pronto, porque o hospital é do município.*
Coordenação Regional 1: *É, mas também o [nome do diretor do hospital] é uma pessoa próxima e tem ajudado muito a gente; já o CPN e o Antônio Pedro por exemplo a gente não tem facilidade, eles não abrem a porta para a gente.*

COORDENAÇÃO MUNICIPAL 1: *Na minha negociação com o diretor do hospital, eu disse “olha, é impossível fazer qualquer coisa pelo hospital a partir do momento em que o hospital fecha a porta para a ambulância”. Eu sei que isso deu um bafafá lá dentro, teve até reunião de diretor de emergência com diretor do hospital e pelo que o pessoal da intervenção me repassou melhorou muito a porta de entrada.*

Além do caráter relacional dos processos de coordenação, evidenciado na fala da Coordenação Regional quando se refere à importância e à diferença de se ter na direção de um dos hospitais uma “pessoa próxima” e que tem “ajudado muito”, observa-se também o importante papel da negociação na coordenação das ações inter-regionais. A fala da Coordenação Municipal 1 sobre o modo pelo qual trabalhou junto ao hospital de seu município para facilitar a “abertura da porta de entrada” é bastante esclarecedora neste sentido.

Observa-se que há uma diferença importante na capacidade de cada Coordenador Municipal intervir junto aos hospitais. Nos hospitais municipais geralmente a interação é maior e os relacionamentos são mais estreitos, o que facilita o acolhimento dos pacientes provenientes do Samu. No caso das cidades menores e com hospital municipal, a situação é mais favorável ainda, uma vez que os profissionais, especialmente os médicos do Samu e do hospital, se conhecem e até trabalham ou já trabalharam juntos.

Em geral, predomina a dificuldade de interação com os hospitais de grande porte vinculados às esferas federal e estadual e aos hospitais privados, onde tanto a Central de Regulação quanto os Coordenadores Municipais têm dificuldades para intervir.

TÓPICO: DISCUSSÃO DO PAPEL DO COORDENADOR MUNICIPAL. REUNIÃO DE 11/03/07.
COORDENAÇÃO REGIONAL 1: *O Coordenador Municipal do SAMU tem que entender que ele não é um mero administrador de frotas.*

COORDENAÇÃO MUNICIPAL 1: *E a Coordenação Regional e a Regulação têm que entender que o meu poder de colocar um paciente no pronto socorro é muito limitada, eu não tenho como chegar pro chefe de equipe, como foi nesse caso e dizer “não, você tem que ir lá atender”.*

COORDENAÇÃO REGIONAL 1: *A gente tem que fazer aquela reunião que a gente tá propondo, vamos fazer uma reunião entre as equipes do SAMU e as equipes do Pronto Socorro Central.*

COORDENAÇÃO MUNICIPAL 3: *É uma estratégia mostrar pra eles o quanto você evita de chegar ao pronto socorro, porque eles só veem o que chega. Lá na minha cidade eu disse pra eles “agora olha só, a gente atende mais gente que a gente não traz do que a gente traz, então na realidade nós não estamos gerando demanda”. Nós fizemos uma reunião e um colega disse “ah vai aumentar a demanda”, e aí falei “olha só, o SAMU não fabrica o doente, o SAMU apenas tenta levar este doente em condições melhores até o hospital, então, ao contrário, a gente não aumenta a demanda, a gente diminui”. Então o que eu acho é que falta a gente mostrar isso ao médico da ponta, ao médico do hospital.*

O trecho acima mostra o quanto as interações entre hospitais e SAMU fazem diferença na resolução dos problemas de coordenação que se colocam cotidianamente. Há o reconhecimento de que se faz necessária uma discussão mais estreita entre a coordenação do Samu e as equipes de emergência dos hospitais. Em contrapartida, o relato da Coordenação Municipal 3 sobre as discussões ocorridas na sua cidade serve como exemplo da importância desta abordagem. Segundo suas considerações, à medida que as equipes hospitalares tomam conhecimento, mediante um diálogo franco e aberto, daquilo que o Samu evita de chegar até o hospital, passam a ter outra perspectiva e também outra atitude frente às equipes do Samu.

Freqüentemente, os problemas são solucionados em função de uma relação interpessoal prévia, que facilita o acesso do paciente atendido pelo Samu a outros serviços. As interações são fortemente marcadas por experiências de relações pessoais anteriores. Atitudes e atos de disposição para ajudar, para trabalhar cooperativamente na resolução de problemas, costumam ser reconhecidos e geram melhores possibilidades de coordenação de ação. A reciprocidade desempenha um papel importante na coordenação de ações, como pode ser verificado no relato abaixo.

TÓPICO: RELAÇÃO ENTRE SAMU E BOMBEIROS NO ATENDIMENTO AO TRAUMA. REUNIÃO DE 17/09/07.

COORDENAÇÃO MUNICIPAL 4: *Eu acionei o bombeiro e aí sabe o que ele falou pra mim? O cara virou pra mim e falou: "ah, é o doutor (nome) que tá falando? Nós estamos mandando a viatura agora". Quando eu vi chegaram os caras. Você sabe por que o bombeiro foi?*

COORDENAÇÃO REGIONAL: *Porque você é o coordenador do Samu.*

COORDENAÇÃO MUNICIPAL 4: *Não, porque nós prestamos socorro às vítimas de um acidente que foi regulado na BR; tiveram dois óbitos e eu levei quatro poli-traumatizados, sob regulação, aí ele virou e falou assim pra mim "poxa, uma mão lava a outra, o senhor estava no sábado o senhor me socorreu, então hoje nós vamos fazer isso".*

Além dos abordados até aqui, os dados coletados revelaram outro problema, que disparou um fluxo de conversações que também envolve ligações entre a Clique Sistema Clínico e a Clique Sistema de Governança. Trata-se de problemas que surgem na interação entre Central de Regulação e equipes de intervenção, como pode ser observado a seguir.

TÓPICO: RELAÇÕES ENTRE CENTRAL DE REGULAÇÃO E EQUIPES DE INTERVENÇÃO. REUNIÃO DE 07/05/2007.

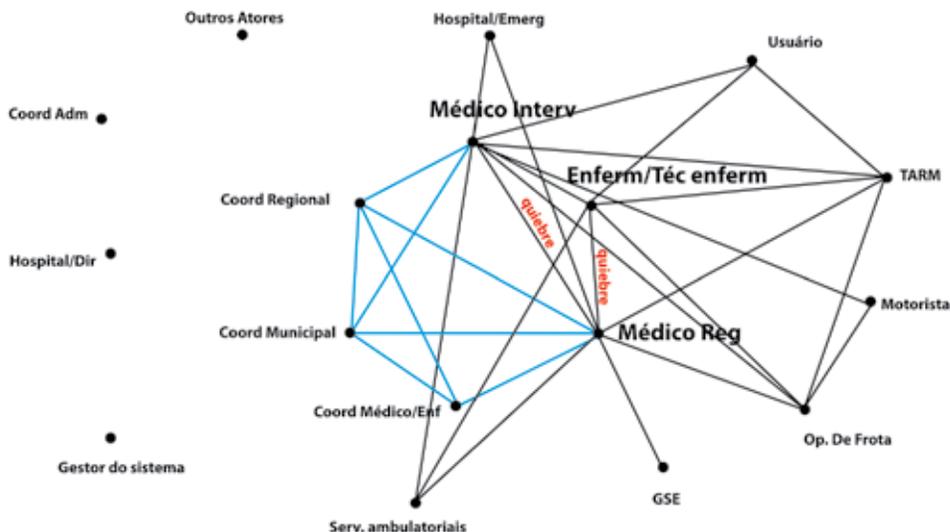
COORDENAÇÃO REGIONAL: (...) *os médicos reguladores têm apontado que têm enviado ocorrência SEM médico. Isso é bastante questionável, tá? E os reguladores têm várias razões, porque eles argumentam que têm uma dificuldade enorme de fazer sair uma viatura da base pra qualquer missão.*

COORDENAÇÃO MUNICIPAL 1: *Eu acho que nesses casos o próprio médico regulador quando houver essa dificuldade com a intervenção ele pode acionar os coordenadores municipais pra tentar resolver isso.*

COORDENAÇÃO REGIONAL: *Eu acho que a primeira questão que os coordenadores têm que levar para as suas bases é reafirmar aquele conceito de que regulação não se discute, vai, depois faz o pedido de esclarecimento.*

A partir de uma divergência entre a equipe de intervenção e a regulação quanto à necessidade de envio de ambulância para a resolução de uma demanda feita pelo usuário, surge outro fluxo de conversações que, assim como no Fluxo Expandido de Conversações para Atendimento ao Usuário, ultrapassa os limites da Clique Sistema Clínico e alcança sua resolução com base na intervenção de outros atores. Tal fluxo foi denominado Conversações para Atendimento ao Usuário, com Divergência entre Regulação e Intervenção.

Figura 5 - Fluxo de Conversações para Atendimento ao Usuário, com Divergência entre Regulação e Intervenção



Este fluxo é mais restrito, geralmente limitando-se aos membros da Coordenação Regional e Coordenadores Municipais. A partir do momento em que o médico regulador enfrenta resistência por parte da equipe de intervenção, a saída acaba sendo acionar o coordenador médico. Quando este também encontra resistência, a rede de conversações segue em direção aos coordenadores municipais e ao Coordenador Regional, como indicam as linhas azuis.

Para entender este fluxo, é importante considerar a estrutura organizacional do SAMU, que conta com as equipes de intervenção sediadas (e pagas) por cada município individualmente, fazendo com que, muitas vezes, a autoridade dos membros da Coordenação Regional não seja suficiente para garantir que os intervencionistas sigam a norma de sempre obedecer às determinações da regulação. Daí a frequente articulação dos coordenadores municipais no âmbito desta rede de conversações.

Uma das resistências apresentadas pelos médicos da intervenção relaciona-se com a sua mobilização para atenderem pacientes de outros municípios, como é possível observar na conversação a seguir.

TÓPICO: PROBLEMAS ENTRE REGULAÇÃO E EQUIPES DE INTERVENÇÃO. REUNIÃO DE 07/05/07.

COORDENAÇÃO MUNICIPAL 4: *Os médicos intervencionistas reclamam muito quando tem que ir pra Itaboraí, reclamam muito.*

COORDENAÇÃO REGIONAL: *Mas aí qual é o nosso papel de coordenador? O interventor não pode ficar discutindo com a regulação, tem que ir.*

COORDENAÇÃO MUNICIPAL 4 : *Mas é que lá são questões que nem são muito papel do Samu, aí eles reclamam.*

COORDENAÇÃO REGIONAL: *Mas aí é não alimentar essa rivalidade; a gente tem que reafirmar os conceitos de regionalização, regulação, solidariedade; eles estão nos municípios para atender à região. A solidariedade não é só uma questão de discurso, ela é de números. Toda a região atende São Gonçalo e São Gonçalo atende o resto da região. Então é a lógica regional.*

Foi possível observar ao longo do estudo que, tendo em vista a fragilidade jurídico-institucional do Samu Metro II/RJ, o principal meio adotado para lidar com os problemas decorrentes da resistência dos interventores no atendimento aos usuários localizados em outros municípios foi a tentativa de construir, pelo discurso, uma identidade regional entre os coordenadores municipais, para que estes pudessem intervir nos seus municípios a partir de uma lógica regional e não municipalista.

Considerações Finais

Se a tendência do sistema de saúde brasileiro é a região sanitária passar à condição de célula do sistema, torna-se fundamental a integração regional para que seja possível a realização das ações que possam atender às necessidades sanitárias da população, segundo a distribuição territorial, em um espaço social e epidemiológico dinâmico. Para que isso seja possível, deve-se buscar uma abordagem de território como espaço social, no qual os homens se articulam dialeticamente para configurar seu modo de vida e, dessa forma, impor uma dinâmica permanente de mudanças no espaço.

Nessa perspectiva, ganha importância uma abordagem comunicativa das interações que se estabelecem no Território situado, pois é a partir das redes de conversação que se estruturam as relações e se constroem os vínculos entre os serviços.

A análise do papel das redes de conversação na coordenação das ações no âmbito do Samu Metro II/RJ aproxima-se de tendências recentes do campo da saúde, que enfatizam a emergência de uma perspectiva diferente na análise de processos de coordenação.

Para Franco (2006), a organização da atenção à saúde se dá fundamentalmente pelas relações, pelas conexões que se estabelecem entre pessoas que estão em situação e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações. Para o autor, as redes de serviços de saúde seriam sistemas abertos de conexão, cuja produção se dá sem que haja um eixo estruturado sobre o qual se organiza. São as relações que vão construindo o meio social em que se inserem os atores. A produção da atenção à saúde se dá, nesta perspectiva, com base em múltiplas conexões e fluxos, que criam linhas de contato entre atores sociais que são a fonte de produção da atenção.

Gittel (2002a, 2002b) e Gittel e Weiss (2004) enfatizam em seus estudos a microdinâmica da coordenação entre serviços de saúde pela qual certos mecanismos podem facilitar a coordenação, mas esta é fundamentalmente um processo de interação entre os participantes. Embora a coordenação possa se dar por intermédio de uma grande variedade de mecanismos, tais como programação de tarefas, padronização e estabelecimento de rotinas, estes não são suficientes em organizações onde prevalecem atividades que são reciprocamente interdependentes, onde há elevado grau de incerteza e onde o tempo é escasso, como é o caso da provisão de serviços de saúde e, especialmente, o caso da atenção às urgências.

Para dar conta deste padrão de interdependências, Gittel (2002a, 2002b) tem advogado por uma determinada perspectiva da coordenação, à qual denomina Coordenação Relacional (*Relational Coordination*). Esta forma de coordenação diferencia-se de outras identificadas na teoria organizacional por referir-se mais às interações entre os participantes do que aos mecanismos que dão suporte a estas interações.

Segundo essa abordagem, a comunicação possui um papel preponderante. A Coordenação Relacional reflete o papel que a comunicação frequente, oportuna, precisa e centrada na solução de problema tem nos processos de coordenação.

O estudo do caso Samu Metro II/RJ corrobora tais afirmações. Neste caso, é a colocação em prática de um certo tipo de conversação, a Conversação para Coordenação de Ações, animada a partir da utilização de atos de fala específicos, principalmente promessas e declarações, que movimentam a 'roda' que interliga a interdependência, a coordenação e a integração. Observa-se assim a preponderância de uma Coordenação Dialógica na sustentação de processos de integração do SAMU Metro II/RJ. A Coordenação Dialógica é a interação em si, mediada pela palavra, e voltada para o gerenciamento de ações interdependentes por atores que somente podem realizar seus planos de forma interativa, com a colaboração do outro. Trata-se de uma perspectiva mais 'relacional' da coordenação, em oposição às perspectivas puramente estruturalistas. As redes de conversações são processos mobilizadores que geram conexões solidárias.

Fica evidente na análise das redes de conversação do Samu Metro II/RJ que, nos momentos em que os mecanismos estruturais de coordenação não dão conta da interdependência, é o componente relacional, dialógico, da coordenação que entra em cena, tornando possível solucionar situações críticas como a dificuldade de viabilizar o acesso de um paciente a um leito hospitalar.

REFERÊNCIAS

AUSTIN, J. L. *How to do Things With Words*. New York: Oxford University Press, 1965.

ECHEVERRIA, R. *Ontología Del Lenguaje*. Santiago, Chile: Dolmen, 1997.

_____. *La Empresa Emergente, la Confianza y los Desafíos de la Transformación*. Santiago/Chile: Granica, 2000.

FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H. O. G.; BARBOSA, N., KHALIL, M. E. O processo de construção e de trabalho da Rede Unida. *Divulgação Saúde em Debate*. 2000; 24(55): 9-17.

FLORES, F. *Inventando la Empresa del Siglo XXI*. Santiago/Chile: Hachette, 1989.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Orgs.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Abrasco, 2006.

GUITTEL, J. H. Coordinating mechanisms in care providers groups: relational coordination as a mediator and input uncertainty as a moderator of performance effects. *Management Science*, 2002a; 48(11): 1408-1426.

_____. Relationships between service providers and their impact on customers. *Journal of Service Research*, 2002b; 4(4): 299-311.

GUITTEL, J. H. e WEISS, L. Coordination networks within and across organizations: a multilevel framework. *Journal of Management Studies*, 2004, 41(1): 127-153.

HABERMAS, J. *Teoría de la Acción Comunicativa*. Tomos I e II. Madrid, Espanha: Taurus, 2001.

_____. *Racionalidade e Comunicação*. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2002.

LIMA, L. D. *O Processo de Implementação de Novas Estruturas Gestoras do SUS: um Estudo das Relações Intergovernamentais na CIB do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, 1999. Rio de Janeiro: Instituto de

Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LIMA, J. C. *Agir comunicativo e coordenação em sistemas de serviços de saúde: um estudo no serviço de atendimento móvel de urgência da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado em Saúde Pública), 2008. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

MARCUSCHI, L. A. *Análise da conversação*. São Paulo: Ática, 2005.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais - aplicação nos estudos de transferência de informação. *Ciência da Informação*. 2001; 30(1): 71-81.

MENDES, E. V. *Os Grandes Dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MISOCZKY, M. C. A. (Re)encontrando o espaço do território nas estratégias de organização da atenção à saúde. In.: MISOCZKY, M. C. A., BECH, J. (Orgs.). *Estratégias de Or-*

ganização da Atenção à Saúde. Porto Alegre: DaCasa Editora, Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde - PDG Saúde, 2002.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

ROVERE, M. *Redes: Hacia la constitución de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad*. Rosario: Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario; 1998.

SANTOS, R. F. A regionalização assistencial no aperfeiçoamento das ações integradas de saúde. *CADERNOS de Saúde Pública*. 1986; (2): 271-273.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco, 2003.

ASPECTOS DA GESTÃO HOSPITALAR: A INTEGRALIDADE NO COTIDIANO DAS UNIDADES DE SAÚDE

*Simone Cristina da Costa Ferreira
Raquel Barbosa Moratori
Marcello de Moura Coutinho
Geandro Ferreira Pinheiro
Pedro Arêas Junior
Bianca Borges da Silva Leandro*

Introdução

Este artigo apresenta parte dos resultados da pesquisa *A integralidade na construção de modelos e práticas no campo da saúde*, que objetivou analisar a conformação de modelos de gestão hospitalar, identificando a existência de processos de trabalho indutores da integralidade da assistência e a existência de políticas governamentais estruturantes de um novo modelo. Para a investigação no cotidiano das unidades de saúde, trabalhamos com as dimensões Organização, Gestão, Política e Cuidado. Neste artigo, abordaremos a dimensão Política. Procedemos à revisão de alguns autores que discutem a diretriz da integralidade, buscando situar as diferentes perspectivas de abordagem, explicitando-se as dificuldades de uma concepção unívoca e operacional. Este trabalho conclui por uma perspectiva mais abrangente, e indica para a necessidade de ampliar as investigações no campo da integralidade com base na observação do cotidiano das unidades de saúde e dos sistemas de saúde onde estão inseridas.

A discussão da integralidade nas ações de saúde antecede a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), é um conceito que implicitamente abarca equidade e universalidade no acesso, visto serem estas condições sem as quais seria impossível a construção de um sistema de saúde que se diga integral. Para Cecílio (2001, p. 113), “universalidade, integralidade e equidade da atenção constituem um conceito tríplice, entrelaçado quase um signo, com forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário da reforma sanitária brasileira”.

A definição de integralidade tem sido problemática, por não se constituir em um conceito unívoco, sendo aplicada sob vários enfoques e em políticas

¹ Ferreira, Moratori, Coutinho e Pinheiro foram responsáveis pela redação do artigo. Todos os autores participaram da coleta e análise dos dados da pesquisa e da revisão final do texto.

específicas. Nesta perspectiva, foram implementados programas especiais de atenção integral à saúde da mulher (Paism), saúde da criança (Paisc), saúde do adolescente (Prosad), programa de DST/Aids, diabetes, entre outros, que “preconizavam para o atendimento às pessoas uma abordagem global/holística da saúde dos indivíduos em suas dimensões biológica, psíquica e social” (GIOVANELLA et al., 2000, p. 44). Nesta acepção, a integralidade remete a políticas especiais voltadas a dar respostas a determinado problema de saúde ou a problemas de saúde que atingem um grupo populacional específico e, assim, o termo assistência integral, aqui, refere-se a uma ampliação dos conceitos de saúde, uma recusa ao modelo reducionista, que não considera o contexto cultural no processo saúde-doença.

A integralidade, do ponto de vista jurídico-institucional, é entendida como indicativo de um sistema que garanta de forma articulada ações de cunho coletivo e individual no campo da promoção, prevenção e recuperação. As concepções de integralidade pressupõem uma articulação institucional e gerencial dos serviços de saúde nos seus mais diferentes níveis.

O conceito de saúde impresso na Constituição incorpora o direito à saúde enquanto um direito de cidadania; o lema “saúde, direito de cidadania e dever do Estado”, “implica uma visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição afirmativa (positiva), diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde com ausência de doença” (LUZ, 1991, p. 88).

Deriva da Carta Constitucional todo o arcabouço institucional do SUS, trazendo a proposta de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, onde a integralidade compõe uma de suas diretrizes, juntamente com a descentralização e a participação popular. A concepção de integralidade está definida no artigo 198 da Constituição como atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

A regulamentação e implementação do SUS tiveram seu início na década de 1990, por meio da promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) e das Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOBs). Em 1990, foram aprovadas as leis que regulamentavam e instituíam o modelo concreto de desenvolvimento do SUS, não mais sob o impacto das concepções da Constituição Federal de 1988, mas sob a influência da política social do governo Collor, marcado pela subordinação da política social à política econômica.

A edição das LOS ocorreu em uma conjuntura política e econômica desfavorável. A Lei nº 8.080, sancionada em setembro de 1990, sofreu 25 vetos, com prejuízos principalmente aos itens de controle e participação social, financiamento do SUS e estruturação organizacional do Ministério da Saúde (GUEDES, 2001). Isto gerou uma rápida e forte ‘mobilização dos grupos organizados em favor da saúde’ que, após ampla articulação nacional, a qual pressionou o Congresso, garantiram a aprovação da Lei nº 8.142, em dezembro do mesmo ano.

A Lei nº 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o financiamento dos serviços, ao passo que a Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transferência intergovernamental de recursos financeiros da saúde.

Destarte, a Lei nº 8.080/90 define como objetivo do SUS a assistência a pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e das atividades preventivas.

Reafirmando as diretrizes previstas na Constituição Federal de 1988, o princípio da integralidade da assistência é entendido “como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (BRASIL, 1990, art. 7).

O Conceito

Para alguns autores, o conceito da integralidade está frequentemente vinculado a uma articulação entre as atividades de prevenção, promoção e recuperação e diz respeito a uma articulação de alguma ação preventiva individual ao atendimento clínico tradicional (CARVALHO, 1991; DALMASO, 1994).

Furtado e Tanaka (1998) operacionalizam o conceito de forma mais abrangente, em que a integralidade é entendida tomando-se por base cinco dimensões: o ser humano e não a doença como centro da atenção; o ser humano ou grupo visto na sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis; o tratamento diferenciado para quem está em situação desigual; a interferência nas condições gerais de vida da população. Para estes autores, a assistência integral

busca transcender a dicotomia artificialmente criada entre saúde e doença, entre prevenção e cura, recolocando o ser humano (olhado individual ou coletivamente) como centro norteador da atenção; ressalta a importância de se criar condições para que o setor saúde faça acompanhamento e vigilância do processo de crescimento/desenvolvimento dos indivíduos e das comunidades, dando resposta às intercorrências ali presentes da forma mais global e participativa possível; integra a rede de relações sociais em que os indivíduos/grupos se inserem, contribuindo para um maior engajamento destes, como atores da construção de uma sociedade com melhores condições de vida. (FURTADO & TANAKA, 1998, p. 589)

Mattos (2001, p. 41), trabalhando com a definição de integralidade, considera-a como mais do que uma diretriz do SUS:

ela é uma bandeira de luta, parte de uma imagem-objetivo², um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns, desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Em outras palavras, a diretriz da integralidade resulta do processo de luta e reivindicações trazidas pelo movimento sanitário e incorporadas no texto constitucional, traz em si um compromisso ético e técnico “que alimentou o sonho de uma transformação radical da concepção de saúde predominante, do sistema de serviços e ações de saúde e de suas práticas” (MATTOS, 2001, p. 41).

Ainda no entender de Mattos (2001), a integralidade é percebida como um conceito não definitivo, composto por vários sentidos – ‘os sentidos da integralidade’ –, que o autor denomina como “sentidos do termo”. Desta forma, destaca o que para ele tem aparecido como os três principais sentidos, quais sejam: atributos das práticas dos profissionais de saúde; atributos da organização dos serviços; e respostas governamentais aos problemas de saúde.

Os atributos das práticas dos profissionais de saúde dizem respeito à relação entre o profissional de saúde e o paciente, a forma como se busca compreender as necessidades de saúde do indivíduo para além daquelas diretamente ligadas à sua queixa. Este sentido da integralidade está baseado na crítica ao modelo de medicina fragmentado e reducionista, em que o paciente não era visto em seu conjunto, mas com base na sua doença. “Os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes, atentando tão somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram” (MATTOS, 2001, p. 45).

Os atributos da organização dos serviços se referem à possibilidade de oferecer mudanças e absorver demandas que sejam adequados às necessidades da população. O entendimento destes atributos se origina na crítica à organização dicotomizada entre ações de saúde coletiva, oferecidas pelo Ministério da Saúde e ações de assistência médica, vinculadas à previdência social. O caráter integral da organização está pautado no diálogo e na diferença de concepção sobre a necessidade de saúde da população, que é apreendido por diferentes atores e na possibilidade de que estas necessidades orientem a organização dos serviços.

² Segundo Mattos (2001), “imagem-objetivo” tem sido usada para designar uma certa configuração ou situação que se deseja alcançar, não se refere a uma utopia, por compor uma configuração real, alcançável em tempo definido.

As respostas governamentais aos problemas de saúde indicam a atuação do governo voltada a certos grupos específicos, o que resultou em programas como o Paism, Paisc, DST/Aids e outros que estão pautados na ampliação do objeto da ação, na recusa em reduzir o indivíduo ao problema de saúde, mas consideram os vários fatores que incidem no processo de saúde-doença. Segundo Mattos (2001, p. 58), o movimento feminista exerceu forte influência na construção do Paism, mediante a crítica de que “os problemas de saúde da mulher eram pensados de forma reducionista, sem levar em conta os contextos culturais e as diversas formas de dominação que conferiam especificidades ao adoecimento das mulheres”. Assim, o termo integral era utilizado como uma forma de indicar a extensão dos problemas de saúde que deveriam ser pensados.

Cecílio (2001) compreende a integralidade em duas dimensões, a partir da necessidade: micro/focalizada, com uma abordagem multiprofissional, centrada no espaço do serviço e a macro/ampliada com a articulação dos serviços de saúde e outros. A integralidade focalizada é pensada como parte de uma integralidade mais ampliada, que se realiza em uma rede de serviços de saúde.

A necessidade de saúde é apreendida valendo-se de quatro conjuntos de necessidades: o primeiro está voltado às condições de vida, entendendo que os vários determinantes que atuam sobre a vida do sujeito atuam no seu adoecimento, em outras palavras, ‘a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde’. O segundo diz respeito ao acesso e utilização de toda a tecnologia disponível para garantir a saúde dos indivíduos, conforme as suas diferentes necessidades. O terceiro se refere aos vínculos afetivos que devem ocorrer entre o profissional de saúde e o usuário, de forma a estabelecer uma relação de confiança que possibilite ter naquele profissional uma referência. Nas palavras do autor, seria “uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: um encontro de subjetividades” (CECÍLIO, 2001, p. 115). O último conjunto de necessidades está ligado à autonomia do indivíduo no seu “modo de levar a vida”, o que significa que não bastaria ter acesso à informação e educação em saúde, mas ele deveria reconstruir sua vida de modo a atender às suas necessidades.

Para Cecílio (2001), a integralidade micro/focalizada está voltada para a relação entre o profissional de saúde e o paciente, que ocorre dentro da unidade de saúde. Isso significa que a unidade e os profissionais devem estar organizados para oferecer a melhor escuta e atender às necessidades de saúde do usuário. A integralidade macro/ampliada seria “a articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas ‘integralidades focalizadas’” (CECILIO, 2001, p. 11), quer dizer que as necessidades dos indivíduos orientariam a organização do macro, que estaria voltada a possibilitar a integralidade no micro.

Pinheiro (2001) se baseia no cotidiano das instituições e dos atores para pensar a integralidade, tomando como eixo de análise a relação entre oferta

e demanda. O cotidiano aqui é pensado como local privilegiado por conter “contextos de relações distintas que envolvem tanto pessoas, como coletividades e instituições, em espaços e tempos determinados” (PINHEIRO, 2001, p. 65). A integralidade é entendida assim como em Cecílio tomando-se por base duas dimensões: (i) no plano individual, na relação entre os atores que mediam a oferta e demanda, e (ii) no plano sistêmico, em que se garante a integralidade na rede de serviços.

O trabalho de Pinheiro, no plano individual, analisa a dinâmica de oferta de serviços de saúde e no plano sistêmico analisa o Programa Saúde da Família (PSF), como uma iniciativa inovadora. Para identificar a oferta, utiliza as categorias: organização do atendimento, o uso dos serviços, sistemas de referência e contrarreferência e níveis de atenção. No plano sistêmico, as questões colocadas são: as percepções de doença, saúde e cura dos atores envolvidos com a demanda nos serviços de saúde, a relação entre médico e paciente e a participação do Conselho Municipal de Saúde como canal de vocalização de demandas.

Por sua vez, Giovanella (2002) divide a integralidade em dois níveis, com atributos relacionados ao sistema de atenção (garantia de ações e articulação entre promoção, prevenção e recuperação, para indivíduo e coletividade) e atributos relacionados ao processo de atenção individual (abordagem bio-psico-social). Com base nestes dois eixos, construiu um conceito de integralidade que se divide e se completa em quatro dimensões, porque em nenhuma das dimensões individualmente é possível apreender o conceito na sua totalidade.

Para a autora, cada uma das quatro dimensões da integralidade está relacionada a um diferente campo de intervenção. A primeira dimensão é a primazia das ações de promoção e prevenção que está ligada a uma intervenção política, de definição de prioridades. Pressupõe uma “realização sustentada de ações de promoção e prevenção garantidas por meio de ações intersetoriais e planejamento com participação social” (GIOVANELLA, 2002).

A segunda dimensão é a garantia de atenção nos três níveis de assistência médica e diz respeito à organização da oferta de serviços de forma a garantir um caráter continuado no tratamento. Sua operacionalização se daria por meio de uma:

oferta organizada de assistência curativa e de recuperação, garantindo-se referência e contrarreferência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades/procedimentos nos distintos níveis de complexidade, com fluxos e percursos definidos e ordenada espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território. (GIOVANELLA, 2002, p. 58)

A terceira dimensão é a articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação e diz respeito à gestão do sistema, “através da integração or-

ganizacional e programática entre os setores de assistência individual e os setores responsáveis pelas ações de caráter coletivo da Secretaria Municipal de Saúde” (GIOVANELLA, 2002, p. 58).

A quarta dimensão é a abordagem integral do indivíduo e famílias, refere-se ao cuidado individual, por intermédio de intervenções nas esferas biológica, psíquica e social garantidas por meio de vínculo e de integração de serviços na unidade e no sistema, com cuidado fornecido em local apropriado em local apropriado, conforme a natureza da necessidade.

Mais especificamente, o conceito define a integralidade com base em quatro dimensões, “cada uma destas dimensões está relacionada a um diferente campo de intervenção: a primeira ao campo político de definição de prioridades, a segunda à organização do sistema de atenção, a terceira à gestão do sistema e a quarta ao cuidado individual” (GIOVANELLA et al., 2002, p. 47).

Quadro 1 - Quadro Síntese – Conceito de Integralidade

CF.88	<p>Art.196: 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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. 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:</p> <p>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.</p>
Lei nº 8.080	<p>Art.5º: São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS)</p> <p>III – assistência a pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e das atividades preventivas;</p> <p>Art.7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art.198 CF, obedecendo ainda aos seguintes princípios:</p> <p>II – Integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.</p>
CARVALHO (1991)	<p>Integralidade em dois níveis: individual e coletivo, assegurando aos indivíduos o direito à saúde , dos níveis mais simples aos mais complexos (...) bem como a compreensão do indivíduo em sua totalidade e dos indivíduos/coletividades em suas singularidades.(“articulação entre as atividades de prevenção, promoção e recuperação/interdisciplinaridade”).</p>

continuação »

continuação | Quadro Síntese – Conceito de Integralidade

DALMASO (1994)	Integralidade com base na agregação da assistência médica individual a atividades de promoção de saúde (integração a partir de ações programáticas, hierarquização do sistema).
FURTADO e TANAKA (1998)	Integralidade entendida tomando-se por base cinco dimensões: o ser humano como centro da atenção e não a doença; o ser humano ou grupo visto na sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis; o tratamento diferenciado para quem está em situação desigual; a interferência nas condições gerais de vida da população
MATTOS (2001)	Integralidade como um conceito não definitivo, composto por vários sentidos 'os sentidos da integralidade'. Os principais sentidos são: atributos das práticas dos profissionais de saúde; atributos da organização dos serviços; e as respostas governamentais aos problemas de saúde.
CECÍLIO (2001)	Integralidade em duas dimensões a partir da necessidade: micro/focalizada: abordagem multiprofissional, centrada no espaço do serviço macro/ampliada: articulação dos serviços de saúde e outros. A integralidade focalizada é pensada como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde.
PINHEIRO (2001)	Integralidade é entendida valendo-se de duas dimensões: no plano individual, na relação entre os atores que mediam a oferta e demanda, e no plano sistêmico, em que se garante a integralidade na rede de serviços.
GIOVANELLA (2002)	Integralidade em dois níveis: atributos relacionados ao sistema de atenção (garantia de ações e articulação entre promoção, prevenção e recuperação, para o indivíduo e coletividade), e atributos relacionados ao processo de atenção individual (abordagem bio-psico-social).

O conceito de Giovanella et al (2002) sobre integralidade, por nós adotado, permite conjugar aspectos que nos pareceram relevantes para apreender o nível de implementação da diretriz da integralidade, especificamente nos permite pensar para além de aspectos relacionados à organização dos serviços, mas que interferem diretamente na forma como a população acessa e utiliza os serviços públicos de saúde.

Optamos, na pesquisa, por trabalhar apenas uma das dimensões da integralidade, que se refere à garantia de atenção nos três níveis de assistência a saúde. A observação desta dimensão informa sobre a organização de uma rede de serviços de saúde que garanta assistência curativa e de recuperação, regionalizada e hierarquizada. Segundo Giovanella (2002, p. 50), esta dimensão seria operacionalizada mediante um sistema que garantisse:

Referência e contrarreferência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades/procedimentos nos distin-

tos níveis de complexidade (baixa, média e alta), com fluxos e percursos definidos e ordenados espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território.

Ao pensar na integralidade, devemos ter claro que o acesso, a universalidade e a equidade são condicionantes interligados para a construção de um sistema de saúde que se diga integral. Para pensar o acesso e a oferta de serviços, deve-se considerar a diferenciação de demandas, na Constituição Federal o conceito de equidade

foi tomado como igualdade no acesso a serviços de saúde. (...) A teoria igualitária presente na Constituição brasileira implicaria a existência de um sistema com forte participação do setor público, em que os serviços de saúde devem ser distribuídos segundo o perfil de necessidades de cada grupo populacional e financiado segundo as possibilidades de cada um. (TRAVASSOS, 1997, p. 326)

Entendemos que o acesso aos serviços de saúde deve considerar aspectos do vínculo que se deseja criar do indivíduo com a unidade, estabelecer uma relação com o sujeito que permita reconhecer suas necessidades, criando uma referência com o profissional. Acessar os serviços de saúde representa mais do que ter um pronto atendimento, mas fazer uso regular de um serviço, ter um serviço de referência.

Uma coisa é defender o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde que se façam necessários, o que, numa rede regionalizada e hierarquizada, pode assumir a forma da defesa ao acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Outra coisa, igualmente importante, é defender que em qualquer nível haja uma articulação entre a lógica da prevenção (chamemos por hora assim) e da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde. (MATOS, 2004a, p. 1.413)

A apreensão destas necessidades passa necessariamente pela revisão do modelo de gestão adotado nas unidades de saúde, implicando uma prática que ultrapasse os aspectos organizacionais da administração gerencial. As bases de uma proposta de gestão integrada são explicitadas por Cecílio (2002), em que, ao reconhecer a complexidade das organizações de saúde, propõe um duplo movimento: equacionar a necessidade de autonomia x coordenação, criando um outro tipo de 'governo' nas organizações de saúde, que resulte em um novo arranjo dos 'governos' existentes; e adequar as organizações governamentais a novos tempos, os quais exigem mais compromisso com a eficiência e com a transparência. Dessa forma, tem por objetivo a implantação de práticas que visem a:

- Explicitar a missão da unidade e de cada setor ou unidade funcional que a compõe, estabelecendo compromissos e dando direcionalidade às ações, na busca da concretização de contratos de gestão;
- Adotar organogramas horizontalizados ou achatados, que diminuam a hierarquia;
- Enfatizar o trabalho em equipe;
- Profissionalizar a gerência, tendo por foco a equipe e não as 'corporações';
- Enfatizar a comunicação lateral;
- Implantar a gestão colegiada;
- Profissionalizar uma área de desenvolvimento institucional ou planejamento estratégico, para apoio ao processo;
- Enfatizar a utilização intensiva da informação, organizada em indicadores para monitoramento contínuo.

De fato, o que se busca com a introdução de tais diretrizes é, segundo Cecílio (2002), uma nova forma de entender a atenção em unidades de saúde que considere, por um lado, o trabalho em equipe como somatório de ações de cada profissional, como uma linha de montagem do tratamento da doença que visa à cura e, por outro lado, a promoção de arranjos institucionais que permita a atuação integrada e coordenada de um grande número de trabalhadores envolvidos no trabalho.

No âmbito do hospital, a diversidade do cuidado depende da 'conjugação do trabalho de vários profissionais'. Este complexo processo de inter-relações, marcado pela transversalidade de 'atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes', dão os contornos das possibilidades do cuidado em saúde, sendo um território marcado por dependência direta de uns profissionais com relação aos outros, como também, e em decorrência deste mesmo processo, como um campo de lutas e de disputas. (FEUERWERKER & CECÍLIO, 2007)

Pensar a atuação destes trabalhadores implica compreender a complexidade do cuidado em saúde que subsiste na intermediação entre o sofrimento e as expectativas do usuário; as políticas de saúde nacionais; o aparato técnico dos trabalhadores e da unidade na qual se encontra inserido; os processos de trabalho, de poder e de gestão ali configurados; como também e, principalmente, a potencialidade de cada operador do cuidado em lidar com as subjetividades dos usuários, dos profissionais de saúde, e de suas próprias possibilidades e limitações enquanto trabalhador.

Não é uma tarefa simples operar o cuidado integral, uma vez que sob o enfoque da educação pelo e para o trabalho, o sentido da integralidade em saúde pressupõe que estes trabalhadores ultrapassem o pressuposto técnico de sua atuação profissional. A formação destes sujeitos é um dos desafios a ser enfrentado em dois níveis: para uns, durante sua escolarização, antes mesmo de sua inserção nos serviços, para outros, na conformação

de uma outra lógica de trabalho diferente da lógica cotidiana repetidamente naturalizada.

Para Mattos (2004b, p. 91), “é necessário colocar a integralidade como um eixo central do processo de mudança nas graduações de saúde (...)”. Para tanto, a formação deve se pautar na qualificação de profissionais adequados ao SUS, com práticas pactuadas com os pressupostos da integralidade, qualquer que seja seu local de atuação. Assim, se entendemos a educação como um atributo essencial à integralidade na organização do serviço, podemos extrapolar a análise do autor e afirmar que não apenas as graduações necessitam rever seus currículos, técnicas pedagógicas e práticas cotidianas. Mas, essencialmente, todos os profissionais, que lidem direta ou indiretamente com a lógica do cuidado e do acolhimento no âmbito da saúde necessitam se qualificar cotidianamente para alcançar a integralidade almejada e defendida na lei Orgânica da Saúde.

A mudança necessária subentende a ressignificação do sentido da formação em saúde nos seus diversos níveis de escolaridade, como também no aprendizado constante e contextualizado no ambiente de trabalho. Entretanto, esta lógica necessária à materialidade do cuidado integral nas unidades e nos serviços de saúde tem o desafio de romper com um processo histórico de formação fortemente caracterizado pela intensa especialização e fragmentação do conhecimento. Esta fragmentação pode ser compreendida no âmbito do conhecimento, quando fragmenta as informações produzindo um processo de especialização contínuo; mas também pode ser pensada sob o aspecto das relações sociais e das relações de produção, caracterizando classes e formas diferenciadas e hierarquizadas de inserção no trabalho e na vida, podendo ainda ser vista na própria fragmentação do sujeito, que não é percebido em suas dimensões bio-psico-sociais, implicadas no mundo da vida, e neste também no contexto do trabalho.

O cuidado integral em saúde somente se torna uma possibilidade quando a prática cotidiana dos serviços supera a lógica da especialização técnica do trabalho, marcada pela separação contundente entre trabalho manual e trabalho intelectual, tanto no espaço do trabalho quanto no da escola. Para Ramos (2009, p. 57), o trabalho em saúde “tem a singularidade de produzir e manter diretamente a vida, colocando-nos o desafio de identificar e reconhecer o ser humano em sua plenitude”. Portanto, é necessário entender o ‘trabalho como princípio educativo’ em um movimento contínuo de problematização e de ressignificação das práticas de saúde, diretamente comprometidas com o sentido da integralidade do cuidado e, por isso mesmo, com o reconhecimento da integralidade dos sujeitos. Inserir a educação na prática do trabalho ‘se constitui em uma mediação pela qual o processo de ensino-aprendizagem pode se desenvolver’.

Os modelos majoritariamente implementados na educação para o trabalho no Brasil estão alinhados à redução do cidadão a consumidor,

corroborando o processo de individualização dos sujeitos e de alienação destes quanto às condições de vida da grande maioria da população, que sobrevive em condições mínimas de existência. Este modo de formar reflete a hegemonia economicamente centrada do modelo neoliberal imposto aos países denominados 'em desenvolvimento' ou 'subdesenvolvidos', modelo este que pressupõe trabalhadores pouco informados de sua realidade sociopolítica e econômica, massacrados por uma rotina extenuante de trabalho e sem condições físicas, emocionais e econômicas de se qualificar dentro ou fora do cotidiano laboral.

Entretanto, é necessário perverter esta lógica encontrando os espaços de lutas e de disputas na conquista de uma formação de natureza mais abrangente que incentive o desenvolvimento de sujeitos críticos e politizados, compromissados com valores coletivos e equânimes. Tomando-se por base sujeitos autônomos, imponderados por suas perspectivas críticas e contextualizadas, as perspectivas de se manter estas ideias em debate se reafirmam, permitindo reconhecer o sentido da integralidade dos sujeitos, dos lugares, do cuidado, da vida em toda a sua complexidade.

Metodologia

A abordagem utilizada neste estudo foi uma análise quali-quantitativa, por intermédio de um questionário semi-aberto estruturado. Pretendíamos identificar a conformação de aspectos da gestão, organização, da política e do cuidado nos serviços de saúde, com atores políticos no nível de gestão das unidades.

A pesquisa envolveu todas as unidades hospitalares de uma área programática no município do Rio de Janeiro, o que correspondeu a sete unidades de saúde. Neste artigo, as unidades não serão diferenciadas por complexidade nem por gestão, municipal, estadual ou federal.

Os critérios utilizados para identificar a operacionalização da integralidade foram adaptados de Giovanella (2002), considerando a relevância daqueles para a pesquisa nas instituições definidas. Foram excluídos os critérios que se vinculavam à gestão no nível central do sistema e incluídos critérios que dialogam com a concepção de outros autores. Desse modo, ficaram assim definidos, conforme apresentamos no quadro a seguir:

Quadro 2 - Quadro síntese – Integralidade

Dimensão	Critérios a serem analisados
Gestão	Existência de conselho de gestão.
	Existência de gestão colegiada nas unidades.
	Existência de espaço formal de interlocução entre os níveis de gerência e gestão.
	Existência de espaço formal de interlocução entre as diversas áreas.
	Existência de plano estratégico para os setores.
	Existência de contrato de gestão.
	Existência de acompanhamento de indicadores gerenciais.
	Existência de protocolos assistenciais.
Existência de plano/estratégia/portaria para integração dos serviços.	
Dimensão	Critérios a serem analisados
Organização	Capacidade instalada.
	Existência de medidas de garantia de referência e contrarreferência.
	Existência de controle de fluxo de pacientes (fluxo, rotina e protocolo).
	Existência de monitoramento e mecanismos de redução de filas de espera.
	Existência de monitoramento do tempo de espera para marcação e realização de consultas, exames e internação.
	Existência de política para integrar os níveis de atenção (referência organizada).
	Existência de política para ampliar o acesso.
	Existência de ação reguladora da assistência.
Existência de central de marcação de consultas, exames e internação.	
Dimensão	Critérios a serem analisados
Política	Existência de ouvidoria.
	Existência de grupo de humanização.
	Existência de planejamento para implementação da política nacional de humanização.
	Existência de programa ou política para revisão da organização hospitalar (ex. programa de qualidade).
	Existência de programa de educação continuada, contemplando os temas de gestão e integralidade.
Dimensão	Critérios a serem analisados
Cuidado	Existência de monitoramento do tempo médio da consulta.
	Existência de outras modalidades de atendimento (hospital dia e atendimento domiciliar).
	Existência de estratégias de acolhimento.
	Existência de locais e práticas de acolhimento (individuais e coletivos).
	Existência de integração entre os serviços (ex.. Atividade de discussão de caso).
	Existência de práticas de construção da autonomia do usuário dos serviços (ações educativas).

Fonte: Adaptado de: "Integralidade na gestão de sistemas municipais de saúde: critérios de avaliação" (GIOVANELLA et. al, 2002, p. 58).

As análises realizadas são descritivas, enfocando os critérios vinculados à dimensão política que identificam alguns aspectos sobre a conformação da gestão hospitalar, e se referem à existência de uma política gerencial voltada à construção de processos de trabalho mais integrais e que especialmente dialogue com o trabalhador e a população usuária da unidade.

Resultados

Consideramos, neste artigo, a dimensão política como estratégia adotada pela gestão, na perspectiva de indução, ou, ainda, de revisão dos processos de trabalho no hospital, a relação com o usuário e entre os profissionais de saúde, na produção do cuidado. Além disso, interessa saber o nível de indução dos gestores, seja no âmbito municipal, estadual ou federal.

Concordamos com Silva Junior e Mascarenhas (2006, p. 243) quando vinculam outros conceitos à integralidade, como acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção. Para eles, o “acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como saberes vêm sendo ou deixado de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde”.

Para a construção de um sistema de saúde integral, é necessário também primar pela acolhida e pela construção do vínculo do usuário com o profissional de saúde e com a unidade.

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

- 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (FRANCO et al., 1999, p. 347)

A construção do vínculo está sendo entendida na relação entre o profissional de saúde e o usuário, na lógica da responsabilização destes sujeitos na produção do cuidado. Entendemos, ainda, que a responsabilização envolve também a instituição, como indutora de processos de trabalho e, também, na lógica de negociação de fluxos e protocolos com outras unidades de saúde, responsabilizando-se pela continuidade da assistência.

Ao abordar a qualidade das ações de saúde, no diálogo com outros autores, Silva Junior e Mascarenhas (2006) apresentam algumas perspectivas de análise, quais sejam: (i) tratamento que é capaz de alcançar o melhor equilíbrio entre riscos e benefícios; (ii) acesso, continuidade, coordenação e satisfação do paciente influem na qualidade; (iii) qualidade da atenção médica baseada na relação com o usuário e na sua conduta, que se refere ao processo saúde-doença; (iv) qualidade no sentido amplo, como qualificação profissional, segurança, aparência da unidade de saúde e adequação dos equipamentos; (v) na perspectiva clínica, o impacto na saúde, e (vi) na perspectiva da população, o acesso, a disponibilidade de atenção, na lógica de saúde integral.

É possível, ainda, pensar a qualidade com base na lógica organizativa de avaliação de programas, trabalhando com avaliação de estrutura, processo e resultado.

Trabalhamos aqui a qualidade trazendo o recorte da educação e da satisfação do usuário.

Ouvidoria e Pesquisa de Satisfação

O ponto central aqui é identificar quais os canais de comunicação que as unidades de saúde têm institucionalizado para ouvir as demandas da população, sejam estas queixas ou sugestões e de que forma estas demandas têm sido tratadas e incorporadas ao processo de trabalho institucional.

O Ministério da Saúde editou Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009, designando ao Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS a competência de estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de ouvidoria em saúde. Dentre as principais atribuições comuns das ouvidorias, podemos destacar o acolhimento a reclamações, críticas e sugestões.

As ouvidorias podem ter uma atuação mais abrangente no âmbito da gestão do SUS e das unidades, no sentido mesmo de garantia dos direitos dos usuários e ampliação da participação destes na gestão da unidade, podendo ser um canal privilegiado de comunicação e de integração entre os serviços, favorecendo a revisão de processos de trabalho dentro da unidade.

Das unidades pesquisadas, encontramos o serviço de ouvidoria estruturado em cinco dos hospitais, nos demais encontramos a atividade vinculada à direção da unidade, sem uma estrutura formal. Nestas unidades onde o serviço não está estruturado, encontramos menos um canal para ampliar a participação do usuário e mais uma forma de garantir a escuta às suas queixas.

Nas unidades que possuem ouvidoria, há uma rotina de retorno aos usuários sobre suas queixas e as soluções encaminhadas. Em apenas uma unidade esta não era uma rotina do serviço de ouvidoria. Da mesma for-

ma, todas as unidades emitem relatórios que são encaminhados à direção da unidade.

Das unidades pesquisadas, quatro realizaram pesquisa de satisfação dos usuários, e apenas uma realiza de forma sistemática, as demais o fazem de forma eventual. O resultado da pesquisa gerou, em três unidades, melhorias de forma a atender às necessidades ou insatisfações registradas pelos usuários. As melhorias registradas foram: (i) implantação do profissional do 'posso ajudar'; (ii) mudanças na alimentação; (iii) colocação de um chuveiro elétrico; (iv) melhoria na comunicação.

A divulgação dos resultados da pesquisa é realizada por duas unidades, uma por meio da intranet, e outra por meio da divulgação do resultado aos membros da direção da unidade. Vale dizer que em nenhum dos casos é feito o retorno aos usuários do hospital, sujeitos da pesquisa.

Dispositivos da Política Nacional de Humanização

No que tange ao desenvolvimento de políticas que favoreçam ou ainda induzam à revisão do processo do trabalho nas unidades hospitalares, priorizamos a Política Nacional de Humanização – PNH e o Qualisus (Política de Qualificação da Atenção à Saúde no SUS). Concordamos com Mattos (2009), ao afirmar que a PNH guarda relação com a diretriz da integralidade, o que reafirma nossa escolha. Vale ressaltar que o Qualisus, no estado do Rio de Janeiro, teve sua ação vinculada a uma política de investimento, com enfoque na reorganização das urgências e emergências. À época da entrada do Qualisus nas unidades, suas ações estiveram vinculadas também aos dispositivos da PNH, com destaque para a Ambiência e o acolhimento com classificação de risco. Outros dispositivos também foram desenvolvidos, obedecendo às características e singularidades de cada hospital.

A PNH se apresenta como uma política transversal no SUS, orientada pelos princípios da transversalidade e da indissociabilidade entre atenção e gestão. Para Barros e Pereira (2006, p. 243),

mudar as práticas de saúde exige mudanças no processo de construção dos sujeitos dessas práticas. Somente com trabalhadores e usuários protagonistas e co-responsáveis é possível efetivar a aposta que o SUS faz na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas em saúde.

A humanização pressupõe a alteração no modelo de atenção e de gestão, no qual os sujeitos, trabalhadores e usuários são protagonistas na produção da saúde. Assim, os dispositivos implantados nas unidades podem ser

um forte indicador e orientador de um novo modelo dirigido à integralidade do cuidado.

Das unidades, cinco desenvolvem algum dispositivo da PNH. É interessante notar que mesmo naquelas onde não há um Grupo de Trabalho de Humanização (GHT) constituído, há algum outro dispositivo sendo desenvolvido.

O GHT não é um pressuposto para a implantação da política nas unidades, mas pode ser um espaço coletivo de criação e formulação, dependendo do seu grau de articulação e legitimidade interno. As pessoas que compõem o grupo podem atuar como apoiadores, nas suas respectivas inserções, contribuindo na revisão de processos orientados pela PNH, e desse modo, todos os dispositivos da política estão relacionados ao GHT. É importante dizer que a política não deve ficar restrita ao GHT, ao contrário, deve extrapolar este espaço envolvendo outros sujeitos.

O GHT foi instituído em quatro das unidades pesquisadas. Na unidade que não possui o grupo, apenas um dos dispositivos foi implantado: o acolhimento com classificação de risco, um dispositivo que traz uma proposta de reorganização da porta de urgência e emergência.

O acolhimento foi implantado em três unidades, e em duas delas não é feita a classificação de risco, trabalhando ainda com o sistema de triagem. Vale ressaltar que as unidades que não implantaram a classificação de risco não possuem uma porta aberta de urgência a emergência, sendo este serviço oferecido apenas aos casos de intercorrência. Uma quarta unidade teve a experiência de trabalhar com a classificação de risco na porta de entrada e chegou a fazer pequenas obras para melhoria do fluxo, com classificação das áreas por cor. Nesta unidade, a classificação de risco encontrou resistência da população e dos profissionais.

O acolhimento com classificação de risco pressupõe pelo menos dois movimentos: (i) acolher, escutar e dar respostas ao usuário, o que implica a responsabilidade com a continuidade do cuidado; e (ii) a classificação do risco, que é também uma proposta de gestão de fila, onde os casos são classificados de acordo com a sua gravidade. São processos que exigem a revisão dos processos de trabalho, das relações entre os profissionais e destes com os usuários, e ainda a organização do acesso.

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, pressupõe um processo de escuta do profissional de saúde, orientado a acolher as demandas do usuário e, desta forma, um processo de responsabilização. Esta responsabilização implica uma ação local dentro da unidade saúde e uma articulação mais ampla com a rede de serviços.

Dessa forma, o acolhimento na unidade de saúde significa uma relação profissional-usuário que possibilite a construção de vínculos, ou, segundo Cecílio (2001), é um encontro de subjetividades. Todos os usuários são atendidos com o intuito de sanar suas necessidades, que podem extrapolar os serviços ali ofertados. Assim, é necessária a articulação não apenas com a

rede de saúde, mas uma rede social que seja capaz de resolver os problemas de saúde da população, compreendendo que o processo de saúde-doença se refere a manifestações bio-psico-sociais.

Duas unidades pesquisadas trabalham com equipe de referência e apoio matricial, o que pressupõe o estabelecimento de novos padrões de relacionamento entre profissionais e destes com os usuários. Por meio deste dispositivo, cada equipe se torna responsável pelo cuidado integral, possibilitando a construção de vínculos e projetos terapêuticos mais abrangentes, à medida que incorpora de forma participativa os diferentes olhares que cada profissional tem do processo saúde-doença.

Com o apoio matricial, a equipe não encaminha ou pede parecer, ela pede apoio. Na verdade, a própria equipe ou serviço se torna usuário do serviço o qual solicita. Identificamos que nas duas unidades a equipe de referência está vinculada a serviços específicos, à maior complexidade ou gravidade, encontramos também vínculos a determinados grupos de pacientes.

Alguns dispositivos da PNH estão articulados, assim percebemos que as mesmas unidades que trabalham com equipe de referência e apoio matricial implantaram também o projeto terapêutico singular, um conjunto de condutas terapêuticas, construídas valendo-se da discussão e negociação dentro de uma equipe interdisciplinar, envolvendo o usuário, outros atores e equipes, quando necessário. Estes são dispositivos importantes para pensarmos a responsabilização do usuário, da equipe e dos serviços com a produção do cuidado e a garantia de sua continuidade.

A Construção coletiva da ambiência foi desenvolvida em três das unidades. A ambiência se refere à apropriação do espaço enquanto espaço de construção/produção de relações sociais, profissionais, assistenciais, com a finalidade de produzir o cuidado integral, universal e equitativo.

Considerando os três eixos, (i) elementos do ambiente, voltados ao conforto e à privacidade; (ii) encontro de subjetividade, por meio da reflexão sobre os processos de trabalho, e (iii) a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo, podemos afirmar que a ambiência produz um impacto positivo, tanto nos usuários quanto nos trabalhadores, à medida que possibilita a criação de espaços mais acolhedores; a revisão de fluxos e da arquitetura, favorecendo, nas unidades com urgência e emergência, a classificação de risco e divisão por nível de complexidade, e possibilita a criação de um espaço de encontro dos sujeitos, fundamental para implantação desta política, ou para qualquer prática mais integradora.

A discussão e apropriação da temática da ambiência possibilitam aos trabalhadores uma nova compreensão dos problemas vivenciados. Mais do que reclamar das condições de trabalho, é possível identificar os principais aspectos do ambiente que interferem no bem-estar profissional e na

produção do cuidado e, da mesma forma, indicar soluções, às vezes simples, para a sua melhoria.

O processo de cogestão define um modo de operar coletivo, no qual os atores envolvidos são responsáveis e deliberam sobre um conjunto de ações. É um processo importante de envolvimento e integração de equipes, à medida que quebra com a lógica da corporação e também com a estrutura de poder, visto que naquele espaço os atores possuem o mesmo poder de decisão que o chefe. Este é um espaço de produção de sujeitos, de escuta e de pactuação.

Dentre as unidades pesquisadas, quatro relatam a existência de cogestão. Vale ressaltar que, em uma destas, o que identificamos foi o colegiado de direção, não ampliando para outros níveis da gestão.

O modelo de gestão colegiado ou de cogestão possibilita a criação de espaços coletivos, ampliados e democráticos. Nestes espaços, as diversas percepções sobre o modo de fazer saúde, sobre o processo de trabalho, estão em permanente discussão. Esta abordagem coletiva, quando direcionada, com vistas à PNH, cria um fórum de discussão privilegiado, para a incorporação de novos modos de fazer, sob uma perspectiva mais atenta às necessidades dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado.

Logo, a cogestão é um dispositivo absolutamente estratégico e necessário para pensar e implementar todos os demais, sendo dificultada a incorporação de mudanças no processo de trabalho, sem a garantia anterior da existência destes espaços, sob pena de termos chefias bem-intencionadas, mas com projetos pouco sustentáveis, na medida em que não envolveram o coletivo da sua unidade ou setor.

Carta de Direitos dos Usuários do SUS

Pretende-se enfocar neste item como são realizadas as ações de divulgação da Carta dos direitos do usuário do SUS pelos profissionais de saúde. Deve-se considerar também as estratégias de divulgação das unidades, dos fluxos, rotina e horários de funcionamento dos serviços, assim como a identificação dos profissionais e dos leitos das unidades de saúde analisadas.

A Carta dos Direitos do Usuário do SUS foi aprovada pelo Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 675, de 30/03/2006, e publicada no *Diário Oficial da União*, Seção 1 - 31/03/2006, estabelecendo seis princípios, quais sejam:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.

4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

No tocante ao acesso e ao direito à saúde, a legislação brasileira, tanto constitucional quanto infraconstitucional estabeleceu bases relativas a direitos individuais, coletivos e sociais e normas referentes à humanização da atenção em saúde, tais como a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e o direito à informação das pessoas assistidas sobre sua saúde.

As ações de divulgação da Carta de Direitos dos usuários do SUS para os profissionais das unidades estudadas são realizadas em duas delas, as quais se dão mediante palestras do Serviço Social e folheto no momento da internação.

Para que os usuários tenham seus direitos preservados, é fundamental também que sejam conhecidos por quem estabelece diretamente o cuidado, para que a relação profissional-paciente se dê de forma humanizada. Mattos (2004a) informa que uma primeira dimensão da integralidade se expressaria, de fato, na capacidade dos profissionais em dar resposta ao sofrimento manifesto que resultou de uma demanda espontânea e articulada à oferta relativa de ações e procedimentos preventivos.

Há divulgação de fluxos, rotina e horários de funcionamento dos serviços em quatro unidades. Além de orientações dadas por profissionais de enfermagem, utilizam-se cartaz para o horário de visita e murais, e, em uma das unidades, há um painel eletrônico com informações no Serviço de Pronto Atendimento (SPA).

Mattos (2004a, p. 1.413) diz que em relação à busca pela integralidade da atenção em saúde

não se trata de simplesmente desenvolver protocolos ou rotinas capazes de identificar e oferecer ações preventivas não demandadas diretamente pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. Há que se compreender o contexto específico de cada encontro entre membros da equipe de saúde e as pessoas.

Os profissionais usam identificação em quatro das unidades, entretanto, informou-se que em uma delas não se dá completamente, mas que seria utilizada pela maioria. Já os leitos são identificados em quatro unidades, acontecendo por iniciativa da direção somente em uma unidade, e em quatro, partindo de grupos de profissionais.

Em cinco das unidades pesquisadas, existe sinalização para orientar os usuários quanto à localização dos serviços. Em relação às políticas prioritárias do SUS, tais como saúde da mulher, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde materno-infantil, saúde do idoso, entre outras, são desenvolvidas por cinco unidades de saúde, e, em uma das unidades, informou-se que se dá de forma precária.

Educação em Saúde

No que tange à existência de programas de educação que contemplem os temas da gestão e da integralidade em saúde, estes compreendidos como um dos atributos na identificação da integralidade na organização do serviço, faz-se necessário contextualizar com base em quais pressupostos este estudo analisou a educação pelo trabalho nas unidades hospitalares.

A trajetória da educação para o trabalho no Brasil foi se constituindo, majoritária e gradativamente, no desenvolvimento de um modelo de ensino comprometido com uma formação de transmissão de conteúdo técnico no e para um trabalho específico, pactuados com uma formação de transmissão de conteúdos técnicos e tecnológicos para o mercado capitalista. O desenvolvimento de políticas de educação profissional implementadas em território nacional está historicamente alinhado com as políticas de desenvolvimento econômico, preconizadas por diretrizes internacionais, para os países em desenvolvimento, ou, ainda, alinhadas aos interesses dos laboratórios farmacêuticos e das organizações privadas de saúde. (MANFREDI, 2002).

Na contramão desta premissa capitalista, principalmente mediante os movimentos da Reforma Sanitária, no período da redemocratização brasileira, muitos atores se articularam na busca de uma outra cidadania, disputando e negociando com governos e mercados uma configuração social mais equânime. Neste complexo processo de redefinição dos parâmetros de dignidade para os sujeitos, a educação precisa ser entendida como estratégica no reconhecimento da necessidade de qualificação dos profissionais de saúde, entretanto, precisa ser compreendida como uma educação que se propõe a ultrapassar a premissa instrumental de formação para o trabalho.

Formar profissionais da saúde não significa, em nenhum nível, a mera adaptação ao existente, com seus fetiches e formas de alienação. Ao invés da informação fragmentada e distorcida, dos fatos e dados parciais, postos fora de contexto, trata-se do trabalho paciente de criticar, mediar, construir uma percepção crítica do profissional (...) que trabalha nos serviços de saúde. O que implica conhecimentos teóricos e práticos, culturais e técnicos, qualificando o trabalho e o cidadão no contexto do respeito, da remuneração justa, da participação ativa no cotidiano dos serviços de

saúde, na visão crítica qualificada em relação ao país e suas contradições. (PEREIRA & RAMOS, 2006, p. 53)

A busca pelo fortalecimento de uma pedagogia mais qualificada que aporte em suas entranhas os sentidos e pressupostos da integralidade precisa romper com a ideologia de formação mínima para o trabalho. Deve propiciar o reconhecimento de espaços de disputas para a recontextualização destes lugares e destes cidadãos, legitimando um projeto contra-hegemônico de formação dos sujeitos.

Valendo-se destes pressupostos, quando olhamos os programas de educação realizados nas sete unidades pesquisadas, considerando os cursos, palestras, seminários e congressos³ promovidos, encontramos no último ano um total de 66 cursos realizados, com carga horária global de aproximadamente 2.376 horas. Entretanto, deste montante, apenas sete são relativos a temas que contemplam o assunto gestão e integralidade em saúde. Esse percentual de 10,6% do total de cursos pode indicar o fato de que as unidades analisadas ainda não os consideram estratégicos para a organização e funcionamento institucional.

Constata-se que, mesmo após os vinte anos de SUS, os programas de educação nos serviços pesquisados demonstram focar contundentemente a preparação técnica e procedimental dos trabalhadores, sendo, à primeira vista, pouco comprometidos com a lógica da integralidade, e muito menos com a problematização dos conhecimentos e das práticas deles decorrentes.

Analisando mais atentamente estes cursos, é preciso destacar que dois deles são relativos a cursos de pós-graduação realizados no extramuro institucional, tendo como clientela principal profissionais graduados da instituição. A lógica da separação entre trabalho manual e trabalho intelectual aqui são reforçadas, uma vez que se privilegia, novamente, aqueles que têm maior acesso à informação qualificada e ocupam, na maior parte das vezes, os cargos de poder nas unidades. Deste modo, das 964 horas destinadas ao tema da integralidade e da gestão, apenas 34 horas se deram no âmbito do trabalho, ainda assim, majoritariamente destinados à figura do enfermeiro, destacando-se enfermeiros líderes, supervisores e chefes de unidade.

A Norma Operacional Básica do SUS – NOB/96 – dispõe sobre a importância dos investimentos na formação de gestores para um novo sistema de saúde, contudo, reconhece somente a alta direção dos serviços e sistemas como atores estratégicos para a viabilização dos princípios e diretrizes do SUS. Assim, considera o nível intermediário no campo da gestão como de baixa prioridade para a organização do sistema. Este fato pode ser também observado nesta pesquisa quando se verifica a existência de apenas um

³ A partir deste ponto, todas as vezes que o texto se refere à nomenclatura 'curso' considera os cursos, palestras, seminários e congressos desenvolvidos nas respectivas unidades pesquisadas.

curso destinado a profissionais, sem prévia especificação de sua formação, cargo ou função.

As unidades pesquisadas parecem não pactuar do entendimento de que a educação para e no trabalho necessita estar comprometida e se responsabilizar pela potencialização do cuidado integral em saúde. Quando destinam profissionais para se capacitarem, escolhem-nos dentro de nichos específicos de formação e de legitimação de poder, estes já enraizados na cultura institucional. Demonstraram também buscar esta qualificação em instituições formadoras externas, exatamente para os cursos de gestão, os quais são estratégicos na organização das práticas institucionais. Das duas pós-graduações relatadas, uma foi realizada em uma instituição pública de saúde e outra em uma instituição privada, demonstrando não haver garantias de que a lógica da qualificação para o trabalho esteja diretamente pactuada às diretrizes defendidas pelo SUS.

Os programas de educação promovidos pelas unidades pesquisadas estão muito centrados na qualificação procedimental destes profissionais, reproduzindo ainda a lógica da qualificação mecânica para o trabalho. A incorporação das diretrizes da administração científica ao setor saúde, diante do desafio da integralidade, pode entrar em conflito com as demandas deste outro jeito de trabalhar. As práticas necessárias para a materialização deste outro modo de produção de cuidado implicam profissionais informados e qualificados que possam garantir participação e autonomia na configuração de outros processos de trabalho.

O projeto em jogo nesta arena não se resume a uma reforma da saúde, mas um projeto de sociedade marcado pelo compromisso com todos os cidadãos, legitimando a emancipação humana, incentivando o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, qualificando-os para analisar criticamente seus processos de trabalho e de vida, para tomar o controle de suas escolhas e construir uma saúde integral, em uma sociedade mais equânime.

Neste contexto, é preciso ainda destacar que é preciso ser cauteloso com a ideia do poder superior da educação na resolutividade dos problemas de saúde. Mesmo entendendo a importância da qualificação do trabalhador tomando-se por base uma educação problematizadora, esta não surte efeito no sujeito se este não a compreende como um modo de ver e viver a vida. Não é somente a formação que garante a existência destes homens cidadãos, porém ela deve ser compreendida como uma ferramenta possível para a construção de novas realidades.

Considerações Finais

O resgate histórico da construção do SUS, com base na integralidade e no levantamento das abordagens teóricas sobre este tema, nos permitiu tra-

duzir a operacionalização desta diretriz na rede de serviços de saúde. Os diversos autores pesquisados pressupõem a integralidade como um conjunto articulado e contínuo de ações de promoção, proteção e recuperação à saúde. O que se percebe na prática é que os serviços têm-se organizado com base nas diferentes políticas induzidas pelo Ministério da Saúde, adotadas pelas secretarias municipais e estaduais de Saúde, não ampliando para uma ação integrada, em rede .

Neste contexto, reconhecemos na PNH um forte poder indutor para organização dos processos de trabalho nas unidades e também para integração da rede de saúde, mas sua penetração nas unidades ainda pode ser considerada incipiente.

A educação em saúde, sob a perspectiva da integralidade, ainda encontra muitos desafios, tanto no que se refere à promoção de uma educação transformadora para e no trabalho como também no redirecionando do foco dos cursos promovidos no âmbito das unidades, uma vez que estes ainda se encontram majoritariamente vinculados aos aspectos procedimentais dos serviços. É importante destacar que a educação não é por nós considerada resposta a todos os entraves que desafiam as possibilidades da integralidade, mas, entretanto, nós a entendemos como uma ferramenta possível de desencadear, a partir dos sujeitos, outros processos de gestão e cuidado nos serviços de saúde.

No que diz respeito ao modelo de gestão com potencialidade de resposta às demandas da diretriz da integralidade, apostamos no modelo de cogestão como mecanismo para a produção de novos arranjos institucionais. Com base neste, pode ser possível operar a gestão do cotidiano, resultando em uma atuação mais solidária dos profissionais envolvidos na produção do cuidado. Entretanto, para reconhecer seu impacto na organização dos serviços e na produção do cuidado, necessitaríamos de uma análise mais apurada.

Para estabelecer uma relação entre os critérios que operacionalizam a integralidade, é preciso primeiro reconhecer que não aprofundamos o debate da integralidade, mas apresentamos um recorte de seus aspectos.

Para avaliar a integralidade da assistência prestada seria necessário observar processos individuais, seja acompanhando agravos, programas ou indivíduos. *É apenas e tão somente no indivíduo que se expressam as distintas dimensões do cuidado à saúde: coletivo/individual, objetivo/subjetivo; ou os distintos níveis: promoção/prevenção/cura/reabilitação.* (GIOVANELLA et al, 2002, p. 57) (Grifos do autor).

A percepção dos critérios que foram trabalhados, mais do que identificarem a existência ou não de uma política gerencial voltada à construção de processos de trabalho mais integrais, apontam para os limites e caminhos possíveis para a construção de um sistema de saúde integral.

Por fim, vale dizer que este trabalho partiu da premissa que a integralidade ou aspectos da integralidade só podem ser considerados a partir da rede de saúde e especialmente na AP (Área Programática), local de menor abrangência de organização e operacionalização dos serviços, espaço possível para aplicar os critérios que identificam a integralidade.

A conceituação da integralidade foi abordada sob a perspectiva de vários autores, de forma que pudéssemos selecionar dentre estes o que mais se aproximasse da nossa percepção e também que permitisse sua aplicação na rede local de serviços. Mais do que buscar adaptar à realidade os critérios descritos, tivemos a preocupação de ter um olhar atento para aspectos não tão objetivos da construção da integralidade.

A construção da integralidade não pode ser enfrentada como uma tarefa do sistema de saúde local. É, sobretudo, um desafio que atravessa as várias esferas de governo e seus modelos de saúde, o que nos impulsiona a pensar, formular e examinar as diferentes práticas experimentadas no sentido da sua construção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19/09/90. “Dispõe sobre a responsabilidade para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, 1990.

_____. Portaria n. 675, de 30 de março de 2006. Aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1114>. Acesso em : 02/09/09.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

_____. Lei n. 8.080, de 19/09/90 – “Dispõe sobre a responsabilidade para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, 1990.

CARVALHO, M. R. de. *Modelos assistenciais de Unidades Básicas de Saúde e integralidade. Estudo de Caso: a Área de Planejamento 3.1. Contribuição para sua distritalização*, 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro, 1991.

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.

(Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

CECILIO, L. C. O. et al. Administração gerencial em uma organização governamental de saúde. *Revista do Centro Geral de Reabilitação*, Belo Horizonte, vol. 1, p. 10-20, 2002.

DALMASO, A. S. W. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? *Saúde em Debate*. n. 44, p. 35-38, 1994.

FEUERWERKER, L. C. M. & CECÍLIO, L. C. de O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FRANCO, T. B. et. al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*; vol.15, n. 2, p. 345-53, abr.-jun. 1999.

FURTADO, L. A. C. & TANAKA, O. Y. Processo de Construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Revista de Saúde Pública*, 32, vol. 1, n. 32, p. 587-595, 1998.

GIOVANELLA, L. et. al. Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção. *Saúde em Debate*. n. 60, p.37-61, 2002.

GUEDES, A. E. Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS: Abrasco, 2001.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. *Physis: Revista da Saúde Coletiva do Instituto De Medicina Social, Uerj*, vol.1, n. 1, p. 77-96. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Relume-Dumará, 1991.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS: Abrasco, 2001.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública* [online], vol.20, n.5, p. 1.411-1.416, 2004a.

_____. de. Integralidade como eixo da formação dos profissionais de saúde (Editorial). *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, vol.28, n.2, maio-ago., 2004b.

_____. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.

php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000500028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 Sept. 2009. doi: 10.1590/S1414-32832009000500028.

PEREIRA, E. H. P. & BARROS, R. D. B. Humanização. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. (Org.). *Dicionário da Educação Profissional*. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, vol. 1, 2006.

PEREIRA, I. B. & RAMOS, M. N. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um

campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS: Abrasco, 2001.

RAMOS, M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. *Saúde e Sociedade*, vol.18, supl. 2, p.55-59, 2009.

TRAVASSOS, C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 13, n. 2, p. 324-331, 1997.

GESTÃO EM SAÚDE: PERSPECTIVAS E DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE

Victor Grabois
Simone Cristina da Costa Ferreira

Introdução

Este artigo está vinculado às atividades da pesquisa *A integralidade na construção de modelos e práticas no campo da saúde*, e foi construído com base em uma entrevista realizada com o médico sanitarista Victor Grabois. Neste contato com o gestor, buscávamos travar um diálogo entre as diversas concepções sobre a integralidade e as possibilidades concretas de ação no campo da gestão de sistemas e serviços de saúde, com especial atenção para o campo da gestão hospitalar.

Situamos a gestão no campo da ação política. Queremos com isso afirmar que a gestão está vinculada à capacidade de articular determinados recursos para atingir-se uma dada finalidade. Gestão, então, seria a arte ou ciência de identificar os recursos necessários para a concretização de determinadas finalidades, a mobilização em si para obtê-los, e de combinar, de forma adequada, sua utilização, por meio da ação humana e de determinados processos de trabalho, de acordo com dimensões que qualificam o alcance destas finalidades ou objetivos.

A gestão dependeria de saber para onde queremos ir ou que objetivos queremos alcançar, como fazer e como obter o que necessitamos, e ainda, como removermos os obstáculos que nos impedem de chegar lá.

A combinação, ou ainda, a gestão dos recursos articula-se à identificação de quem os controla e que outros recursos e que ações podem ser empreendidas no sentido de obtê-los. Os recursos aqui são entendidos como apresentado por Matus (1991, p. 37):

recursos, dentre os quais convém destacar o controle dos centros de decisão (poder político), o controle de recursos econômicos e decisões orçamentárias (poder econômico), o controle de recursos comunicacionais (poder comunicacional) e o controle das capacidades científicas e técnicas (poder cognitivo e organizativo).

A gestão, como dissemos antes, é uma ação política, vinculada ao exercício de governar. Neste sentido, é preciso pensar a gestão dentro de uma dada racionalidade, em uma articulação contínua de três variáveis: (i) projeto de governo, um conjunto de ações e projetos que o gestor propõe para o alcance dos objetivos; (ii) capacidade de governo, capacidade para dirigir do gestor e de sua equipe mediante o elenco de técnicas, métodos, destrezas e habilidades; e (iii) governabilidade do sistema, diz respeito à relação entre as variáveis que o gestor controla e não controla no processo de governo. (HUERTAS, 1996).

Vale ressaltar que estas três variáveis, apesar de distintas, apresentam-se no sistema de gestão de forma dependente.

A baixa capacidade de governo afeta a governabilidade, a qualidade da proposta e a gestão do governo. As exigências do projeto de governo põem em prova a capacidade de governo e a governabilidade do sistema. A governabilidade do sistema, por fim, impõe limites ao projeto de governo e faz exigências à capacidade de governo. (MATUS, 1991, p. 35)

A gestão, dita de outra forma, é também a capacidade de articular diferentes projetos existentes, de lidar com grupos, interesses e realidades diferentes, e a capacidade de pactuar algumas finalidades, através da construção de consensos aproximativos. É o que permite, em alguma medida, que as instituições andem, ou seja, é uma aproximação de finalidades.

A gestão em saúde seria então a definição de finalidades ou objetivos de caráter sanitário, envolvendo instituições ou sistemas de saúde; o estabelecimento dos recursos necessários e sua combinação adequada, considerando as peculiaridades do trabalho em saúde e as dimensões que permitem que se tenha qualidade. Quando falamos de finalidades, partimos do pressuposto de que existem diferentes projetos no âmbito da sociedade, em um sistema de saúde ou instituição, e, neste sentido, é parte da gestão promover o diálogo entre estes projetos, assumindo a gestão como um processo contraditório entre interesses e pontos de vista.

A gestão hospitalar teria um foco mais preciso no desempenho dos hospitais, ainda que hoje se deva pensar a gestão hospitalar mais como um processo de gestão de redes assistenciais do que de unidades isoladas ou autônomas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o hospital é parte integrante de uma organização médica e social cuja missão consiste em proporcionar à população uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar; o hospital é também um centro de formação de pessoal da saúde e de investigação biológica e psicossocial.

Também no hospital você lida com grupos, corporações e atores que têm inúmeros projetos e inúmeros interesses, que refletem também inte-

resses externos. O complexo industrial da saúde, os políticos organizados como tal, e outros tantos atores com diferentes projetos também influenciam na gestão.

O processo de produção social conjuga muitos atores que *não obedecem a uma mesma ordem*. A estrutura social não é uma estrutura hierárquica, e não há probabilidade de que um chefe, mediante as ordens que dê, consiga dar coerência ao processo. (MATUS, 1991, p. 143) (Grifos do autor)

Assim, antes de tudo, na gestão hospitalar é preciso identificar os recursos e ter uma razoável clareza de quais são os atores, os projetos existentes, e quais são as contradições entre eles. Considerar que o gestor tem um projeto, que trabalha tendo em vista uma dada racionalidade, construída em um processo de planejamento estratégico, mas também reconhecer que este não é o único projeto existente.

Quando o gestor percebe o processo de gestão de forma muito menos tecnocrática, a sua ação contempla antes à defesa do projeto, a criação de espaços de diálogos, espaços de interlocução, de interface, de aproximação, enfim, espaços de criação de consensos. Com isso, não eliminamos ou deixamos de reconhecer que há projetos em disputa, mas é necessário também garantir que as disputas não paralitem as ações e engessem a gestão.

É importante ressaltar que não adianta negar a existência dos projetos ou dos atores, pois eles estão em ação, em movimento, para atingir seus objetivos. E quando enfocamos no hospital precisamos considerar que falamos de atores que possuem recursos e um alto grau de autonomia. Assim, é preciso construir consensos e dar direcionalidade à gestão, construindo uma lógica gerencial com um olhar do planejamento, trabalhando o triângulo de ferro (projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade), em uma perspectiva muito mais compartilhada e muito mais dialogada, considerando o movimento real dos atores.

Atenção à Saúde: necessidades e respostas

Tomando-se por base a definição de saúde como o bem-estar físico, psíquico e social, podemos agregar outros aspectos, principalmente na dimensão da singularidade. Assim, saúde também significa a possibilidade de que cada um realize seu projeto de felicidade¹ (AYRES, 2004), de que sua vida corresponda às suas aspirações, seu projeto de estar bem na vida. Significa também a possibilidade de conduzir sua vida, de ter autonomia, de

¹ Aqui, projeto de felicidade significa que concepção de vida bem-sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência.

poder fazer suas escolhas e construir suas redes que conduzam à realização de seu projeto de felicidade, uma singularização da saúde para cada indivíduo.

Garantir saúde pressupõe considerar que estamos lidando com definições do que é ter saúde, que são muito específicas de cada indivíduo. Mesmo no campo da saúde coletiva, com objetivos mais gerais, quando o sistema se propõe à redução da mortalidade materna, ou o controle da influenza, estes objetivos também têm uma interface com o cuidado, na medida em que trabalha com pessoas, com indivíduos, com sujeitos que têm uma visão específica do que é saúde.

Portanto, produzir saúde não é só devolver a alguém um dado estado físico, psíquico e social. Na verdade, também é como eu construo a saúde junto com esse indivíduo. A necessidade de saúde é apreendida, para Cecílio (2001) a partir de quatro conjuntos de necessidades: o primeiro está voltado às condições de vida, entendendo que os vários determinantes que atuam sobre a vida do sujeito atuam no seu adoecimento, em outras palavras, 'a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde'. O segundo diz respeito ao acesso e utilização de toda a tecnologia disponível para garantir a saúde dos indivíduos conforme as suas diferentes necessidades. O terceiro se refere aos vínculos afetivos que devem ocorrer entre o profissional de saúde e o usuário, de forma a estabelecer uma relação de confiança que possibilite ter naquele profissional uma referência. Nas palavras do autor, seria "uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: um encontro de subjetividades" (CECÍLIO, 2001, p. 115). O último conjunto de necessidades está ligado à autonomia do indivíduo no seu *modo de levar a vida*, o que significa que não bastaria ter acesso à informação e educação em saúde, mas ele deveria reconstruir sua vida de modo a atender às suas necessidades. Ter saúde passa também pela possibilidade de o sujeito poder construir suas redes, e como o profissional de saúde pode apoiá-lo nesta construção.

A concepção ampliada de saúde necessita do reconhecimento desta singularidade dos sujeitos, o sistema de saúde precisa construir mecanismos que deem conta um pouco do todo. Quer dizer, eu tenho uma dada população, que possivelmente produzirá um quantitativo n' de consultas, cirurgias e procedimentos. Podemos construir protocolos de tratamento de hipertensos, e isso é importante, no entanto, é preciso ter uma clínica centrada no sujeito, na sua vivência concreta, onde a saúde é parte desta vivência, assim, eu devo considerar, além dos sintomas de hipertensão, o fato de o indivíduo ter quatro filhos, de estar desempregado e de residir em área de risco.

O conceito ampliado de saúde implica uma abordagem na gestão de sistemas e serviços de saúde que considere fortemente a inter-setorialidade, uma visão sistêmica e ampliada das necessidades de um indivíduo e ou de uma coletividade, e a contextualização da implementação de ações em diferentes redes ou tramas.

A institucionalização das práticas de saúde, a perda do controle sobre os meios de trabalho, a crescente especialização e a maciça incorporação de tecnologias duras contribuíram para que houvesse um predomínio das tecnologias duras e leve-duras no trabalho em saúde e um empobrecimento dos aspectos intersubjetivos da relação profissionais-usuários. Desse modo, o trabalho médico e o trabalho em saúde em geral orientaram-se aos procedimentos e não às necessidades das pessoas, havendo empobrecimento de sua dimensão cuidadora. (FEUERWERKER & CECÍLIO, 2007, p. 965)

Quem cuida precisa considerar os aspectos singulares do usuário – sujeito que é objeto de seu cuidado; suas necessidades, pontos de vista e desejos de forma ampla, a melhor escolha e combinação de tecnologias e quais os melhores arranjos para o cuidado, entre outros pontos. Muitos profissionais cuidam de um mesmo usuário, usam e escolhem diversas tecnologias e precisam fazê-lo no momento adequado, da forma certa, eficiente e acessível. Estes processos precisam ser desenhados, planejados, avaliados e corrigidos, se for o caso. É disso que a gestão se ocupa, esta é sua intencionalidade, estabelecendo objetivos, melhorando processos, desenhando espaços de troca e pactuação entre os profissionais entre si e com os usuários e famílias, implantando normas e protocolos. Essa seria uma possibilidade de construção da integralidade, a equipe de saúde olhar para um indivíduo e descortinar esse conjunto de necessidades.

Por outro lado, você pode trabalhar com uma noção de integralidade considerando os vários espaços do sistema de saúde. Integralidade entendida como a possibilidade de que o indivíduo percorra diferentes níveis de complexidade tecnológica, de acordo com a sua necessidade.

A integralidade é tanto em relação ao conjunto de necessidades do indivíduo quanto a possibilidade de que esse indivíduo transite por diferentes níveis de atenção, ou seja, a integralidade só é possível através da ação micro/focalizada, com uma abordagem multiprofissional, centrada no espaço do serviço e a macro/ampliada com a articulação dos serviços de saúde e outros. A integralidade focalizada é pensada como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde (CECILIO, 2001).

Materializar a concepção de um cuidado integral ao paciente/usuário em um dado contexto – unidade de saúde ou sistema de saúde – articula-se diretamente aos modos de fazer a gestão ou modelos de gestão adotados. Tentar identificar os modos de fazer a gestão que mais facilitam ou contribuem para cuidados integrais é o desafio que se coloca claramente para os que enxergam na integralidade um dos eixos de defesa e materialização do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto uma política pública.

Perspectivas e Desafios da Gestão: os caminhos para a construção de um sistema integral de saúde

Valendo-se da análise de experiências concretas, primeiro é preciso ter claro que estamos falando de realidades distintas, com processos muito diferenciados. Encontramos no Brasil, estados e municípios que conseguiram desenvolver e implementar propostas mais estruturadas de regionalização e de qualificação da gestão: redes de atenção à saúde, colegiados regionais de gestão e, que incluindo o hospital no debate sobre qualificação da gestão e da atenção, avançaram na implementação de contratos de gestão como mecanismo de repasse de recursos financeiros e de pactuação de outros tipos de recursos (investimentos, processos de formação, apoio à gestão etc.). Fazem parte deste processo a utilização, de forma negociada, de mecanismos de monitoramento e avaliação e de incentivo à adoção de instrumentos por parte dos hospitais contratualizados, que facilitam sua inserção nas redes de atenção e a qualificação do cuidado.

Essa, é claro, não é a realidade da maioria dos hospitais. O que encontramos no cotidiano das instituições é:

1. Contratos que não são capazes de gerar impacto em matéria de inserção e em matéria de efetividade, e processos de trabalho que não se modificam em seu interior, permanecendo centrado em especialidades médicas. Dentre as alegações, inferimos que os recursos recebidos seriam insuficientes, e/ou haveria carência de profissionais. Tal realidade também reflete uma certa 'incapacidade propositiva', por hora vamos chamar assim, uma incapacidade de gestão no plano do sistema, onde este não é capaz de propor uma dada direcionalidade, ou não é capaz de fazer o processo de suporte, de educação e de acompanhamento dessas unidades.
2. Atuação desfocada das necessidades do sistema, por intermédio da seleção de pacientes e de procedimentos. Como o hospital tem um teto financeiro definido, ele acaba fazendo menos o mais adequado às necessidades do sistema, mas o mais interessante do ponto de vista dos gastos.
3. Hospitais organizados, não pelo nível de cuidado, mas sim pelas especialidades médicas, estando a emergência, na maioria das situações, como um serviço desintegrado, desvinculado, algo à parte, fora da linha de cuidado.
4. Hospitais decidindo isoladamente, de maneira autárquica, sobre a oferta e o fechamento de serviços. Vemos claramente o fechamento dos serviços de urgência e emergência, especialmente nos hospitais universitários e especializados. E, neste caso, não nos referimos à substituição de uma porta aberta, por uma porta regulada, mas sim de fechamento de fato.

5. Baixa autonomia administrativa e gerencial, com centralização das decisões no plano da gestão municipal ou estadual.

O desafio básico para a construção do sistema único de saúde é termos um *desempenho que seja efetivo e ao mesmo tempo eficiente*, seja no plano de uma unidade de saúde seja no plano das redes ou sistemas de saúde. Apresentamos algumas propostas e políticas governamentais que cumprem uma função indutora da organização do Sistema de saúde e que merecem destaque pela sua importância, quais sejam:

CONTRATUALIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE COM OS GESTORES DE SISTEMAS (EXTERNA) E NO PLANO DAS INSTITUIÇÕES COM OS TRABALHADORES EM SAÚDE (INTERNA) – O Contrato de gestão tem sido trabalhado dentro da administração pública, em uma lógica de autonomia, em uma lógica de incentivo, de estabelecimento de metas, que possa facilitar o controle de recursos públicos, o diálogo, a transparência, enfim, a própria inserção do sistema. No entanto, os modelos que têm proliferado, tendo alcançado resultados importantes quanto à gestão, ainda estão fora da administração pública, e correspondem, em maior ou menor grau, a um processo de terceirização, de privatização.

Hoje, tramitando no Congresso Nacional e tema de debate em todos os espaços do SUS, temos a proposta de Fundação Estatal de Direito Privado. Barbosa (2007) vê nesta proposta potência para qualificar o desempenho dos hospitais, mantendo-os no campo da Administração Pública, permitindo um maior controle social e dos órgãos responsáveis quanto ao uso dos recursos públicos.

Para o contratualização com a rede, é preciso, antes, para que seja realmente um contrato efetivo, um processo de criar uma governança mais ampliada, que inclua estado, município, universidade. Enfim, os parceiros, os atores, controle social, os trabalhadores nesse processo de Cogestão.

Quando trabalhamos com descrição de contratualização, por exemplo, o gestor contratualiza o hospital, ele está contratualizando em função de interesses específicos, por exemplo: 1. Criar os territórios integrados de atenção à saúde; 2. Criar uma rede de urgência e emergência; 3. Criar uma linha de cuidado ao paciente oncológico. O hospital vai produzir um quantitativo n' , ou vai fazer determinados tipos de procedimentos, ou vai regular suas consultas. Estas metas devem estar articuladas a um dado papel nestas redes e linhas de cuidado, associadas à utilização de indicadores de desempenho: tempo-resposta para exames e procedimentos; tempo de permanência, taxa de ocupação, taxa de mortalidade, entre outros. O mecanismo da contratualização externa pode induzir o hospital a trabalhar desta forma.

A contratualização imprime na gestão hospitalar uma ideia muito próxima de gestão do sistema, em uma perspectiva menos autárquica, ao contrário, mais pactuada, mais integrada e mais contratualizada.

Outros mecanismos e processos têm potência para uma atuação concreta na gestão em rede. Podemos pensar na acreditação que utiliza padrões de qualidade do ISO; as equipes do hospital que podem dar suporte às equipes de Saúde da Família; os fluxos concretos de encaminhamento, de atuação em conjunto; o suporte a distancia, enfim, uma série de mecanismos que interferem na gestão em rede.

Temos experiências, razoavelmente disseminadas, de processos de contratualização nos hospitais universitários e de ensino, nos hospitais de pequeno porte e nos hospitais filantrópicos. A fragilidade deste processo é que no fundo o contrato existe, mas, muitas vezes, o próprio processo de construção dessas redes é muito incipiente. Contrata-se uma dada produção, um determinado resultado, mas será que induziu um papel na rede? E aí tudo fica mais complicado, seja porque, às vezes, esse desenho de rede não está dado, seja porque também é preciso toda uma metodologia mais específica para a construção de uma rede.

Encontramos situações no Brasil de hospitais de pequeno porte que, na verdade, nem deveriam ser chamados assim. Às vezes, o hospital tem um tempo médio de permanência muito baixo, mas isso, na verdade, reflete não a sua eficiência, mas que ele não tem complexidade nenhuma. Então, é fundamental articular também a essa discussão uma melhor definição de qual papel o hospital vai cumprir na rede, ou qual é o investimento e os processos educativos necessários, quais são as redes, como é feito o apoio a essas redes, como os compromissos são construídos, e compromissos de quê? Tempo, padrão de qualidade, padrão de complexidade, fluxo. Definir como o paciente chega, mediante um dado protocolo; esse protocolo construído por todas as partes; definir o tempo-resposta para o paciente, se ele vai entrar em uma fila, se utiliza critérios de classificação de risco. É preciso, para essa construção, uma ourivesaria, um trabalho artesanal, de uma jóia, que também é muito formal, e muito pouco feito.

Mas, vejamos, os mecanismos formais, os papéis hoje têm muito pouca potência. Eles não atingem o trabalhador que está na ponta. A questão é como colocar as pessoas em posição de diálogo, não me refiro, neste caso, ao diálogo estratégico, mas à discussão de caso clínico mesmo. Assim, o papel do gestor, quando ele propõe uma contratualização, não é só de propor. É: como se constrói isso? E que propostas estão sendo levadas e como fazer para articular esses diferentes atores, quem está na rede básica, quem está na Saúde da Família, quem está no hospital, e em uma dada situação poder discutir casos, poder construir protocolos.

Os hospitais, à medida que foram assinando seus contratos de gestão, também fizeram processos para dentro, contratos internos, mais do ponto de vista da responsabilização dos atores, da implantação de um modelo que possibilitasse trabalhar com a noção de responsabilização e de como se dá a sua construção, incorporando ao processo de trabalho

uma noção de diálogo com interação, uma noção de rede tanto para dentro quanto para fora.

Os contratos têm potência, mas precisam ser mais bem trabalhados. Vejam os hospitais, eles continuam consumindo muitos recursos, os gastos do Ministério da Saúde apresentam um aumento significativo nos gastos não hospitalares, mas ainda assim os hospitais consomem a maior parte dos recursos. Então, é importante dar efetividade aos mecanismos de contratualização, creditações, criar compromissos que precisam ser concretizados para garantir que o indivíduo vai operar mais rápido, que vai ficar menos tempo no pronto socorro. Enfim, precisa impactar na rede e na produção do cuidado em saúde.

É preciso também repensar o financiamento, pois, mesmo quando realizado mediante o contrato de gestão, ele é um financiamento que obedece a séries históricas. É necessário recolocar esse financiamento em outro molde, considerando procedimento e insumos utilizados, valendo-se de um sistema de apuração de custos que possa, de fato, subsidiar um cálculo mais vinculado.

A situação que encontramos hoje e que na verdade deveria ser inversa é que os hospitais têm baixa autonomia em relação à gestão dos meios e uma autonomia completamente impensável do ponto de vista do seu escopo.

A defesa da autonomia dos hospitais deve se dar no âmbito da condução dos processos internos. Portanto, tem um desafio de construção de um modelo de gestão que permita contratualização, do ponto de vista da autonomia de escopo, com uma participação no sistema de saúde vinculada a compromissos, definidos na relação entre o gestor do sistema e o próprio hospital e, ao mesmo tempo, uma contratualização que dê liberdade, mas, também, que traduza compromissos na gestão interna da unidade.

A remuneração também pode ser encarada como um desafio, e, da mesma forma, deve ser definida mediante um processo de contratualização. É importante ressaltar que precisamos olhar para o mercado para ter parâmetros de remuneração para os profissionais de saúde, até por que há disputa por estes profissionais, mas isso não significa incorporar no serviço público a lógica de mercado.

A remuneração, o quantitativo e um quadro adequado de profissionais, são questões importantes, no entanto, isso também não dá conta dessa complexidade. Isso por si só não cria responsabilização, não cria compromisso, não cria um fluxo adequado, não cria linha de cuidado, não cria rede. Então, tem muito mais coisa a ser trabalhada no campo mesmo da responsabilização e revisão dos processos de trabalho.

A forma de pagamento praticada no mercado acontece mediante a produção, e isso induz à priorização de procedimentos mais caros. No SUS, este modelo traz implicações importantes para a oferta organizada de serviços de saúde, como na década de 1990, ocasião da edição das primeiras NOBs. A primeira NOB 01/91 teve como característica básica a

transformação dos gestores estaduais e municipais do SUS em meros prestadores de serviços ressarcidos conforme a produção:

Assim, apresenta dois importantes retrocessos em relação a certas expectativas legais abertas na Lei Orgânica quando não consegue regulamentar o seu artigo 35, construindo as diretrizes do financiamento a partir do pagamento por procedimentos e de forma convencional, e transformando os sistemas estaduais e municipais de saúde em meros prestadores de serviços, cerceando suas prerrogativas de gestão nos distintos níveis de governo. (BUENO & MERHY, 1997, s/p)

Além disso, o pagamento por procedimento não induz à melhoria da qualidade, e tão pouco a coloca enquanto um desafio e um compromisso dos serviços de saúde.

Referimo-nos à qualidade nos serviços de saúde, pensada como a possibilidade de fazer as escolhas corretas, ou seja, é ter capacidade de identificar o risco de um paciente, identificar necessidades, identificar as alternativas terapêuticas, capacidade de propor projetos terapêuticos adequados a cada necessidade, considerando sempre os aspectos singulares do paciente, e, ao mesmo tempo, fazer isso de maneira correta. Quer dizer, eu faço uma cirurgia de apendicectomia, que não produza infecção hospitalar, que não gere complicações. E mais, fazer a coisa certa, do modo certo, e completamente articulado com as demandas do sistema de saúde. Demanda de número de atendimentos, de um dado perfil de atendimento, de suporte do hospital para a rede básica, na Saúde da Família. Demanda de comunicação sobre os casos, e aí entra a discussão da tecnologia da informação, um elemento fundamental.

Concluimos que a qualidade precisa ser construída nas equipes, que precisam estar motivadas, é preciso combinar a autonomia com a coordenação, e isso se dá dentro de um dado modelo de gestão, mais permeável à participação dos trabalhadores e usuários, também a remuneração e o financiamento precisam estar presentes. Então, nós nos referimos a eixos completamente articulados.

MODELO DE GESTÃO E AS INTEGRAÇÕES POSSÍVEIS - Na maioria das unidades de saúde, mais acentuadamente nos hospitais, os modelos de gestão predominantes (centrados em procedimentos e validados apenas pelas evidências científicas) fragmentam as equipes, impedindo a reflexão conjunta e o intercâmbio de informações e conhecimentos sobre o usuário.

Cecílio (2002), ao reconhecer a complexidade das organizações de saúde, propõe um duplo movimento: equacionar a necessidade de autonomia x coordenação, criando um outro tipo de governo nas organizações de saúde que resulte em um novo arranjo dos governos existentes e adequação das

organizações governamentais a novos tempos que exigem mais compromisso com a eficiência e com a transparência.

O modelo de gestão, na prática, representa a forma como se constrói a governabilidade. É o que se propõe aos atores em matéria de funcionamento. Como é o processo de tomada de decisão, como que se constrói a direcionalidade? Quem participa do governo? O que vai qualificar o ator para participar do governo?

O hospital é uma organização complexa, “as formas organizacionais (...) constituem a base estrutural que condiciona as práticas de trabalho, mas estas últimas são muito mais sólidas que as formas organizacionais e são independente delas” (HUERTAS, 1996, p. 344). O processo de trabalho no hospital não é definido, ou alterado por normas, mas pela sua própria cultura institucional.

Não podemos pensar a autonomia do hospital no que diz respeito ao escopo de sua atuação. Suas prioridades, seu perfil assistencial, suas normas e protocolos, devem ser pensados em conexão com as redes de atenção e, de forma dialética, ajudar a formatá-las em suas prioridades, perfis, normas e protocolos. A autonomia que é desejável para os hospitais como organizações complexas diz respeito à sua organização interna, à sua forma peculiar de alcançar seus objetivos, sua liberdade de inovar, entre outros aspectos da gestão.

A tendência é que não tratemos mais da gestão hospitalar, pois ela está muito próxima, ou ainda, muito vinculada à própria noção de gestão de redes, de diferentes redes, onde o hospital está inserido. O desafio que se coloca na conformação do modelo de gestão está na construção de redes internas, com linhas de cuidado, assunção de compromissos internos e responsabilização dos sujeitos, e também redes que dialoguem e pactuem com as redes externas. Organizados como se fossem círculos, um pouco concêntricos, mas cheios de ramificações.

Linha de cuidado é um acordo assistencial com foco no usuário, que é o elemento estruturante do processo de produção da saúde, é o trabalho contínuo, articulado, horizontal, de atenção ao paciente, que se realiza atravessando várias unidades funcionais, tendo como ‘insumo’ principal os saberes das várias profissões; é o conjunto de arranjos tecnológicos articulados e disponibilizados para o cuidado a grupos específicos de pacientes com suas necessidades. A organização por linha de cuidado pensa o trabalho em equipe como somatório de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal. Propõe arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado (CECÍLIO, 2002).

Quando falamos em gestão hospitalar hoje, ao dissociá-la do processo da gestão do sistema de saúde, de uma gestão maior, muitas das decisões serão completamente inócuas, porque eu não detenho os dados de outros atores

externos e vários outros atores dependem da ação realizada ali. O hospital não é uma instituição autárquica, isolada. Um grande desafio do ponto de vista da direcionalidade, da conformação de redes está no diálogo do hospital com os atores externos, construir a governabilidade também para fora da instituição.

A gestão hospitalar remete hoje a um processo mais próximo de uma visão de gestão em rede. Veja, por exemplo, o processo de abastecimento, está ligado a um dado perfil assistencial, a uma definição de complexidade, à implementação de determinadas redes de atuação, a um dado papel, então, mesmo isso só pode ser construído em rede. Com isso, a gestão hospitalar não perde a suas especificidades, ao contrário, delimita seu campo de atuação e suas especificidades do ponto de vista tecnológico.

INFORMATIZAÇÃO MACIÇA DAS UNIDADES E SISTEMAS DE SAÚDE – A incorporação tecnológica de informação e comunicação merece também destaque neste cenário. Veja, não nos referimos a uma ampliação do parque de informática ou o uso de um sistema corporativo virtual, é verdade que é preciso um incremento neste sentido, mas o mesmo é inócuo se não há, por exemplo, o registro da evolução clínica.

Falamos, na verdade, de processos que favorecem a maior integração no hospital e na rede, em um sistema que produza informações assistenciais e gerenciais. Aliados ao uso da tecnologia da informação, instrumentos e ferramentas de comunicação precisam ser agregados, como a discussão de casos, as trocas de opiniões, e garantia do registro em prontuários, para não haver perda das informações dos pacientes.

A informação e os mecanismos de comunicação voltados à integralidade do cuidado, ou seja, o indivíduo que é atendido em uma unidade da Saúde da Família e tem o seu cartão, a história clínica não fica fragmentada, descontinuada, as pessoas acessam o que se passou dentro do hospital. Ou o contrário, em um caso de internação, a equipe acessa o que se passou fora e dialoga com essa história.

TERRITÓRIOS INTEGRADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE – Trata-se da conformação de redes específicas, organizadas tomando-se por base a adoção de certos arranjos, do ponto de vista do trabalho, a adoção de equipes de referência com apoio especializado matricial. Seria, na verdade, uma proposta de “reordenação do trabalho em saúde segundo a diretriz do vínculo terapêutico entre equipe e usuários, estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde”. (CAMPOS, 1999, p. 395). Esta forma de pensar o trabalho pressupõe a implantação de um modelo de gestão pautado na participação, mediante a adoção de colegiados e especialmente em uma perspectiva de transdisciplinaridade das práticas de saúde.

Aliado a este modelo pode-se pensar em novas modalidades assistenciais, que transfeririam certas atividades do hospital para fora, um exemplo seria o home care, e todas as modalidades de atenção domiciliar, mas, especialmente, modelos que aproximem os sujeitos para concretizar o cuidado.

PRIORIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL – A gestão e educação são processos indissociáveis. A educação com base no trabalho, neste caso, vista em um processo amplo que abarca desde os processos avaliativos e de reflexão dos sujeitos coletivos, acesso e conexão com o conhecimento científico, em que o trabalho é princípio educativo.

Lukács (1978) trata da ontologia do ser social e nos permite pensar a questão do trabalho e suas propriedades educativas, positivas ou negativas. Primeiro, a aquisição da consciência se dá pelo trabalho, pela ação sobre a natureza, pela qual o ser humano se humaniza, se cria, se expande em conhecimento e se aperfeiçoa. Segundo, o trabalho é estruturante de um novo tipo de ser, de uma nova concepção de história. E, terceiro, o ser humano age por meio de mediações, de recursos materiais e espirituais que ele implementa para alcançar os fins desejados (teleologia). (FREITAS, 2006, p.47)

A educação em saúde é o que permite que tenhamos qualidade nos processos de trabalho e, dentro de uma visão de educação permanente, aprender com o trabalho e no trabalho. Havia, anteriormente, uma certa percepção da educação e da gestão como processos paralelos, mas que hoje se afirmam como processos inseparáveis, como se um alimentasse o outro. A gestão só avança com foco na educação permanente, permitindo aos trabalhadores e gerentes rever suas práticas em situação. Este processo não é dissociado do conhecimento formal, acumulado cientificamente, mas, este último ou se articula com o “vivo” do trabalho, em situação ou não ganha potência.

Do ponto de vista da formação profissional, a formação técnica ocupa um lugar de destaque na educação em saúde. Se tivermos uma visão abrangente do cuidado, se consideramos que lidamos com usuários/sujeitos e com profissionais/sujeitos, se queremos apoiar a iniciativa e a autonomia das equipes, o investimento na formação técnica é essencial para dar sustentabilidade aos processos de cuidado e de gestão em saúde.

AÇÃO INDUTORA DAS POLÍTICAS E PROGRAMAS DE GOVERNO – Daremos destaque a algumas políticas, que de fato, tem uma ação indutora da organização da oferta de serviços e dos processos de trabalho no interior das unidades. O HumanizaSus tem uma ação propositiva importante, conseguiu colocar em tela várias questões sobre o modelo de gestão e modelo de atenção, e a indissociabilidade destes. A Política Nacional de Humanização

(PNH), além dos seus dispositivos, já conhecidos, traz a riqueza de colocar o sujeito na centralidade dos processos, afinal são 'humanos cuidando de humanos', como diria Benevides.

A cogestão é um dispositivo central, pois possibilita um rearranjo na gestão mediante a criação de colegiados de gestão e colegiados de gestão participativa. Cabe notar que são espaços que possibilitam não apenas a revisão de processos de trabalho, mas a integração de sujeitos e equipes, pois rompem com a lógica da corporação e também com a estrutura de poder. Os colegiados se constituem, especialmente, como espaços de produção de sujeitos, de escuta e de pactuação.

Ao reconhecermos a potência deste dispositivo, não podemos deixar de denunciar que existem também estruturas capturadas, com colegiados de gestão baseados em modelos autoritários, centrados no diretor, com uma diretoria quase residual, com duas ou três pessoas.

Há também uma questão, neste caso, mais preocupante, pois, para implantar a cogestão, precisa haver gestão, é preciso ter uma direcionalidade, uma dada capacidade de governo. Ter uma gestão profissionalizada é condição *sine qua non* para qualquer processo no SUS. Ao falar em profissionalização, estamos falando em dedicação, informação, remuneração, pactuação. E podemos dizer que, desse ponto de vista, houve um retrocesso. Voltamos a ter uma ocupação de cargos nas esferas hospitalares, em muitos lugares, baseada na indicação de políticos, de amigos. Isso coloca um cenário muito complicado e frágil para a gestão. E, neste caso, não só a gestão em saúde.

O QualiSUS enquanto uma política de investimentos para reestruturação dos hospitais, era uma política fortemente associada ao HumanizaSUS, com priorização da atenção na urgência e emergência. No primeiro governo da gestão Lula, teve uma atuação maior junto às unidades, atualmente no estado do Rio de Janeiro não é possível perceber sua atuação. De qualquer forma, cumpriu a tarefa importante, se não de integrar os serviços de emergência aos demais serviços do hospital, através da definição de fluxos e protocolos, ao menos colocou em pauta as dificuldades de organizar a assistência e garantir a continuidade do cuidado a partir da emergência.

O Samu é uma política bastante acertada, pois coloca em discussão não apenas a inclusão das ambulâncias, mas trabalha uma visão de sistema de atenção de urgência e emergência, como forma de regulação. Relaciona-se com a própria inserção e o papel dos hospitais na rede, que hoje não está adequadamente pactuada.

AS UPAs ocupam um pouco esse espaço intermediário entre hospital e atenção básica, têm um papel na rede, mas a forma como ele é apresentado está supervalorizado. Ainda aqui precisamos pensar no perfil da unidade. Os hospitais e as UPAs têm perfis diferentes, assim, não podemos simplesmente dizer que as UPAs estão esvaziando as emergências. Se isso acontece, na verdade, explicita um outro problema. A população está buscando no

hospital um dado tipo de atendimento, que é oferecido em outra unidade. Então, o problema reside na baixa capacidade de absorção dos ambulatórios de especialidades e na baixa resolutividade dos serviços, e, neste sentido, as UPAs não representam uma solução.

As más conseqüências desta verdadeira “invasão” dos serviços de urgência/emergência por todo e qualquer tipo de patologia não são poucas (...) existe um problema que merece ser especialmente destacado: a inadequação do atendimento prestado. (...) É o que se poderia nomear como a utilização da tecnologia certa, no espaço certo, no momento certo.(...) O que ocorre então é que um número muito grande de pessoas acaba tendo um atendimento incompleto, descontínuo e, portanto, insuficiente e inadequado para os seus problemas de saúde. (CECÍLIO, 1997, p. 473)

Se as unidades de saúde não estão inseridas no sistema de forma articulada, com fluxos definidos para níveis de maior ou menor complexidade tecnológica, fica muito difícil garantir a continuidade do cuidado. Assim qualquer medida isolada terá um impacto aquém das necessidades de saúde da população, implicando o fluxo intermitente dos usuários nas unidades hospitalares, sem, no entanto, reconhecer suas necessidades de saúde. As questões permanecem: Para onde vão o paciente crônico e o paciente grave? Por que o leito do hospital gira pouco? Por que os serviços dos hospitais absorvem pouco os pacientes com origem na emergência? Unidades atomizadas na rede e sistema de saúde com baixa integração não são capazes de dar respostas a estas questões.

Considerações Finais

As perspectivas para a gestão do sistema e das unidades de saúde não são simples. Os gastos hospitalares se mantêm muito importantes, no entanto, o desempenho hospitalar permanece objeto de críticas constantes, seja de usuários, da imprensa, dos profissionais de saúde, dos órgãos de classe e dos órgãos de controle social e ou de controle de contas. Devemos modificar o modelo de gestão vigente, substituindo-o por outro, que seja centrado na contratualização do desempenho como um eixo de financiamento e de remuneração dos profissionais, apoiado na profissionalização da gestão e tendo o hospital como ponto de atenção em múltiplas redes, sendo formatado por estas e dialeticamente apoiando sua construção.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface: Comunic., Saúde, Educ.*, vol. 8, n.14, p. 73-92, set. 2003-fev. 2004.
- BARBOSA, P. R. Fundações estatais como estratégia para novos modelos públicos de gestão hospitalar. Conasems, Joinville/SC 27/06/07. Disponível em: <www.planejamento.gov.br/secretaria.asp?cat=257&sec=27> Acesso em: 21 de ago. 2009.
- BUENO, W. S. & MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Disponível em: <www.datasus.gov.br/cns>.
- CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência Saúde Coletiva* [online]. vol.4, n.2, p. 393-403, 1999.
- CECILIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*, vol.13, n.3, p. 469-478, 1997.
- 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. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS; Abrasco, 2001.
- CECILIO, L. C. O. et al. Administração gerencial em uma organização governamental de saúde. *Revista do Centro Geral de Reabilitação*, Belo Horizonte, vol. 1, p. 10-20, 2002.
- FEUERWERKER, L. C. M. & CECÍLIO, L. C. de O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.
- FREITAS, M. C. A Inserção Profissional dos Egressos da Escola Técnica Estadual República. In: FRIGOTTO, G., RAMOS, M. C. e CIAVATTA, M. (Coords.). *Anais. Seminário de Pesquisa: trabalho de políticas públicas de educação: projetos em disputa na sociedade brasileira*. Rio de Janeiro, 4 e 6 de dezembro de 2006.
- HUERTAS, F. *O método PES: entrevista com Carlos Matus*. São Paulo: Edições Fundap, 2001.
- MATUS, C. O Plano como Aposto. *São Paulo em Perspectiva*, vol. 5, n.4, p. 28-42 out/dez. 1991.

