

VITÓRIA AUGUSTA TELES NETTO PIRES

**Internações hospitalares por condições sensíveis à
atenção ambulatorial: um estudo de caso com
gestores e equipes da Estratégia Saúde da Família em
uma microrregião de saúde**

**BELO HORIZONTE
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG
2008**

VITÓRIA AUGUSTA TELES NETTO PIRES

**Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial:
um estudo de caso com gestores e equipes da Estratégia Saúde da Família
em uma microrregião de saúde**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem - Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria José Menezes Brito

Belo Horizonte
2008

P667i Pires, Vitória Augusta Teles Netto.
Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial: um estudo de caso com gestores e equipes da Estratégia Saúde da Família em uma microrregião de saúde. / Vitória Augusta Teles Netto Pires. - - Belo Horizonte: 2008.
174f. : il.
Orientadora: Maria José Menezes Brito.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Assistência Ambulatorial. 3. Unidades de Internação. 4. Indicadores Básicos de Saúde. 5. Estatísticas Hospitalares. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Brito, Maria José Menezes. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 108



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada “Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial: um estudo de caso com gestores e equipes da Estratégia Saúde da Família em uma microrregião de saúde”, de autoria da mestranda Vitória Augusta Teles Netto Pires, aprovada pela banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

Profª Drª Maria José Menezes Brito - ENA/UFMG - Orientadora

Profª Drª Maria Rizeide Negreiros de Araújo - Professora Emérita/EEUFMG

Profª Drª Cláudia Maria de Mattos Penna - EMI/EEUFMG

Profª Drª Cláudia Maria de Mattos Penna
Coordenadora, em exercício, do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 24 de março de 2008

Este é um espaço especial para pessoas mais que especiais:

“Bem estar: é como uma brincadeira, experimente.

Faça à sua volta um círculo encantado, iluminada de amor:

Quem chegar perto se ilumina também.

Aí dentro, sempre cheias, as teias que guardam palavras delicadas,

Algumas são fogo sagrado e produzem luz”.

(Roseana Murray)

*Gentil, Guilherme Augusto, Guilherme, Maria Cleodalva, Júlio,
tia Tê, Judith, tia Sônia, tia Alcione, Valéria, Patrícia e Fabrício*

Vocês são as dádivas da minha vida sempre me impelindo a realizar os sonhos e os desejos.

Não preciso dizer quais são, apenas sonho... desejo... vou construir... e lá está a torcida com

a certeza de que está dando certo e já festejando muito.

Cada um tem uma função internamente determinada, esteja nesta dimensão ou não, que se

somam, se unem e me aquecem... às vezes esquenta, mas é um aconchego e segurança

deliciosamente inebriante e indispensável.

Dizer de cada um daria uma tese, se Deus quiser uma próxima etapa, portanto basta saber

que o “conteúdo” de vocês é essencialmente o amor, o companheirismo e a solidariedade...

imensos... mesmo que alguns precisem “correr de mim” de vez em quando, mas é esta

história que eu quero viver.

Sou iluminada e abençoada por ter vocês... e obrigada por me permitirem “viver” vocês.

Com um imenso amor, reconhecimento e respeito.

AGRADECIMENTOS

*“Tempo: somos como barcas deslizando pelo tempo,
E nesse tempo há que tecer a trama da vida com fios de amor e sonho,
Para que a viagem seja leve,
Para que a viagem seja bela”.*

Roseana Murray

Eis mais um ciclo que se cumpre, não importa o tempo ou a idade, mas o tornar possível.

Para tecer esta nova malha de conhecimentos, foi preciso envolver muita gente. Primeiro abordar decidida e sutilmente a delicada e “fina” **Prof^a Dr^a Maria José Menezes Brito**, porque o mestrado era minha meta e ela a abençoada escolhida. A sintonia aconteceu... e tenho um imenso orgulho e prazer em dizer que realizar esta experiência sob sua orientação foi algo muito especial. Respeito, escuta e interação, com certeza elementos imprescindíveis para este fantástico aprendizado. Está na minha galeria dos especiais.

E para **Sônia** e **Sandra**, amigas incontestáveis, recentes, mas solidamente construídas, grandes incentivadoras e de apoio incontestável nos momentos do “poder sair para estudar e produzir para o mestrado”; o meu imenso obrigada e que podem contar “mesmo” comigo, pois estou de volta e fiz de tudo para estar bem melhor do que antes. Vocês dirão se consegui.

Cristina, Eneida, Valéria, Marta e **Neila**, amigas irmãs para apoiar, ajudar, criticar, incentivar, escutar, rir, farrear (quando deu tempo...) e dizer vai... você é capaz e vai brilhar. Acreditei em vocês amigas. Quanto ao brilho... outros dirão.

E nesta imensa e prazerosa lista de amigos, colaboradores e apoiadores quero agradecer com muito carinho à **Arimaza, Bruno Quintino, Bruno, Alice, Talita, Renato, Greice Kelly** pelo empenho com as inúmeras e longas transcrições, à **Lili** com sua valorosa habilidade no computador, ao **Ering** pela colaboração com os dados estatísticos e à **Líliam**, enviada especial que primorosamente cuidou da formatação desta dissertação.

Ao **George**, por entender os momentos de estudo feitos no trabalho; à **Adriene**, grande parceira na investida para o mestrado e uma deliciosa amizade; à **Soninha**, grande incentivadora e colaboradora de todos os momentos; ao **Dr. Joel**, por “*não estar surpreso de*

que eu conseguiria” e ao meu anjo protetor **Diolina**, que não descuidou de mim em nenhum momento.

A todos os funcionários e professores da Escola de Enfermagem da UFMG, com deferência à **Roseni, Flávia e Cláudia**, que me reestimularam com o prazer do ensinar e do aprender coletivamente, à **Marília**, por apoiar e estimular a cada etapa vencida e à **Peninha**, por ensinar o respeito que o pesquisador deve ter para com o ambiente e as pessoas que lhes abrem espaços para aquisição de novos conhecimentos nos lembrando que, como pesquisadores não temos domínio absoluto sobre aquilo que pesquisamos e que não podemos impingir às outras pessoas o conhecimento adquirido.

Aos meus **colegas e funcionários do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais - Unileste/MG**, por estarem sempre dispostos a ajudar.

Meus agradecimentos também para o diretor da GRS de Coronel Fabriciano, **Anchieta Pogialli**, que ajudou a desatar alguns nós, ao **Dr. Élio**, com a sua boa vontade e disponibilidade de dividir informações e a todos os demais **colegas** da GRS que colaboraram com esta investida.

Um agradecimento especial à **Dr^a Maria Rizeide Negreiros de Araújo**, da **Gerência de Atenção Primária da SES/MG**, à época da pesquisa, grande incentivadora e colaboradora, que colocou à disposição todas as informações necessárias ao enriquecimento deste estudo, assim como sua equipe de trabalho. Entre elas, agradeço em especial à **Conceição**, com sua experiência em epidemiologia e ao **Lúcio**, pessoa de grande desprendimento e sensibilidade que gentilmente enviou-me importantes referências bibliográficas.

Como parte deste valoroso time, agradeço à **Alessandra Oliveira do CEDEPLAR**, que gentilmente me enviou sua dissertação, recém defendida e repleta de valorosas informações, sem nunca termos tido qualquer contato anterior. Um desprendimento ímpar e exemplar.

Com especial deferência, registro os meus agradecimentos aos **agentes comunitários de saúde, enfermeiros, gestores, médicos e técnicos de enfermagem** das equipes de saúde da família dos municípios pesquisados, ao colaborarem de forma única e especial com este estudo, proporcionando grande riqueza de aprendizagem e conhecimentos.

Não há como lembrar e agradecer a todos que participaram deste momento, mas tenham certeza de que toda ajuda foi muito bem aproveitada e este trabalho tem parte de todos.

*Pouco conhecimento faz com que as pessoas se sintam orgulhosas.
Muito conhecimento, que se sintam humildes.
É assim que as espigas sem grãos erguem desdenhosamente a cabeça para o Céu,
enquanto que as cheias as baixam para a terra, sua mãe.*

Leonardo da Vinci

RESUMO

PIRES, V. A. T. N. **Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial**: um estudo de caso com gestores e equipes da Estratégia Saúde da Família em uma microrregião de saúde. 2008. 174 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

Oferecer um atendimento ampliado e resolutivo na área da saúde implica em repensar e modificar as práticas de atenção existentes nos serviços a fim de que sejam encontradas soluções para os agravos que têm atingido as comunidades, proporcionando transformações no estado de saúde das pessoas assegurando-lhes cuidado integral e qualidade de vida. Nesta perspectiva, este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre a organização e o funcionamento dos serviços de atenção básica estruturados na lógica da Saúde da Família, com o atendimento dos casos das internações hospitalares por condições sensíveis ao atendimento ambulatorial em uma microrregião de saúde. Como instrumento de avaliação do atendimento oferecido aos usuários foi utilizado o indicador de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA). Este indicador permite avaliar a efetividade da atenção primária à saúde e verificar se ocorre internações desnecessárias por agravos que poderiam ser atendidos nas unidades básicas de saúde. O estudo de natureza qualitativa que utilizou como estratégia o estudo de caso foi desenvolvido, inicialmente, com o levantamento das causas e dos índices das CSAA no estado de Minas Gerais e na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano. Na seqüência do trabalho foram entrevistados os gestores e profissionais do serviço, membros das equipes da estratégia saúde da família dos municípios da microrregião, com vistas a identificar o contexto da atenção à saúde no atendimento às pessoas que necessitaram de internações hospitalares por CSAA. Nesta etapa foram analisados a organização e o funcionamento dos serviços, considerando o acesso e o fluxo para atendimento dos usuários, as ações desenvolvidas pelos profissionais no atendimento, os mecanismos de avaliação das causas das CSAA utilizados nos serviços e os aspectos organizacionais que interferiram no atendimento às pessoas que necessitaram das internações hospitalares. Utilizou-se como instrumento para a coleta dos dados primários um formulário de identificação e um roteiro de entrevista semi-estruturada, aplicados aos gestores e profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para coleta dos dados secundários foi utilizado o banco de dados sobre as internações hospitalares por CSAA da Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais e da Gerência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano, que se encontram disponíveis para consulta pública através da Superintendência Estadual de Atenção Primária à Saúde. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin. Os resultados do estudo revelaram que, apesar dos investimentos do Ministério da Saúde, como órgão máximo regulador da organização integralizadora do sistema de saúde em todo o país e do interesse dos Estados e municípios em qualificar a atenção à saúde, este processo ainda requer maiores investimentos. Estes devem ser direcionados, preferencialmente, para a mudança das práticas assistenciais e para a capacitação dos profissionais e gestores da rede de atenção em saúde. Na realidade dos serviços pesquisados identificou-se que estes atores têm enfrentado diversos obstáculos no campo da assistência e da gestão, ocasionando limitações na definição e implementação de medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos, entre eles aqueles relacionados às internações hospitalares por CSAA. Pelos resultados encontrados verificou-se que a cultura da internação se encontra arraigada tanto na população que frequenta os serviços, quanto nos

profissionais, caracterizando uma grande dificuldade de ruptura com a prática dos modelos tradicionais de atenção à saúde e determinando a oferta de um cuidado fragmentado e desvinculado da necessidade e realidade sociais das populações. Foram evidenciadas as deficiências existentes na estrutura dos serviços, no processo de atendimento, na hierarquização da rede de atenção e na educação permanente dos gestores e profissionais, o que dificulta e compromete a oferta de uma assistência de qualidade. No que se refere à compreensão dos determinantes das internações por CSAA e a relação da organização e funcionamento da atenção básica, estruturada na lógica da estratégia saúde da família com estes eventos, ficou configurado o desconhecimento sobre os mecanismos de gestão e organização dos serviços e dos instrumentos de monitoramento e avaliação. Entre eles os indicadores de saúde. Diante deste cenário, portanto, está colocado o desafio de (re)estruturar os serviços de saúde da microrregião de Coronel Fabriciano, tendo por referência os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde. Deve-se priorizar a integralidade do cuidado, a hierarquização e regionalização efetiva da rede de atenção à saúde e o investimento em educação permanente dos profissionais, mesmo diante de todos os equívocos das práticas de gestão, organização e cuidado existentes nos serviços de saúde da microrregião.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde, Assistência Ambulatorial, Unidades de Internação, Indicadores Básicos de Saúde, Estatísticas Hospitalares.

ABSTRACT

PIRES, V. A. T. N. **Hospitalizations by sensible conditions to ambulatory attention**: a case with Family Health Strategy teams and managers in a health micro region. 2008. 174 f. Theses (Masters Degree in Nursing) – Nursing School, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2008.

To offer an enlarged and resolutely attendance in the health area it is necessary to rethink and modify the attention practices existent in the services in order to find solutions to grievances that has harmed the communities, providing transformations in people's health state that assures them the necessary care and life quality. Through this perspective, the objective of this study was to identify and evaluate the relation between the basic care services organization and operation structured in the Family Health logic, attending the cases of hospitalizations by sensible conditions to ambulatory attention in a health micro region. As users offered attendance evaluation tool the hospitalizations by sensible conditions to ambulatory attention (CSAA) indicator was used. This indicator allows to evaluate the primary attention to health effectiveness and verify if unnecessary hospitalizations by grievances that should be attended in the basic health units occurred. The study of qualitative nature that used as strategy the study of cases was first developed with the survey of CSAA causes and indexes in the State of Minas Gerais and Coronel Fabriciano health micro region. In the sequence, the managers, job professionals and members of the micro region cities family health strategy teams were interviewed aiming at the identification of the health attention context in attendance of people that need hospitalization by CSAA. During this stage the services organization and functioning considering the access and flow for users attendance, the actions developed by the professionals in attendance to this users, the evaluations mechanisms of CSAA causes used in the services and the organizational aspects that interfered in the people attendance that need hospitalization were analyzed. For the primary data collection an identification sheet plus a semi structured interview routine were used, applied to managers and professionals of the Family Health Strategy (ESF) teams. For the secondary data collection the data about hospitalizations by CSAA of the Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais and Gerência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano that are available through the Primary Attention to Health State Superintendence were used. Data was analyzed by the content analyses technique proposed by Bardin. Results have showed that despite the Health Ministry investments, as the maximum institution for the health system organization all over the country as well as the States and cities interest in qualify the health attention, this process still needs more investments. This should be preferentially directed towards the assistance practices and to the professionals and net managers for the health attention. In the searching services reality, several problems related to the assistance and management fields have been observed, causing limitations in the definition and introduction of health promotion and grievance prevention among those related to CSAA hospitalizations. By the results found, it was verified that the hospitalization culture is settled in the people who use the services, as well as in the professionals, characterizing a great difficult with the health attention traditional model rupture determining the offer of a fragmented and not related with the necessity and social reality of people care. The existing deficiencies in the services structure, attendance process, net attention hierarchy and permanent professionals and managers education were noticed, that makes high quality assistance difficult and compromised. Referring to the understanding of the CSAA hospitalization determinants and

the relationship with the relation with the basic attention function, structured in the health family strategy logic, it was stated the ignorance about the management mechanisms, services organization, monitoring instruments, and offered attention evaluation, the health indicators among them. Looking at this scenario, therefore, the Coronel Fabriciano micro region health services (re)structure is placed and should be referred to the Health Unique System principles with priorities to total health, net of health attendance effective hierarchy and regionalization, professionals permanent education investment, even with all the management practices, organization and care mistakes existed in the micro region health services.

Keywords: hospitalizations by sensible conditions (CSAA), basic attention evaluation, health indicator.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	Microrregião de saúde de Coronel Fabriciano.	36
FIGURA 2 -	Distribuição das equipes da Estratégia Saúde da Família - Minas Gerais, 2007.	37
FIGURA 3 -	Rede horizontal integrada de serviços de saúde.	43
FIGURA 4 -	Microrregiões de saúde do estado de Minas Gerais.	61
FIGURA 5 -	Macrorregião leste de saúde.	61
FIGURA 6 -	Aspectos considerados na compreensão dos determinantes das internações hospitalares por CSAA na microrregião de saúde Coronel Fabriciano.	94
FIGURA 7 -	Funcionamento dos serviços na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano na perspectiva dos gestores.	95
FIGURA 8 -	Fluxos da dinâmica do atendimento das internações hospitalares por CSAA na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano.	108
FIGURA 9 -	Prováveis efeitos do subfinanciamento da Estratégia Saúde da Família.	135

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Lista de códigos da CID BR-10 considerados como CSAA por categoria de diagnósticos de internação.	52
QUADRO 2 - Treinamentos, seminários, palestras e cursos realizados pelos gestores e profissionais da atenção básica da microrregião de Coronel Fabriciano - MG.....	72
QUADRO 3 - Instrumentos e indicadores identificados pelos profissionais da ESF utilizados na avaliação das internações hospitalares na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2007.	123
QUADRO 4 - Nós críticos identificados para a atuação na Atenção Básica na perspectiva dos gestores e profissionais do serviço da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2007.	130

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Estratégia Saúde da Família no estado de Minas Gerais e na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2006.	35
TABELA 2 -	Municípios da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2007.	62
TABELA 3 -	Gestores e profissionais do serviço de atenção básica dos municípios da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2007.	63
TABELA 4 -	Caracterização dos gestores municipais da Atenção Básica da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2007.	70
TABELA 5 -	Média de tempo de formação, atuação na ESF, tempo no cargo, jornada de trabalho e tempo na instituição dos gestores e profissionais do serviço, 2008.	70
TABELA 6 -	Capacitação dos gestores e profissionais da ESF da microrregião de Coronel Fabriciano - MG, 2008.	72
TABELA 7 -	Caracterização dos agentes comunitários de saúde da Atenção Básica da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2008.	77
TABELA 8 -	Caracterização dos enfermeiros da Atenção Básica da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2008.	79
TABELA 9 -	Caracterização dos médicos da Atenção Básica da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2008.	83
TABELA 10 -	Caracterização dos técnicos de enfermagem da atenção básica da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2007.	85
TABELA 11 -	Internações hospitalares por CSAA - MG, 2002-2005.	87
TABELA 12 -	Número e distribuição proporcional das internações hospitalares por CSAA de residentes na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2004-2007*.	89
TABELA 13 -	Número e proporção de internações hospitalares por condições sensíveis à APS, por município de residência na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2004-2007.	90
TABELA 14 -	Despesas com internações hospitalares por condições sensíveis na microrregião de saúde Coronel Fabriciano - MG, 2002-2005.	90
TABELA 15 -	Despesas com internações por condições sensíveis em relação ao PAB/Fixo Municipal, 2005.	91
TABELA 16 -	Serviços de atenção básica, média e alta complexidade próprios, contratados e conveniados dos municípios da microrregião de Coronel Fabriciano - MG, 2008.	92
TABELA 17 -	Conhecimento dos profissionais da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, sobre o Plano Municipal de Saúde, 2008.	103

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	acidente vascular cerebral
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Código Internacional de Doenças
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COEP/UFMG	Conselho de Ética e Pesquisa da
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONSAÚDE	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CSAA	condições sensíveis à atenção ambulatorial
DPOC	doença pulmonar obstrutiva crônica
DST	Doença Sexualmente Transmissível
E	enfermeiros
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMS	Fundo Municipal de Saúde
G	gestores
GRS	Gerência Regional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICC	insuficiência cardíaca congestiva
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IRA	infecção respiratória aguda
LOS	Lei Orgânica da Saúde
M	médicos
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde

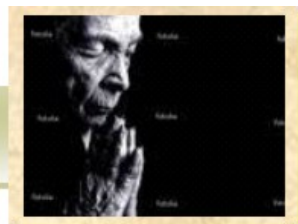
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor da Regionalização
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMS	Planos Municipais de Saúde
PNH ou HUMANIZA SUS	Política Nacional de Humanização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPI-VS	Pacto de Indicadores da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema de Saúde
SES/MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISPACTO	Planilha da Pactuação Unificada dos Indicadores Municipais de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG ou SINPACTO	Termo de Compromisso de Gestão
TE	técnicos de enfermagem
TFD	Tratamentos Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	PANORAMA CONCEITUAL	28
2.1	A implantação da Política Nacional da Atenção Básica	28
2.2	O fortalecimento da Atenção Básica à Saúde pela Estratégia Saúde da Família	32
2.3	O cenário da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais e na microrregião de Coronel Fabriciano	35
2.4	A organização da atenção básica com foco na integralidade da atenção: estratégia para redução dos agravos em saúde	38
2.5	A organização municipal no atendimento à saúde	42
2.6	A avaliação nos serviços de saúde	44
2.6.1	Indicadores de saúde: instrumentos para avaliação da gestão na atenção em saúde	50
2.6.2	O indicador internações hospitalares por CSAA como medida de eficiência da atenção básica	51
2.7	A Estratégia Saúde da Família e a atenção às internações hospitalares por CSAA	53
2.8	A organização da rede de serviços para o atendimento ao usuário	56
3	PERCURSO METODOLÓGICO	59
3.1	Abordagem teórico-metodológica	59
3.2	Cenário do Estudo	60
3.3	Sujeitos da Pesquisa	63
3.4	Coleta de dados	64
3.5	Tratamento e Análise dos Dados	65
3.6	Critérios éticos do estudo	67
4	RESULTADOS	69
4.1	Caracterização dos gestores e profissionais dos serviços da Rede Básica da Microrregião de Saúde de Coronel Fabriciano	69
4.1.1	Caracterização dos gestores municipais de saúde da Atenção Básica da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano	69
4.1.2	Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde da Atenção Básica da Microrregião de Saúde de Coronel Fabriciano	75
4.1.3	Caracterização dos enfermeiros da atenção básica da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano	78
4.1.4	Caracterização dos médicos da atenção básica na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano	81

4.1.5	Caracterização dos técnicos de enfermagem da atenção básica da microrregião de saúde -----	83
4.2	O atendimento das internações hospitalares por CSAA: panorama no estado de Minas Gerais e na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG -----	85
4.3	A organização e funcionamento da atenção básica na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano no controle das internações por CSAA: a perspectiva dos gestores e profissionais dos serviços -----	92
4.3.1	A percepção dos gestores municipais de saúde sobre organização e funcionamento da rede básica para o atendimento das pessoas internadas por CSAA-----	94
4.3.2	A percepção da equipe da ESF sobre organização da rede básica para o atendimento das pessoas internadas por CSAA -----	101
4.4	A avaliação do cuidado oferecido nos serviços da atenção básica na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano-----	110
4.4.1	A avaliação do cuidado oferecido nos serviços da atenção básica na microrregião de saúde e a utilização do indicador de internação hospitalar por CSAA-----	115
4.5	Aspectos organizacionais que interferem no atendimento das pessoas que necessitam das internações: os nós críticos identificados para o atendimento das internações hospitalares por CSAA na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano -----	126
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	143
	REFERÊNCIAS-----	151
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES -----	157
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS GESTORES DOS SERVIÇOS ----	158
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO (MÉDICO, ACS E ENFERMEIRO)-----	159
	ANEXO A - CARTAS DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NOS MUNICÍPIOS DE CORONEL FABRICIANO, ANTÔNIO DIAS, CÓRREGO NOVO, MARLIÉRIA, PINGO D'ÁGUA E TIMÓTEO -----	161
	ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -----	173
	ANEXO C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG -----	174

Introdução



1 INTRODUÇÃO

Desde a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, o foco da organização dos serviços de saúde tem sido a atenção às pessoas, famílias e comunidade e a intervenção nos fatores que determinam sua condição de saúde ou de doença.

A nova Lei Orgânica da Saúde (LOS) de n. 8.080/90, em seu artigo 3º, ampliou o conceito de saúde, relacionando-o a fatores determinantes e condicionantes como as condições de alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, renda, lazer, transporte e acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990). A LOS redefiniu uma nova organização do sistema de saúde em todas as esferas de atendimento para que possam ser atendidos suas diretrizes e princípios doutrinários e organizativos, notadamente o que se refere à integralidade da atenção. Enfoca sua maior atuação na Atenção Primária à Saúde (APS) que, de acordo com Starfield (2002, p. 28), deve ser compreendida como

Aquele nível do sistema de um serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) [...] fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros [...] compartilha características com outros níveis do sistema [...] dá atenção à promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e trabalho em equipe.

A Atenção Primária à Saúde deve se constituir na base do atendimento dos sistemas de saúde. Para Mendes (2002) e Starfield (2002), a sua efetividade está relacionada à observação conjunta de alguns princípios como o primeiro contato ou porta de entrada; a longitudinalidade entendida como o aporte regular dos cuidados prestados pela equipe de saúde às necessidades dos usuários que surgem ao longo da vida; a integralidade que está relacionada ao conjunto de serviços prestados pelas equipes de saúde em todos os níveis demandados pela população e a coordenação da atenção que visa construir um serviço de informação sobre o atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde. Não deve, entretanto, ser vista como um recurso para atendimento a populações de baixa renda e que faz oferta de ações simplificadas.

A implantação da APS no Brasil, atualmente denominada Atenção Básica à Saúde (ABS), teve início com o controle das endemias e saneamento dos portos do país no início do século XX, embasadas na Reforma Sanitária implementada por Oswaldo Cruz a partir de 1903. Na década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), cuja

atuação se direcionava ao controle das doenças infecciosas e carenciais e para a organização de ações preventivas e curativas. Na década de 1960, o desenvolvimento da APS ocorreu mais intensamente nas Secretarias Estaduais de Saúde, com foco nos programas de saúde pública. É a partir da década de 1970 que se constitui mais claramente sua organização no Brasil, iniciada com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), calcado em um amplo programa de medicina simplificada para atendimento às populações das regiões mais carentes. A sua execução aumentou o número de unidades básicas de saúde construídas no país (BAPTISTA, 2005; MENDES, 2002).

A crise da Previdência Social no Brasil, a partir da década de 1970, exigiu do Estado uma reestruturação do sistema de saúde vigente apontando a necessidade de mudanças efetivas na assistência prestada. A organização de estratégias mais resolutivas começou a se consolidar com a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) cujo objetivo, de acordo com Cunha e Cunha (2001), se embasava na organização e no aperfeiçoamento da assistência médica. Sugeria critérios de alocação de recursos para este fim, recomendava políticas de financiamento e assistência à saúde, analisava e avaliava a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica e de Previdência Social.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) consubstanciaram esta proposta, constituindo-se em um instrumento de reforma da política de saúde no país. Isto também foi resultado das discussões já implementadas pela Reforma Sanitária, que teve seus propósitos consolidados na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986. Neste histórico evento, que contou com a participação de intelectuais, trabalhadores da saúde, governo, usuários e prestadores dos serviços de saúde, foram propostas grandes reformulações e mudanças para o sistema de saúde brasileiro. Estas foram consolidadas na Constituição Federal de 1988 culminando com a aprovação do SUS em 19 de setembro de 1990.

O novo sistema de saúde incorporou um conceito ampliado de saúde, a idéia de sistema e de unicidade para a organização dos serviços de saúde em todo o país. Definiu a imagem do SUS como a de um núcleo único que concentra os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade e os princípios organizativos da participação popular, regionalização e hierarquização e da descentralização e do comando único.

Ampliando esta perspectiva, Mendes (1996, p. 58) refere-se às dimensões do SUS, como sendo

Dimensão ideológica, ao propor uma discussão ampliada do processo saúde-doença, e de um novo paradigma sanitário; uma dimensão política ao ser construído com a participação dos vários atores sociais com seus diferentes projetos e uma dimensão tecnológica que exige a produção e utilização de

conhecimentos e técnicas, coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia.

Com o SUS, se inicia um processo de mudanças na organização dos serviços de saúde em todo o país com a realização de reformas que vêm concretizando gradativamente a sua implementação. Mendes (2002) relata que, nesta época, redefiniu-se o modelo assistencial, deslocando-o do modelo flexneriano para o foco da atenção à saúde e da qualidade de vida. Extinguiram-se instituições como o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), iniciando um processo de desarticulação dos serviços inoperantes de assistência à saúde até então vigentes no país. Estados e municípios foram responsabilizados pelas ações de saúde, sendo-lhes transferidos atribuições, pessoal, equipamentos e imóveis, iniciando a descentralização dos serviços e modificando o sistema de gestão em cada nível de governo. O novo sistema definiu a participação popular nas decisões das políticas públicas de saúde, iniciando então o processo social da construção da saúde.

Neste enfoque, foi organizada a estratégia da APS e, desde a aprovação do atual sistema, a política de saúde implementada pelo poder público vem reorganizando os níveis de complexidade de atenção à saúde de responsabilidade da União, dos Estados e municípios, alocando em cada um mais recursos e direcionando, na atualidade, maiores incentivos financeiros para o desenvolvimento das ações de atenção primária à saúde. Nestes serviços, estão envolvidas as instituições públicas e privadas conveniadas ao SUS, visando garantir um atendimento mais abrangente a toda população.

A preocupação com a adoção de medidas resolutivas de atenção à saúde estimulou a implantação de experiências precursoras como o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) na região Nordeste, principalmente no Ceará, no período de 1987 a 1990. Esta estratégia causou um significativo impacto na redução da mortalidade infantil e materna em algumas regiões do Nordeste e fortaleceu as bases das medidas de intervenções responsáveis pela implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em vários municípios do país, que apresentou seu maior incremento a partir de 1994. O objetivo estava na reorientação do modelo assistencial, tendo por referência os serviços de APS, a consolidação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, além da implicação e responsabilização dos serviços de saúde e da população na efetivação das políticas de saúde (CORBO; MOROSINI, 2005; MENDES, 1996).

No Brasil, após décadas de primazia do atendimento médico hospitalar, o PSF vem constituindo-se como uma significativa estratégia de reorganização da atenção primária sendo considerado

[...] como estratégia de organização da atenção primária, que deseja criar, no primeiro nível do sistema, verdadeiros centros de saúde, em que uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolva ações focalizadas na saúde; dirigidas às famílias e ao seu habitat; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo, mas sem descuidar do curativo reabilitador; com alta resolutividade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais e articulando-se com outros setores que determinam a saúde (MENDES, 1996, p. 275, grifo do autor).

Escorel *et al.* (2007) consideram a implantação do PSF como um marco na incorporação da estratégia da APS na política de saúde brasileira, que adquiriu centralidade na agenda governamental com vistas a imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, a implantação do PACS e do PSF, este último renomeado pela Portaria 648 de 28 de março de 2006 como Estratégia Saúde da Família (ESF), termo que será adotado na continuidade deste trabalho, tem-se constituído em elemento essencial para a reorientação do modelo de atenção. Busca superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, possibilitando a identificação de um conjunto de abordagens que têm se tornado a base conceitual e operacional de reorganização da atenção básica à saúde no país. Para o Ministério da Saúde, este enfoque fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS aprovados na Constituição Federal, os quais também se constituem nos princípios fundamentais da organização da atenção básica (BRASIL, 2006a).

Pensar em novos modelos tecnoassistenciais em saúde implica em pensar estratégias de atenção que também envolvam os princípios básicos do SUS, notadamente o da integralidade. Pinheiro (2004) descreve este princípio como resultante da interação social e democrática entre todos os atores envolvidos com o cuidado às pessoas nos diferentes níveis de atuação do sistema, não se constituindo exclusivamente na organização da rede de complexidade de atendimento dos serviços de saúde.

Ofertar um atendimento ampliado de saúde requer repensar e modificar as práticas de trabalho para que se encontrem soluções para os agravos que têm atingido as comunidades, proporcionando transformações no estado de saúde das pessoas, garantindo-lhes cuidado integral e qualidade de vida.

Para Ferla, Leal e Pinheiro (2006), o conceito ampliado de saúde exige a necessidade de produção de tecnologias específicas para a organização da gestão do sistema de saúde,

incluindo as práticas de avaliação como instrumento de gestão que auxiliam nos processos decisórios de organização da atenção à saúde.

Neste sentido, para haver modificação das práticas de trabalho, são necessárias a estruturação e implementação de processos de avaliação. O Ministério da Saúde tem procurado investir na institucionalização da avaliação com o objetivo de “qualificar a atenção à saúde”, abrangendo a gestão, o cuidado e o impacto sobre o perfil epidemiológico (BRASIL, 2005, p. 7). “A avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporadas às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão” (BRASIL, 2005, p. 8).

No âmbito da situação sanitária, a avaliação tem por base os indicadores de saúde que se constituem em sistemas de medida do desempenho dos serviços de saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2001) define que os atributos essenciais dos indicadores estão relacionados à sua validade (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduz os mesmos resultados quando aplicado em condições similares) para serem considerados confiáveis. A validade de um indicador é determinada pelas características de *sensibilidade* (capacidade de medir as alterações do fenômeno) e *especificidade* (capacidade de medir somente o fenômeno analisado). Deve facilitar a análise e interpretação dos dados pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde.

Seu manejo adequado constitui-se em ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde em todos os níveis, dando evidência à situação sanitária e suas tendências, facilitando o monitoramento das metas definidas para a saúde da população, proporcionando o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde e promovendo o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde.

Um indicador que permite avaliar o acesso e a qualidade da assistência prestada na atenção básica é o das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA). Este indicador tem sido pesquisado por alguns autores nacionais como Mendes (2002), consultor em sistemas e serviços de saúde, e internacionais como Starfield (2002), diretora do Centro de Atenção Primária da Universidade de John Hopkins nos Estados Unidos e Homar *et al.* (2003) da Universidade de Barcelona, na Espanha.

Homar *et al.* (2003) definem as condições sensíveis como um indicador de medida indireta da capacidade de resolução da atenção básica, que mede o número de hospitalizações potencialmente evitáveis que podem ser equacionadas quando se organiza um serviço mais

eficiente neste nível de atendimento. As CSAA são diagnósticos de altas hospitalares classificadas de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID). Esses autores utilizam uma listagem de 19 grupos de doenças consideradas como de internação sensível e são codificadas de acordo com o CID-9.

No estado de Minas Gerais, foi aprovada a resolução SES/MG n. 1.093, em 29 de dezembro de 2006, que estabelece as condições que compõem o indicador das internações sensíveis à atenção ambulatorial (MINAS GERAIS, 2006a). A lista dos 38 grupos de doenças foi codificada de acordo com o CID-BR 10.

As internações por condições sensíveis em Minas Gerais têm apresentado índices significativos, atingindo principalmente crianças e idosos, e tem se tornado alvo de constante monitoramento. No ano de 2005, foram registrados 331.223 casos, que representaram 33,3% do total das internações hospitalares, resultando em uma despesa de R\$ 1.666.171,15 para o estado de Minas Gerais (PERPÉTUO; WONG, 2006).

Integrante do contexto estadual, a microrregião de saúde de Coronel Fabriciano apresenta índices de CSAA que acompanham a situação observada no Estado. Porém, ao se avaliar os índices dos municípios integrantes da microrregião tendo por referência aqueles de menor porte (abaixo de 20.000 habitantes), os números das internações adquirem proporções mais elevadas, diferenciando-se do cenário estadual.

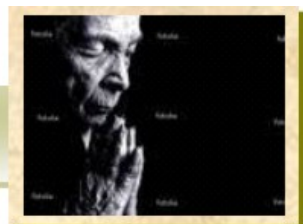
Face ao exposto, utilizou-se como pressuposto para este estudo o fato de as internações hospitalares por CSAA serem agravos evitáveis e de internação desnecessária e cuja resolução compete aos serviços da atenção básica. Nesta perspectiva, este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre a organização e o funcionamento dos serviços de atenção básica organizados com a Estratégia Saúde da Família na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano e a ocorrência das internações hospitalares por condições sensíveis ao atendimento ambulatorial. Utilizou-se como referência para esta avaliação o indicador de internações hospitalares por CSAA que permite avaliar o acesso e a qualidade da assistência prestada neste nível de atendimento.

Considerou-se para fins deste estudo as informações adquiridas junto aos gestores (secretários) municipais de saúde e aos profissionais do serviço que atuavam nas equipes da ESF em cada município da microrregião à época da pesquisa. Para tanto, foram identificadas após a análise e categorização dos dados coletados o cenário das internações hospitalares por CSAA no estado de Minas Gerais e na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano; o perfil dos gestores e profissionais dos serviços da atenção básica da microrregião; a organização e funcionamento da atenção básica, considerando o acesso e fluxo de atendimento no controle

das internações hospitalares por CSAA na perspectiva dos gestores e profissionais dos serviços; a avaliação do cuidado oferecido nos serviços de atenção básica na microrregião de saúde e a utilização do indicador de internação hospitalar por CSAA e os aspectos organizacionais que interferiram no atendimento das pessoas que necessitaram das internações, identificando os nós críticos no atendimento das internações hospitalares por CSAA na microrregião de saúde.

O percurso deste estudo e o desvelamento dos fatores relacionados à organização e aos serviços que contribuem para a prevalência das internações hospitalares por CSAA serão apresentados a seguir.

Panorama conceitual



2 PANORAMA CONCEITUAL

2.1 A implantação da Política Nacional da Atenção Básica

No processo de descentralização da gestão dos serviços de saúde, foi transferida a competência da prestação dos serviços aos municípios. Esta definição foi respaldada nas normas setoriais do Ministério da Saúde (MS), conhecidas como Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas a partir de 1992. As principais NOB (91, 93 e 96) definiram as diretrizes de organização do sistema de saúde em cada esfera de governo, orientando sobre os mecanismos de descentralização dos serviços e auxiliando na reconfiguração da gestão do SUS em todo o território brasileiro (BRASIL, 2007a; OLIVEIRA, 2007).

Destaque especial deve ser dado à NOB 96 que proporcionou um grande impulso na gestão dos serviços criando novos mecanismos de gestão da atenção básica, da média e alta complexidade de atenção. Proporcionou uma distribuição mais adequada das responsabilidades de cada nível de governo no desenvolvimento das ações de saúde e do financiamento destes serviços (BRASIL, 2007a; OLIVEIRA, 2007).

Os incentivos financeiros destinados a APS a partir da NOB 96 trouxeram como maior avanço o pagamento *per capita*, ocasionando algumas mudanças nos municípios, principalmente para aqueles de pequeno porte. Os grandes benefícios desta medida foram para a ESF e o PACS, que vêm se consolidando como estratégias de organização do nível primário, recebem incentivos financeiros e incrementam os recursos destinados à saúde, transformando e fortalecendo o funcionamento da atenção básica e intensificando os sistemas locais de saúde (BRASIL, 2007a; OLIVEIRA, 2007).

Com o avanço da municipalização, foi aprovada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em janeiro de 2001, que orientou a estratégia de regionalização articulada dos serviços de saúde através da proposição de um Plano Diretor de Regionalização coordenado pelas secretarias de saúde. Redefiniu a capacidade gestora do SUS e atualizou os critérios de habilitação dos municípios promovendo a pactuação de serviços entre os gestores dos três níveis de governo, proporcionando um grande avanço na organização dos serviços municipais (BRASIL, 2001a).

A NOAS ampliou as responsabilidades e ações estratégicas da atenção básica tendo por foco a saúde da mulher e da criança, o controle da tuberculose, da hipertensão e diabetes, a eliminação da hanseníase e as ações de saúde bucal. Orientou a implantação da ESF nos

municípios para a reorganização da atenção básica em função da sua capacidade de resolução para as demandas das áreas estratégicas. Propôs a redefinição das referências de atendimento em todos os níveis de atenção tendo por base a clientela adscrita, prevendo a retaguarda de exames complementares, de leitos hospitalares e de serviços de urgência e emergência com a descrição clara dos fluxos de referência e contra-referência de atendimento.

Como medida de avaliação dos resultados, definiu a utilização de indicadores do Pacto de Atenção Básica e das informações disponíveis nos bancos de dados nacionais, que devem se constituir em ferramentas de planejamento dos profissionais e gestores dos serviços (BRASIL, 2001b).

Neste movimento de mudanças e consolidação do SUS e para adequação aos avanços alcançados desde a sua implantação, a ABS tem alinhado sua estrutura de funcionamento às definições de organização implementadas nos últimos anos, atendendo entre eles ao Pacto pela Saúde aprovado em março de 2006 (BRASIL, 2006b). Este pacto define alterações no sistema de gestão dos serviços de saúde e altera as modalidades de habilitação dos municípios, reformulando os processos de organização e funcionamento dos serviços de saúde.

O Pacto pela Saúde se constitui em um compromisso firmado entre os gestores federal, estaduais e municipais com foco em três dimensões.

A primeira é o Pacto pela Vida, que preconiza ações de impacto sobre a saúde do idoso, o controle do câncer do colo do útero e da mama, a redução da mortalidade materna e infantil, o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes como a dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica.

O Pacto em Defesa do SUS, segunda dimensão, tem suas diretrizes relacionadas ao compromisso dos gestores de saúde com a consolidação da Reforma Sanitária garantindo a efetivação dos princípios do novo sistema de saúde; a articulação de ações que propiciem a mobilização social garantindo a participação efetiva da sociedade na decisão dos direitos de saúde e de cidadania, além da regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 (BRASIL, 2006a); a aprovação do orçamento do SUS e a definição das respectivas responsabilidades em cada esfera de governo.

A terceira dimensão é o Pacto de Gestão, cujas diretrizes são descentralização e regionalização dos serviços; o financiamento e planejamento do sistema; a programação das ações em todos os níveis de atenção articulado e pactuado entre os municípios por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI); a regulação da atenção à saúde e a regulação

assistencial; o fortalecimento da participação e do controle social na definição das políticas públicas de saúde, a gestão do trabalho e a educação na saúde com foco na implementação da Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2006a).

A pactuação da atenção para o sistema de saúde firmada pelos gestores define as metas anuais a serem alcançadas em relação à gestão dos serviços de saúde, constituindo o Termo de Compromisso de Gestão (TCG ou SINPACTO). Seu objetivo é formalizar as responsabilidades e atribuições das três esferas de governo na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS em relação à vigilância à saúde. Expressa a formalização do Pacto pela Saúde considerando as dimensões do Pacto Pela Vida, que apresenta como uma de suas prioridades o fortalecimento da atenção básica e do Pacto de Gestão. Constitui-se em um instrumento virtual de pactuação que, para fins de planejamento, baseia-se nos resultados alcançados no ano anterior e na proposição de metas para o ano em curso (BAHIA, 2007).

Como parte do TCG, encontra-se o relatório de monitoramento que constitui a Planilha da Pactuação Unificada dos Indicadores Municipais de Saúde (SISPACTO). Este representa a unificação do Pacto da Atenção Básica, o Pacto de Indicadores da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI-VS) e os indicadores do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b). Está regulamentado na Portaria n. 91, de 10 de janeiro de 2007, e estabelece os indicadores a serem contemplados pelos municípios, estados e o Distrito Federal. (BRASIL, 2007b).

São exemplos de indicadores pactuados para a atenção básica que interessam a este estudo, as taxas de internação hospitalar por Infecção Respiratória Aguda (IRA) e por Doença Diarréica em menores de cinco anos, as taxas de internação por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a proporção de internação por *diabetes mellitus*.

Em 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde editou a Portaria n. 648/GM aprovando a mais recente Política Nacional de Atenção Básica que estabelece a revisão das diretrizes e normas para a gestão da atenção primária à saúde, reforçando a ESF e o PACS como as principais estratégias de reorganização neste nível de atendimento. Nesta Portaria, o MS reconhece o desenvolvimento da atenção básica e a necessidade de adequação de suas normas e do seu financiamento, tendo por referência os princípios e diretrizes do Pacto pela Saúde. Conceitua a atenção básica que se caracteriza

[...] por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem ações de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos,

o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006a, p. 10).

Define o atendimento às populações de forma regionalizada e organizada por territórios, tendo por referência para atendimento uma equipe multiprofissional, que utiliza tecnologias de alta complexidade e baixa densidade e com estrutura para resolver os problemas de saúde mais frequentes da população adscrita. Alia-se a esta visão a concepção de um atendimento que considere o sujeito na sua singularidade e complexidade e na interseção sócio-cultural em que as ações de promoção, prevenção, tratamento e redução de danos e agravos sejam a tônica dos planejamentos da atenção em saúde. Visa a organização sistêmica da saúde; a elaboração de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da atenção prestada; o desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de pessoal para gestão, o monitoramento e avaliação da ABS; firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados, monitorando e avaliando o trabalho da atenção básica, divulgando as informações e os resultados alcançados (BRASIL, 2006a).

Os fundamentos essenciais da ABS estão relacionados ao acesso universal e contínuo a serviços qualitativos e resolutivos, com áreas territoriais definidas, que se devem constituir preferencialmente como porta de entrada dos serviços. Compete a este nível de atenção observar a execução de um planejamento que considere os princípios da equidade; da integralidade de ações em articulação com ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços; o desenvolvimento das relações de vínculo entre as equipes e a população adscrita garantindo ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; a valorização dos profissionais de saúde com investimentos na sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados e estimular a participação popular e o controle social.

O fortalecimento da ABS está definido dentro do Pacto pela Vida como um dos seus principais objetivos, referenciando a ESF como prioritária para a sua consolidação. Prevê como responsabilidade deste serviço, dentre outros, o desenvolvimento da qualificação dos profissionais, a infra-estrutura de funcionamento das unidades básicas e a implantação do processo de monitoramento e avaliação em todas as esferas de governo (BRASIL, 2006b). Estas ações interessam particularmente a este estudo.

2.2 O fortalecimento da Atenção Básica à Saúde pela Estratégia Saúde da Família

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada na cidade de Alma Ata (Rússia) em 1978, constituiu-se em um marco fundamental para a definição dos princípios da atenção primária à saúde, conclamando todos os países a se organizarem para garantir a saúde de todos os povos do mundo, permitindo-lhes levar uma vida social e economicamente produtiva. Definiu como elementos essenciais da APS a educação sanitária, o saneamento básico, a atenção à mulher e à criança, a prevenção de endemias, o tratamento apropriado das doenças e dos agravos mais comuns, a provisão de medicamentos essenciais, a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes e a valorização da medicina tradicional (CORBO; MOROSINI, 2005; MENDES, 2002).

No mesmo ano, a Assembléia Mundial de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, definiu a atenção primária como

A atenção essencial à saúde, baseadas em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. A APS é parte integrante do sistema dos serviços de saúde e atualmente representa a função central e o principal foco de atuação com vistas a contribuir com o desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (MENDES, 2002, p. 13).

A atenção primária brasileira busca construir uma identidade própria ao propor a ruptura da visão redutora deste nível de atenção considerado como o espaço de realização de atendimentos simplificados, de baixos recursos tecnológicos e para população de baixa renda. No âmbito do SUS, a APS é denominada de ABS que se propõe a desenvolver funções como acolhimento, assistência e vigilância à saúde, embasados nos princípios do novo sistema de saúde (BRASIL, 2006c).

No Brasil, a partir de 1940, o SESP foi o pioneiro na criação de unidades de APS, sendo este período considerado o primeiro ciclo de expansão da APS do país. Nos anos 1970, começaram a ser desenvolvidos os programas de extensão de cobertura, que confluíram para o PIASS, iniciado no Nordeste do país. A crise da Previdência Social nos anos de 1980 regulamentou as AIS, responsáveis pela ampliação da rede de atenção primária em muitos municípios, definindo o terceiro ciclo de expansão da APS. Este sistema de saúde foi substituído pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e em 1988 foi

aprovado o SUS. O novo sistema municipalizou a saúde, criou e ampliou novas unidades de saúde e expandiu a cobertura da atenção primária tendo por referência um modelo de atendimento que privilegia a vigilância à saúde e a integralidade da atenção. Este período concretizou o quarto ciclo de expansão da APS na história da saúde brasileira (MENDES, 2002).

A aprovação do Programa de Saúde da Família pelo MS em 1993 e a implantação de equipes em alguns municípios do país a partir de 1994 são consideradas o quinto ciclo de expansão da APS no país. Atualmente, a ESF está definida como uma política nacional de atenção primária à saúde e uma estratégia de organização dos serviços de saúde, ampliando o acesso aos serviços básicos de saúde, tendo se tornado um importante definidor de mudanças no modelo assistencial vigente. O objetivo da ESF definido pelo MS consiste na

[...] reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo de saúde e da necessidade de intervenções que vão além das práticas educativas (CORBO; MOROSINI, 2005, p. 168).

Acrescente-se a estes propósitos o atendimento dos princípios doutrinários e organizativos do SUS e a correção das distorções assistenciais que os serviços de saúde apresentaram no decorrer dos anos (CORBO; MOROSINI, 2005; MENDES, 2002).

A ESF é uma estratégia de organização de serviço sendo conceituada por Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p. 804, grifo dos autores) como

[...] um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégia / ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação de cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido.

A decisão de implantação desta estratégia foi definida como uma alternativa para consolidação dos princípios do SUS, que têm por foco a organização de um sistema de atendimento que privilegie, em sua maior abrangência, serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças, pela implementação de políticas de saúde que possam se revelar efetivas na resolução dos problemas de saúde da população, principalmente daqueles que têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p. 807) consideram que

A ESF veio essencialmente como uma oportunidade de se expandir a atenção primária para a população brasileira, de consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, de facilitar o processo de regionalização pactuada entre os municípios adjacentes e de coordenar a integralidade de assistência à saúde.

A implantação da ESF revelou-se eficiente e tem gradativamente consolidado os propósitos de ampliação da atenção e desenvolvido ações que promovem a saúde das pessoas e previnem muitos agravos. Tal situação levou à ruptura com o conceito de programa, que está vinculado a uma idéia de verticalidade e transitoriedade. Ao ser considerado como uma estratégia de intervenção, desde 1996, a ESF passou a ter como objetivo consolidar uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), configurando-se como uma proposta substitutiva para redefinição do modelo de atenção à saúde no nível da atenção básica (CORBO; MOROSINI, 2005).

Pode-se afirmar que a ESF conferiu um novo cenário no cuidado à saúde concretizado em uma tendência de crescente melhoria na resolução dos agravos que atingem as pessoas deste imenso país. Resultados significativos têm sido alcançados na redução dos indicadores relacionados às ações de saúde, como o controle da hipertensão e *diabetes*, a redução dos óbitos maternos, a redução da mortalidade infantil, o aumento na proporção de crianças com aleitamento materno exclusivo, nas coberturas vacinais, entre outros (CAVALCANTE *et al.*, 2006).

Esta nova lógica é desenvolvida dentro de uma Unidade Saúde da Família (USF), por uma equipe multiprofissional que deve prestar uma assistência contínua a uma população adscrita, viabilizando um atendimento integral da saúde da criança, do adolescente, do adulto, da mulher e dos idosos do território da área de abrangência da equipe.

O sistema de gerenciamento das informações relativas aos serviços produzidos pela ESF é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), composto por um *software*, fichas e relatórios. As fichas são utilizadas como instrumento de coleta de dados que registram os atendimentos feitos à população de cada território. Dentre as diversas fichas do sistema se encontra a do registro de atividades, procedimentos e notificações (ficha D). Esta ficha é utilizada pelos agentes comunitários de saúde (ACS), médicos e enfermeiros no registro dos dados referentes às internações hospitalares e como um instrumento de referência para a discussão sobre os casos ocorridos. O SIAB é um sistema que vem apresentando limitações nas informações produzidas e recentemente tem passado por reformulações na tentativa de melhorar a qualidade dos dados registrados, para que possa se constituir em uma base de

informações mais qualificada e que permita a avaliação das ações implementadas pela equipe da ESF. A análise do SIAB não é objeto deste estudo (OLIVEIRA, 2007).

Após quase duas décadas de implantação do SUS, a ESF tem se ampliado em vários municípios do país, evoluiu na sua organização e tem se mostrado mais resolutiva, constituindo-se em muitos municípios como o único recurso de atendimento para as pessoas. Os gestores municipais têm se deparado com constantes desafios para reorganizar as políticas de saúde locais. Pode-se dizer que o sistema público de saúde encontra-se em uma nova etapa e que caminha para a concretização de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços e para uma gestão qualificada.

Neste contexto, a ESF aponta para a necessidade de redefinição das responsabilidades de cada esfera de governo, para a definição de infra-estruturas de atendimento, para investimento em capacitação de pessoal, em recursos e tecnológico e para a redefinição das regras de gestão, organização e financiamento do sistema.

2.3 O cenário da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais e na microrregião de Coronel Fabriciano

Em Minas Gerais, a ESF teve seu início em 1995 com 45 equipes de PSF, implantadas em 22 municípios. Em 2006, a ESF estava implantada em 829 municípios, dentre os 853 existentes no Estado, registrando um cadastro de 3.553 equipes, 22.819 ACS, respondendo pelo atendimento de 63,6% dos 19.278.265 habitantes do estado (TAB. 1).

TABELA 1
Estratégia Saúde da Família no estado de Minas Gerais e na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2006.

Município	Equipes	Agente Comunitário de Saúde	População total	Percentual de cobertura
MINAS GERAIS	3.553	22.819	19.278.265	63,6
MICRORREGIÃO	13	77	208.340	62
Antônio Dias	1	6	10.214	33,8
Coronel Fabriciano	1	6	103.724	3,3
Córrego Novo	1	5	3.485	99
Jaguaraçu	1	6	2.924	100
Marliéria	1	8	4.360	79,1
Pingo-d'Água	1	6	3.898	88,5
Timóteo	7	40	79.735	30,3

Fonte: Dados compilados pela autora (MINAS GERAIS, 2007).

No mesmo período, a microrregião de saúde de Coronel Fabriciano (FIG. 1) contava com 13 equipes cadastradas, 77 agentes comunitários de saúde, que respondiam por uma cobertura populacional de 62,0% dos 208.340 habitantes da área de abrangência (TAB. 1).

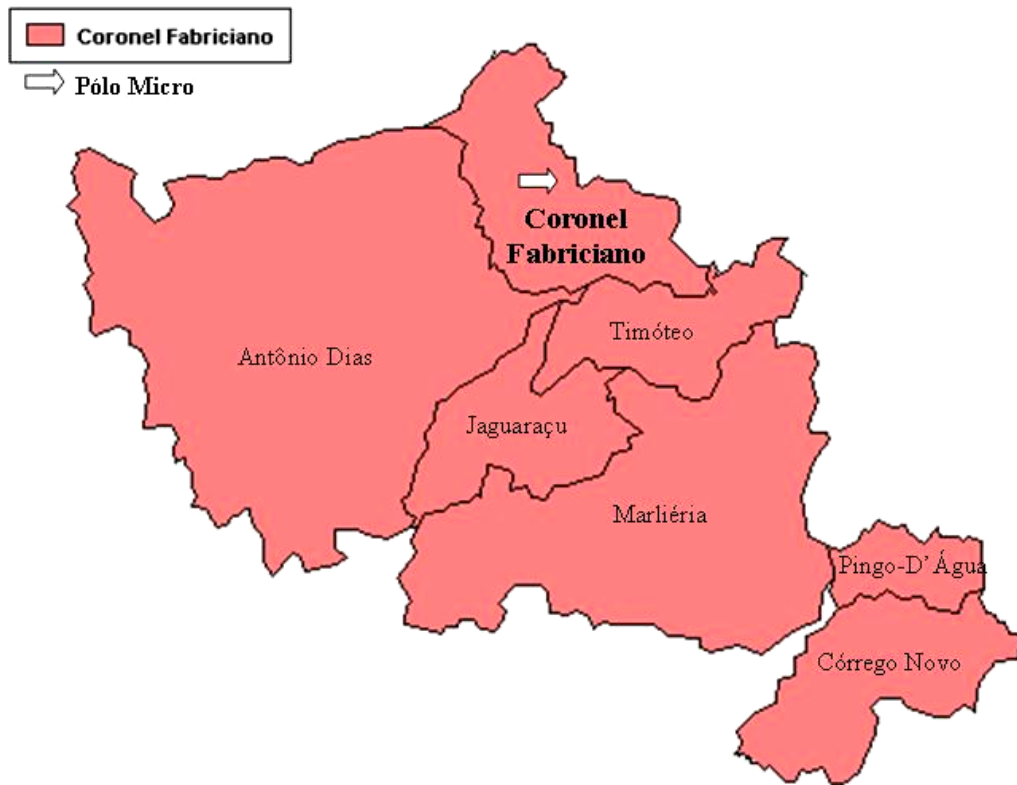


FIGURA 1 - Microrregião de saúde de Coronel Fabriciano.

Fonte: MINAS GERAIS, 2007.

A cobertura da ESF nos municípios da microrregião apresentou-se bastante diversificada. Os municípios acima de 50.000 habitantes apresentaram as mais baixas coberturas no período da pesquisa (TAB. 1). Estes índices acompanharam as tendências observadas no país no mesmo período, apontando para uma ordem decrescente de cobertura. As maiores coberturas estavam nos municípios menores de 5.000 habitantes (88,0%), seguidos daqueles com 50.000 habitantes (61,0%), vindo logo após os municípios maiores de 500.000 habitantes (28,0%) (BRASIL, 2007c).

A ESF em Minas Gerais, no mês de setembro de 2007, estava implantada em 832 municípios, com 3.632 equipes, 24.597 ACS e respondendo por uma cobertura populacional de 65,0% em todo o Estado (FIG. 2). Estas informações se encontravam disponíveis no site da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2007).

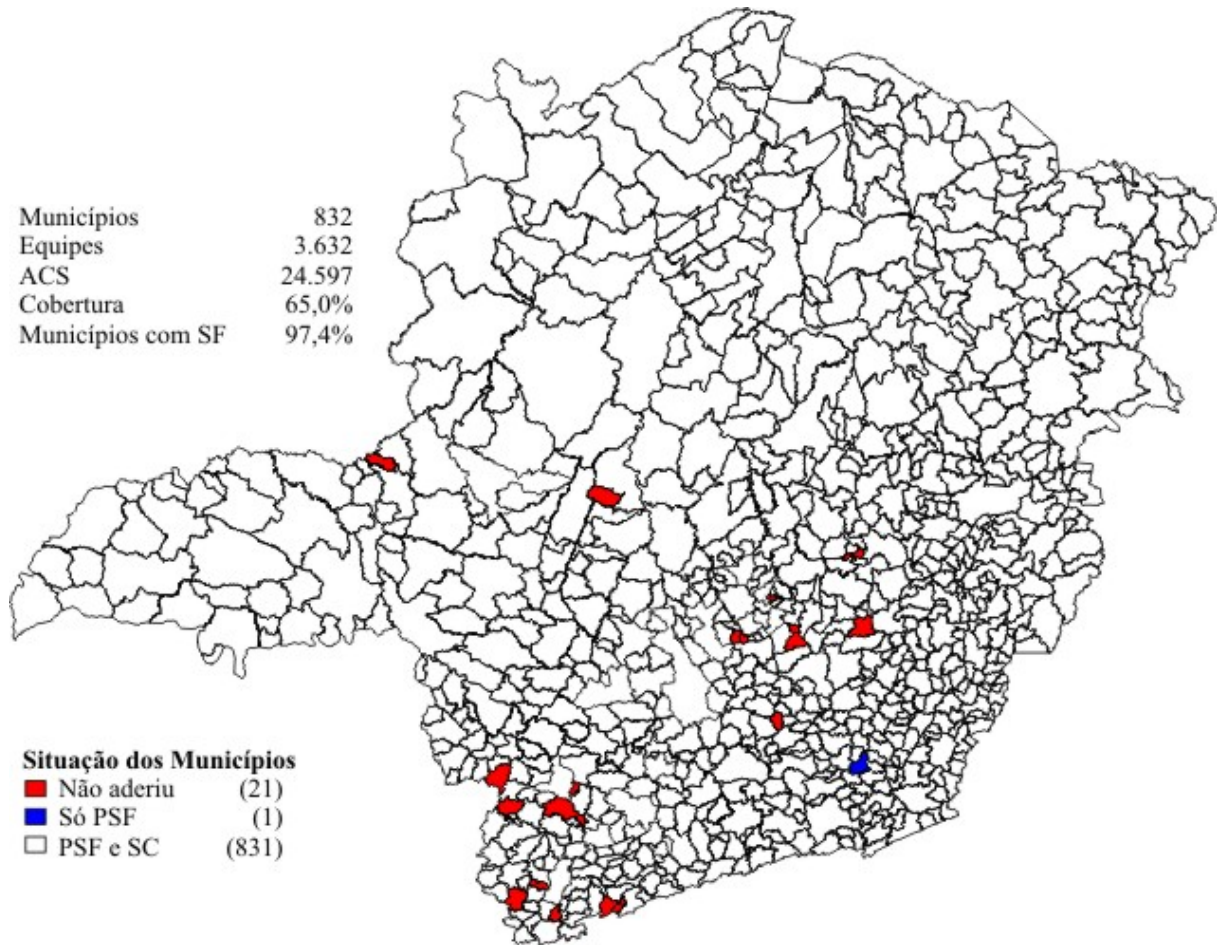


FIGURA 2 - Distribuição das equipes da Estratégia Saúde da Família - Minas Gerais, 2007.

Fonte: MINAS GERAIS, 2007.

O governo do estado definiu, em seu plano de governo para o período 2002 a 2006, projetos estruturadores entre os quais ficou definido, para a área da saúde, a “Regionalização da Atenção à Saúde” e o projeto “Saúde em Casa” (MINAS GERAIS, 2007). Este último é uma estratégia para ampliar a cobertura estadual da ESF, permitindo a organização e otimização da atenção básica, com prioridade para a redução da taxa de mortalidade infantil e materna.

O projeto “Saúde em Casa” constitui-se em um incremento estadual à proposta definida pelo governo federal para a atenção básica. Tem como base operacional a estratégia organizacional, cabendo-lhe desenvolver o papel de coordenador das redes de atenção à saúde nos sistemas integrados de serviços de saúde; a estratégia econômica, através de pagamento de incentivo financeiro pelo cumprimento de metas atingidas; a estratégia redistributiva que contempla com mais recursos os municípios que apresentam maiores necessidades de investimentos na área da saúde, seguindo o princípio da equidade; a estratégia gerencial com

vistas ao desenvolvimento de um sistema de controle e avaliação qualitativa dos resultados das ações implementadas; a estratégia clínica, que prevê a elaboração de protocolos clínicos e linhas guia para orientar os processos educacionais e de atuação dos profissionais dos serviços e por último a estratégia educacional que está direcionada para os programas de “Melhoria da Qualidade da APS”, o “Curso Básico em Saúde da Família” e o “Sistema Microrregional de Educação Permanente”. Todos voltados para a revitalização, fortalecimento e melhoria da qualidade da atenção básica (MINAS GERAIS, [200-]).

Seguindo esta lógica de organização, na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano, todos os municípios implantaram a ESF, além do PACS. Os dados referentes a número de equipes, número de ACS e cobertura por município estão apresentados na Tabela 1.

Na continuidade desta discussão será apresentada a abordagem sobre a integralidade da atenção e sua implementação na organização dos serviços de atenção básica.

2.4 A organização da atenção básica com foco na integralidade da atenção: estratégia para redução dos agravos em saúde

A produção de saúde dentro do sistema vigente no país, hoje representado pelo SUS, está relacionada a ações de promoção, prevenção e reabilitação de agravos aos quais as pessoas estão expostas e que comprometem a sua condição de vida. A finalidade do sistema é alcançar níveis de saúde cada vez mais ampliados para o coletivo das pessoas em todas as partes deste vasto território que é o Brasil. Neste contexto, a promoção da saúde adquire abrangência diferenciada, apontada por Lefevre e Lefevre (2004) como mais do que uma concepção positiva que está relacionada com uma percepção ampliada, integrada, complexa, intersetorial, que relaciona saúde a meio ambiente, aos modos de produção e de vida. Para o autor a promoção da saúde é a possibilidade de ruptura do paradigma estruturado na visão biomédica da doença, onde prevalece a natureza curativa e preventiva, pela recuperação da versão progressista de intervenção na saúde a partir do conhecimento técnico específico acumulado historicamente no campo sanitário, o do processo saúde-doença como indicador de desarmonia, desequilíbrio importante e estrutural nos modos de produzir, viver, morar; nas relações do homem consigo mesmo, com os outros homens e com a natureza.

Ao se pensar nas condições de manutenção do estado de saúde das pessoas, é preciso ter em mente um conceito de saúde em que, nos preceitos de Campos (2006, p. 62), “esta não

seja tomada como um estado absoluto, mas pensada em graus ou em coeficientes relativos ao estado de saúde de cada pessoa ou de cada agrupamento populacional”.

Para a construção de modelos de saúde que possam viabilizar este contexto e os princípios do atual sistema de saúde é preciso a definição de objetivos e estratégias que favoreçam a organização dos serviços aliados ao envolvimento dos vários atores sociais que coabitam o universo do processo de atendimento à saúde da população. Para Pinheiro e Luz (2005, p. 117, grifo dos autores) esta possibilidade pode se concretizar com

[...] a implementação de modelos ideais que tende a requerer condições também *ideais* para a sua realização, isto é, um modelo somente alcançará o êxito estabelecido mediante a existência de condições devidamente previstas (calculadas) que, através de atos predeterminados, favorecerão a realização do trabalho e, conseqüentemente seu resultado.

Nesta perspectiva, para Pinheiro e Mattos (2006), as práticas tornam-se a possibilidade de reversão do modelo hegemônico de saúde vigente, estabelecendo um caminho para a implantação do modelo tecnoassistencial do SUS e descaracterizando a fragmentação de ações e serviços de saúde. Na mudança das práticas, as instituições de saúde se conformam em espaços especiais e fundamentais de atuação, pois é dentro delas que serão aplicados os conhecimentos e as formas de agir em saúde que, sob a ótica das atuais concepções de cuidado, devem estruturar-se com vistas à integralidade da atenção.

As ações a serem desenvolvidas devem ser integrais e entendidas como o ‘entre-relações’ de pessoas, com efeitos e repercussões de interações positivas entre os usuários, profissionais e instituições, traduzidas por tratamentos digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. A integralidade pode ser entendida como um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

Dentre a polissemia de concepções da integralidade, esta se constitui como um dos princípios do SUS, que prevê um atendimento integral com foco na organização de uma rede de atendimento que proporcione ações de promoção, prevenção e reabilitação de agravos da saúde, garantido pelo acesso universal, equânime e gratuito aos serviços de saúde. Mattos (2001), ao analisar os sentidos da integralidade, aborda os vários usos deste tema analisando o reducionismo e a fragmentação dos cuidados médicos dentro da atenção por especialidades à qual o movimento da medicina integral se contrapôs, propondo uma reformulação nos currículos de formação dos profissionais médicos. Este movimento propôs a modificação dos projetos pedagógicos dos cursos de medicina, prevendo um ensino calcado em novos conhecimentos sobre o processo de adoecer e morrer das pessoas que fosse integrado à

realidade social e aos contextos culturais da população atendida. Percebe-se uma intenção de modificar a postura médica, que se pauta em reconhecer nas pessoas que procuram por atendimento um aparelho ou sistema biológico com lesões ou disfunções desconhecendo muitas vezes o contexto de vida em que estão inseridas. Vale lembrar que esta ótica não é realidade apenas da formação da área da medicina, pois, em geral, os processos de formação dos profissionais de saúde estão estruturados em grande parte em projetos pedagógicos que ainda se encontram estruturados no modelo flexneriano, que decompõe as pessoas em partes e desta forma elas são atendidas.

Retomando a abordagem dos sentidos da integralidade, discutidos pelo mesmo autor, esta pode ser entendida como uma boa prática da biomedicina que tem como objeto um uso prudente do conhecimento sobre a doença, guiado por uma visão abrangente das necessidades das pessoas que são cuidadas.

A abordagem de Mattos (2001), apesar de referenciar a prática médica, revela a realidade da prática dos demais profissionais de saúde nos vários níveis de complexidade da atenção. A atitude de atendimento que procura reconhecer além das demandas explicitadas pelas pessoas e que privilegia a escuta das queixas não ligadas diretamente às doenças, representam no parecer do autor atitudes de integralidade, que devem ser inerentes à prática de todos os profissionais de saúde, pois permitem um atendimento mais abrangente e um momento oportuno para a utilização de técnicas de prevenção, que devem estar presentes nas ações de saúde de todos os serviços.

Outro âmbito da integralidade da atenção na ótica do autor está relacionado à organização do trabalho nos serviços de saúde. A história da organização dos serviços tem revelado a prevalência da dicotomia de práticas de saúde nos serviços públicos, considerados como responsáveis pela chamada saúde pública, e pelas práticas assistenciais desenvolvidas principalmente dentro dos hospitais. Esta fragmentação integra a rotina de trabalho de muitos profissionais e serviços, povoando ainda o imaginário popular de que a resolução dos seus problemas de saúde e a cura de suas patologias está relacionada à disponibilidade de atendimento hospitalar, consultas médicas, exames laboratoriais e medicamentos para todos que deles necessitarem.

Para Mattos (2001), dentro do princípio da integralidade, um dos seus sentidos está relacionado à crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais que precisam se articular para descaracterizar a fragmentação da assistência até então instituída e caminhar para a reconstrução de novas práticas. Associado a este cenário, evidencia-se a necessidade de revisão das práticas de trabalho pelos profissionais e gestores

dos serviços que precisam identificar as demandas reais das pessoas atendidas e não apenas a sua inserção em sistemas ou programas de saúde pré-estabelecidos pelas políticas governamentais, organizando de forma mais adequada a capacidade de resolução dos serviços às demandas apresentadas pelos usuários. Silva Júnior *et al.* (2006, p. 65) consideram que a

[...] integralidade é tomada como bandeira política, indissociável da universalidade e da equidade, e é materializada, no cotidiano, em práticas de gestão, de cuidado e de controle pela sociedade, que produzam espaços de diálogo entre os vários atores que interagem nos serviços, desenvolvam melhor percepção das necessidades de usuários e trabalhadores da saúde, medeiam negociações e pactuação de ações articuladas com o cuidado em diferentes níveis de atenção.

Estes aspectos remetem-nos ao conceito de integração de serviços que se organizam em redes assistenciais de complexidade diferenciada de serviços onde interagem atores e organizações. Outro aspecto da integralidade abordado por Mattos (2001) refere-se às políticas públicas de saúde, elaboradas pelos representantes governamentais que, ao longo dos últimos anos, têm se constituído no eixo de organização da atenção em saúde em todos os níveis de atendimento. O autor não nega seus méritos e intervenções nos problemas de saúde, mas chama a atenção para o reducionismo que esta estrutura pode ocasionar se não atentarmos para identificação dos fatores determinantes do estado de saúde-doença das pessoas e os levarmos em consideração ao definirmos as políticas e os planos de atenção à saúde.

Acrescenta-se aos enfoques da integralidade o conceito de clínica ampliada difundido por Cunha (2005) na discussão sobre o funcionamento da atenção básica. Para o autor, a clínica ampliada está alicerçada na transformação da atenção individual e coletiva em que outros aspectos do sujeito que não apenas o biológico possam ser compreendidos e incorporados pelos profissionais de saúde na prática do cuidado. Considera que a ESF, apesar de seus avanços, reforça a necessidade de discussão e elaboração sobre a prática clínica dos profissionais, pois ainda permanecem em suas condutas os limites e as armadilhas da clínica tradicional, que tende a deslocar a identificação dos diferentes determinantes do processo de adoecer e morrer da população.

Ao orientar a organização dos serviços e a atuação dos profissionais e gestores da área da saúde com base na integralidade é preciso visão da abrangência dos fatores que influenciam as condições de vida das pessoas, o que permitirá identificar as respostas mais adequadas para a resolução das demandas apresentadas, tornando o serviço resolutivo e eficiente proporcionando qualidade de vida aos cidadãos.

2.5 A organização municipal no atendimento à saúde

Compete aos gestores municipais a organização do sistema local de saúde, que deve prever todas as interfaces necessárias para execução do SUS municipal. A lógica de organização dos serviços deve ter por referência um modelo de atenção estruturado em sistemas organizacionais de atendimento, onde os processos de descentralização e a regionalização da assistência possam ampliar as condições de atendimento e consigam superar a fragmentação das políticas e dos programas de atenção à saúde da população e atender os princípios do SUS.

O sistema deve se organizar em três níveis de atenção à saúde: primário (atenção básica), secundário (média complexidade) e terciário (alta complexidade).

Na atenção básica estão previstas todas as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde e tem como principal estratégia de organização a ESF e o PACS, que incorporam todos os programas de saúde que prevêm atendimento às pessoas. Outras áreas de atuações previstas para este nível são a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, a saúde do trabalhador, a assistência farmacêutica e o controle de endemias (BRASIL, 2006c).

Mendes (2002), considerando a experiência do estado do Ceará, constata ser a ESF um modelo de atenção que beneficia a melhoria do acesso aos serviços de atenção básica, as relações das pessoas com a equipe da ESF e dos indicadores de saúde. É um serviço que se constitui como a base dos sistemas integrados de saúde, onde a concepção de sistema é uma rede horizontal integrada, sem hierarquia entre os vários níveis de atenção, mas com distintas funções e densidades tecnológicas, que se integram para a oferta de um cuidado qualitativo (FIG. 3).

Na perspectiva do autor, os sistemas organizados em uma rede integrada de serviços de saúde atuam com um enfoque sistêmico e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos, desenvolvendo intervenções de promoção da saúde, de prevenção de danos, de contenção de riscos evolutivos, de tratamento, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o auto cuidado.

Para dar suporte ao atendimento das condições crônicas, o MS e a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) desenvolveram instrumentos de gestão da clínica, elaborando os protocolos e linhas-guias de atendimento. Além destes instrumentos, oferecem cursos de capacitação para os gestores e profissionais da rede de serviços, preparando-os para exercerem suas atividades.

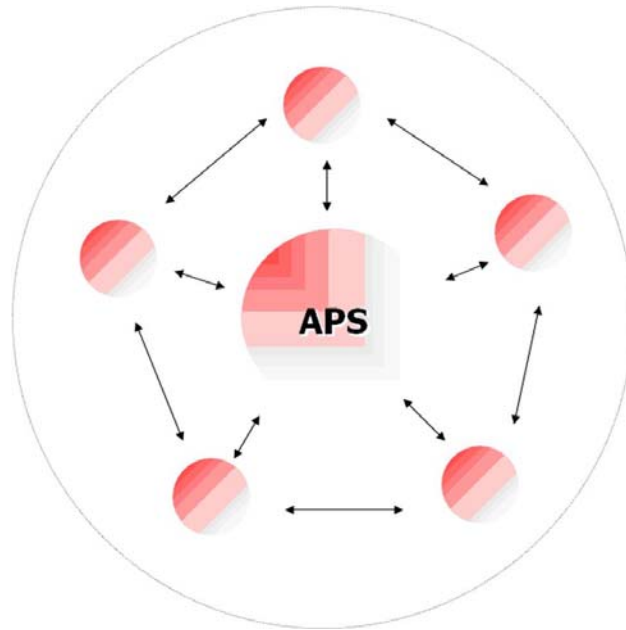


FIGURA 3 - Rede horizontal integrada de serviços de saúde.

Fonte: MENDES, 2002.

A atenção secundária se caracteriza pela organização de uma rede de serviços especializados representados por ambulatórios e hospitais que atendem às especialidades básicas, à urgência e emergência, às clínicas especializadas, às especialidades cirúrgicas e ao hospital-dia. Para o MS, é um nível de atenção que deve estar aberto às demandas da atenção básica, com uma capacidade de resolução das demandas referenciadas evitando o seu agravamento.

O nível terciário é constituído pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade que devem ofertar serviços de patologia clínica especializada, radiodiagnóstico, medicina nuclear, tomografia, hemodinâmica, nefrologia, oncologia, saúde do trabalhador, entre outras. Somam-se a estes atendimentos as altas complexidades em cardiologia, neurocirurgia, oncologia e traumato-ortopedia.

Todos estes níveis devem compor uma rede de atendimento hierarquizado e integrado que segue o princípio da regionalização do SUS e que orienta a descentralização dos serviços de saúde e a pactuação entre os gestores. São instrumentos desta regionalização o Plano Diretor da Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

O PDR tem como propósito organizar hierarquicamente a assistência à saúde, dividindo todos os estados do país em macro e microrregiões de saúde para garantir o acesso aos serviços, a equidade, a integralidade da atenção e a racionalização de gastos e recursos.

Cada região de saúde deve disponibilizar o máximo possível de atendimentos nos três níveis de complexidade, procurando evitar deslocamentos ou atendimentos externos às microrregiões. Exceções são feitas aos casos de maior complexidade.

O fluxo dos usuários dentro da rede de atenção está condicionado às pactuações entre os gestores, sendo que os atendimentos de média e alta complexidade dos municípios de menor porte são pactuados com os municípios que ofertam estes serviços, garantindo desta forma o atendimento em todos os níveis de complexidades à população de todos os municípios, o que configura o sistema de referência e contra-referência (BRASIL, 2006d).

2.6 A avaliação nos serviços de saúde

A implementação do SUS tem sido marcada por avanços e retrocessos na efetivação das políticas de saúde no país. Muitos investimentos têm sido feitos buscando alternativas para reduzir os agravos à saúde da população. Entre eles pode-se observar a reorganização dos serviços em muitos municípios que adotaram os princípios do SUS e implementaram mudanças nas políticas de saúde locais. Investimentos na infra-estrutura da rede física, na contratação de mão de obra qualificada e na sua atualização técnica, na educação permanente dos profissionais, na aquisição de equipamentos e materiais, na liberação dos incentivos financeiros para incremento dos serviços e das equipes de trabalho, em insumos e medicamentos entre outras, tem sido a base da reestruturação dos serviços coordenados pelo MS e pelas secretarias estaduais e municipais de saúde.

Apesar das tentativas de modificação das práticas assistenciais vigentes e ainda com o objetivo de garantir mudanças no modelo de atenção, observa-se, entretanto, que mais investimentos se fazem necessários. Entre as políticas de investimentos para a factibilidade do novo sistema podemos citar o Reforço à Reorganização do Sistema de Saúde (REFORSUS); o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE); o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE); a Política Nacional de Humanização (PNH) conhecido como HUMANIZA SUS e o APRENDER SUS que consiste no compromisso da educação superior com os gestores do SUS, os trabalhadores de saúde, o controle social e as associações de ensino; além dos cursos de especialização para as equipes da ESF entre outros.

Grandes avanços foram alcançados no processo de reorganização dos serviços de saúde e da assistência prestada e permanece a busca por novas e melhores alternativas para produzir saúde. Entre os avanços destaca-se a municipalização, a definição do sistema de

financiamento, a descentralização, hierarquização e a regionalização dos serviços. “Cada contexto político e de gestão de governo permitiu avançar ou definir rumos mais consistentes para as reformas exigidas pelo novo sistema de saúde; só uma análise mais precisa pode dizer o que se alcançou” (BAPTISTA, 2005, p. 37). Esta afirmativa reforça, portanto, a necessidade de se definir estratégias de avaliação dos serviços com vistas a identificar os reais impactos das ações implementadas para garantir saúde à população.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde tem investido na concretização de uma política de avaliação que permita analisar as políticas e programas de saúde no âmbito da atenção básica, visto que a avaliação constitui-se em um componente da gestão na saúde que sustenta os processos de planejamento sendo um importante instrumento de revisão e análise das práticas executadas. Ademais, a avaliação contribui para a reorientação de condutas e direcionamento dos investimentos em novas práticas de atuação, auxiliando na redução dos riscos e agravos à saúde (BRASIL, 2005).

Dentre os focos para avaliação dos serviços de saúde destacam-se aqueles executados na atenção básica, considerada por Mendes (2002) como a porta de entrada preferencial do SUS e ponto de comunicação da rede de serviços dentro de um sistema integrado de saúde. Starfield (2002) propõe para a avaliação deste nível a análise de estruturas e processos de atenção baseado em quatro elementos. O primeiro contato, que está relacionado ao acesso facilitado e à referência de orientação para o usuário em situação de doença; o caráter coordenador ou integrador, que está relacionado à continuidade da assistência, articulada com os outros níveis de atenção, caracterizando o sistema de referência e contra-referência e a articulação entre os profissionais de todos os níveis que devem compartilhar as informações sobre o usuário; a integralidade, compreendida como a capacidade de oferecer uma variedade de serviços para suprir as necessidades mais frequentes da comunidade; e a longitudinalidade, caracterizada pelo aporte regular de cuidados ofertados pela equipe de saúde e pela relação mútua que se estabelece entre os profissionais e os usuários ao longo do tempo, considerando seu contexto de vida.

Contandriopoulos *et al.* (2002) referem-se à avaliação como um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisões e afirmam que existe uma considerável necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia dos serviços de saúde. Relatam que os objetivos de uma avaliação podem ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os atores ou por apenas alguns. Os objetivos oficiais são descritos como: estratégicos, considerados como aqueles que ajudam no

planejamento e elaboração de uma intervenção; formativos, que fornecem informação para melhorar a intervenção; somativos, que determinam os efeitos de uma intervenção e decidem se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida e os objetivos, fundamentais que contribuem para o progresso dos conhecimentos. Afirmam que devem ainda ser considerados os objetivos oficiosos dos diferentes atores (administradores, avaliadores, usuários e pessoal de uma organização) que são muitas vezes implícitos e procuram traduzir os interesses individuais ou de grupos, diferenciando-se dos interesses institucionais ou mesmo do coletivo.

Na perspectiva destes autores, a pesquisa avaliativa analisa a pertinência de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto em que ela se situa para auxiliar na tomada de decisões.

No processo avaliativo outro enfoque a ser considerado está relacionado com a integralidade da atenção, aqui retomado na perspectiva

[...] de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2006, p. 69).

A idéia de rede assistencial baseada nos sentidos da integralidade tem por foco a qualidade do cuidado a ser ofertado à população. Este por sua vez está vinculado às relações estabelecidas pelas pessoas dentro das organizações, constituindo o espaço da micropolítica. Este é explicitado por Franco (2006, p. 459) como aquele que caracteriza “o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra”. Ainda para o autor, um planejamento fora dos padrões normativos favorece “a formação de microrredes no interior das organizações, é eficaz na condução de projetos, colocando em segundo plano o funcionamento com base nas formações estruturais da organização”, produzindo no espaço micropolítico o trabalho vivo e o cuidado qualificado (MENDES, 2008).

No texto *Os fundamentos da construção do SUS*, Mendes (2008) aborda em seu livro *SUS: Mudar para Avançar* o desenho de redes de atenção à saúde que “devem configurar-se em desenhos institucionais, que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde [...] e faz-se sobre os territórios sanitários”. Esclarece que os pontos de atenção são os nós da rede de saúde, constituindo-se nos locais que prestam os serviços de saúde (unidades básicas, domicílios, hospitais, serviços especializados, entre outros). Estes devem estar em equilíbrio com o critério de acesso aos serviços que se concretizam pela organização de uma rede de serviços com base nos conceitos de integração horizontal e vertical. A integração horizontal tem por objetivo a fusão e a aliança estratégica

dos serviços e a integração vertical baseia-se na organização de um sistema de informação e atenção fluído entre as diferentes unidades produtivas da rede (atenção básica, média e alta complexidade).

Ainda para o autor as redes de atenção se estruturam em cinco componentes, quais sejam:

- os pontos de atenção à saúde, que são os lugares institucionais que ofertam determinados serviços;
- o centro de comunicação, no qual se coordenam os fluxos e contra-fluxos do sistema de serviços de saúde, constituído pelo ponto da atenção primária que deve exercer o papel resolutivo, o papel organizador e o papel de responsabilização pela saúde da população;
- os sistemas de apoio, responsáveis pela prestação de serviços comuns a todos os pontos de atenção da rede de saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico e da assistência farmacêutica;
- os sistemas logísticos, representados pelas soluções tecnológicas com base nos sistemas de informação e que garantem a organização racional dos fluxos e contra-fluxos de informações, produtos e usuários nas redes de atenção à saúde;
- os sistemas de gestão das redes, que representam o arranjo organizativo interinstitucional para a governança de todos os componentes das redes de atenção à saúde de forma cooperativa entre os vários atores sociais, para obter resultados sanitários efetivos e eficientes nas macro e microrregiões de saúde.

Nesta lógica de organização, pretende-se que os serviços de saúde alcancem um dos seus principais objetivos: a qualidade da atenção. Starfield (2002, p. 419) atribui como qualidade da atenção o “quanto as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde”. Para a autora, os “serviços de saúde de alta qualidade” devem ofertar além do diagnóstico das doenças e seu tratamento, medidas que favoreçam a prevenção de doenças futuras e a promoção do estado de saúde das pessoas e populações.

Ainda dentro do enfoque da avaliação da qualidade dos serviços de saúde, Pereira (1995) e Brasil (2005) apresentam o modelo de avaliação proposto por Donabedian que se

baseia na teoria dos sistemas que considera como categorias de análise a estrutura de funcionamento dos serviços, o processo da atenção ofertada e os resultados alcançados.

A avaliação da estrutura está relacionada aos insumos e à infra-estrutura utilizados nos serviços para o cuidado da saúde, constituída pelos recursos humanos, materiais, financeiros e organizacionais (capacitação dos profissionais, número de unidades de saúde, capacidade instalada da rede de atendimento, organização normativa, entre outros). Para se analisar as estruturas dos serviços, são utilizados padrões de comparação que se constituem nos parâmetros de referência. Os dados encontrados são comparados com este padrão. É uma medida de fácil realização e obtenção de dados, mas não pode determinar a qualidade do resultado final, pois está sujeito à intervenção de muitos fatores, requerendo cuidados criteriosos para sua análise. Boas infra-estruturas de trabalho não estão diretamente associadas a serviços de qualidade.

Na avaliação do processo considera-se a utilização dos procedimentos e ações necessárias para o manejo dos casos atendidos pelos atores dos serviços e os efeitos positivos alcançados, revelados por uma assistência de qualidade e pela economia de recursos, evitando gastos desnecessários. Como parte integrante do processo, consideram-se as intervenções e a interação entre usuários e profissionais. Os padrões de comparação nesta avaliação são estabelecidos pelas normas, rotinas, protocolos de atendimento e pelo uso de indicadores e critérios de avaliação.

A verificação do processo ocorre no nível individual (verificação caso a caso) mediante auditorias e comissões (comparação de coeficientes e médias) e por meio de indicadores de processo. Neste último são utilizados vários indicadores que reflitam os procedimentos de atenção à saúde, como o de internações por CSAA utilizado neste estudo. A avaliação do processo apresenta certa limitação no tocante às investigações causais, quando realizada em curto espaço de tempo, mas se observa que ela tende a melhorar a qualidade da assistência, pois contribui para a avaliação por parte dos profissionais sobre a prestação dos serviços prestados.

A terceira categoria proposta por Donabedian para avaliação da qualidade dos serviços é a avaliação dos resultados que significa saber o que ocorre com as pessoas, após receberem o atendimento dos serviços de saúde. Nesta etapa são avaliados os efeitos dos procedimentos e das ações desenvolvidas pelas equipes de trabalho. São considerados para sua análise dois aspectos: o grau de satisfação dos usuários e os níveis de saúde/doença das pessoas da coletividade identificados pelos indicadores de saúde.

A satisfação dos usuários está relacionada à capacidade e qualidade da resposta do serviço à demanda por ele apresentada, podendo ser avaliados os mais diversos aspectos deste atendimento, considerando ainda as respostas positivas e negativas dadas aos usuários. A satisfação pode se restringir ao processo de atendimento ou englobar os resultados do próprio atendimento. Para Starfield (2002, p. 420), “a satisfação nos serviços não é, em si, uma medida de qualidade da atenção”, mas indiretamente está relacionada, pois “influencia a busca de determinados tipos de serviços que interferem no estado de saúde” das pessoas e da comunidade.

Os níveis de saúde/doença podem ser identificados pela utilização dos indicadores de saúde, notadamente os de morbidade e mortalidade que medem os impactos das ações dos serviços de saúde no estado de saúde da população (PEREIRA, 1995). Alguns aspectos devem ser considerados ao fazer a avaliação dos resultados para se neutralizar as variáveis de confusão. Deve-se fazer o controle do confundimento, considerando que a saúde é resultado de múltiplos fatores e para uma análise mais acurada é necessário ser feito o ajuste dos dados. Deve-se considerar a severidade dos problemas de saúde, utilizando escalas de risco que permitam avaliar a severidade dos casos. Outro aspecto a ser considerado é a avaliação de resultados e classe social, haja vista que inúmeras pesquisas têm apontado para a associação de classe social e saúde. O último aspecto a ser considerado é a relação entre quantidade e qualidade: o efeito volume, pois mais uma vez as pesquisas apontam que muitos procedimentos técnicos alcançam maiores resultados quando realizados em maior número, pois melhoram a habilidade profissional.

A limitação desta avaliação está na escolha dos melhores indicadores para expressar os resultados, considerando a variedade de indicadores utilizados e a falta de consenso sobre qual é o mais adequado para avaliação. Mesmo assim possibilita a identificação de deficiências na atenção prestada, possibilitando intervenções precoces na cadeia de acontecimentos por permitir atuação na estrutura, no processo, ou em ambos, reduzindo a ocorrência de resultados desfavoráveis e melhorando a qualidade dos serviços.

Considerando este enfoque será abordado a seguir sobre os indicadores de saúde como instrumentos de avaliação dos serviços de saúde.

2.6.1 Indicadores de saúde: instrumentos para avaliação da gestão na atenção em saúde

O desenvolvimento de indicadores de saúde como instrumentos de avaliação revela-se como uma importante medida do estado de saúde da população, contribuindo na compreensão dos determinantes do processo saúde/doença. Para a Organización Panamericana de la Salud (2001), os indicadores consistem em medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde e o desempenho do sistema de saúde, devendo refletir a situação sanitária de uma população e servir de vigilância para as condições de saúde.

Há várias décadas, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo sistemas nacionais de informação com dados referentes a atendimentos hospitalares, ambulatoriais, nascimentos, óbitos, doenças transmissíveis, procedimentos executados na atenção básica e outras informações. Estes sistemas revelam as atividades realizadas nos serviços de saúde em todo o país, voltando sua análise para os aspectos qualitativos, o que tem gerado algumas pesquisas sobre o tema.

Dentre os vários instrumentos existentes para avaliar os serviços de saúde, um dos indicadores atualmente utilizados como estratégia para o monitoramento do acesso aos serviços e da qualidade da atenção primária é o das hospitalizações por CSAA.

Mendes (2002) e Homar e Matutano (2003) têm demonstrado em seus estudos que o indicador de CSAA pode ser um importante instrumento de avaliação da capacidade de resolução dos problemas de saúde no nível da atenção primária, uma vez que este indicador permite fazer uma medida indireta da capacidade de resolução da atenção básica para aqueles agravos que são evitáveis.

A inquietação em relação à prevalência das CSAA está relacionada ao fato de existirem recursos tecnológicos comprovadamente eficazes para se fazer intervenções precoces em vários desses agravos, reduzindo as incidências destas patologias. Entre os recursos atualmente disponíveis, podem ser citados: a distribuição de imunobiológicos, a oferta de tratamentos para a tuberculose, hipertensão, doenças respiratórias agudas e a ampliação da oferta de exames laboratoriais especializados, entre outros, que, utilizados de forma oportuna e efetiva, podem reduzir os riscos de internações e complicações por CSAA.

2.6.2 O indicador internações hospitalares por CSAA como medida de eficiência da atenção básica

O indicador de internações por CSAA, como já descrito anteriormente, é um indicador proposto para medir a capacidade de resolução da atenção básica para os agravos evitáveis. Homar e Matutano (2003) o definem como um indicador de morbidade hospitalar que se constitui como uma alternativa indireta para se medir a efetividade dos serviços de atenção primária, incorporando a avaliação de outras dimensões destes serviços como qualidade da atenção, acesso e atenção continuada. Perpétuo e Wong (2006, p. 2) descrevem-no como “um conjunto de doenças que se abordadas de maneira apropriada, tanto em termos de promoção e prevenção, quanto de tratamento precoce e acompanhamento ambulatorial, dificilmente progrediriam a ponto de exigir internação”.

Com este indicador podem ser identificadas as internações desnecessárias atendidas em nível terciário passíveis de acompanhamento e resolução, em sua maioria nas UBS. Estudos relacionados às condições sensíveis têm relevância uma vez que se constata que a população mais afetada por estes agravos está nos extremos da idade (crianças e idosos) e que muitas vezes sua ocorrência está relacionada à maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Para Homar *et al.* (2002), no caso das CSAA, tem sido identificada uma estreita relação entre a efetividade da atenção básica e o acesso aos serviços de saúde com a redução das taxas de internações hospitalares. Como indicador de acesso e qualidade da atenção básica tem sido estudado por vários autores internacionais que estão atentos aos fatores que podem interferir na sua interpretação e que estão relacionados às características clínicas dos pacientes, à variedade das práticas clínicas utilizadas nos hospitais e às políticas de admissão dos serviços de saúde. Uma estratégia utilizada para redução destas interferências foi a seleção dos problemas de saúde considerados como internações sensíveis que resultou em uma lista de doenças que são adotadas internacionalmente.

No Brasil, estes estudos ainda são recentes, mas o indicador CSAA tem sido utilizado como estratégia de monitoramento dos serviços de atenção básica. Para Perpétuo e Wong (2006), o indicador CSAA guarda uma estreita relação com a idade, atingindo principalmente suas faixas extremas, os menores de cinco anos e a população acima de 55 anos. As causas mais frequentes destas internações no Estado são a pneumonia bacteriana, a gastroenterite, a asma, a insuficiência cardíaca, bronquite e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Oliveira (2007, p. 19) aponta este indicador como um dos instrumentos para

analisar a extensão e qualidade destes serviços e seus impactos sobre os demais níveis de assistência à saúde. No Quadro 1 é apresentada a lista dos 19 grupos de patologias consideradas condições sensíveis que foram estudados por Perpétuo e Wong (2006).

QUADRO 1 - Lista de códigos da CID BR-10 considerados como CSAA por categoria de diagnósticos de internação.

Categoria Definida	Códigos da CID BR-10
Pneumonias bacterianas	J13, J130, J14, J140, J153, J154-J153, J158-J159, J180-J189
Gastroenterites	A000-A020, A029, A030-A039, A048-A049, A050-A059, A060, A069, A071, A080-A085, A09, A090
Insuficiência cardíaca	I500-I509, J81, J810
Asma	J450-J459, J46, J460
Saúde mental	F100-F199, F200-F100-F199, F200-F209, F21, F210, F220-F239, F24, F240, F250-F259, F28, F280, F29, F290, F300-F388, F39, F90
Hipertensão	I10, I100, I110-I119, I200-I209
Diabetes	E100-101, E110-E111, E120-E121, E130-E131, E140-E141, E102-E108, E112-E118, E122-E128, E132-E138, E142-E148, E109, E119, E129, E139, E149
Desidratação	E86, E860
Desnutrição e deficiências nutricionais	E40, E400, E41, E410, E42, E420, E43, E430, E440-E441, E45, E450, E46, E460, E500-E509, E511-E519, E52, E520, E530-E539, E54, E540, E550-E559
Infecção de pele e subcutâneo	L010-L089
Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	N700-N739, N750-N768
Convulsão por epilepsias	G400-G409
Hipertensão gravidez/eclâmpsia	O100-O110, O11, O110, O13, O130, O140-O159, O16, O160
Anemia por deficiência de ferro	D500-D509, D510-D539
Doenças imunizáveis e infecciosas preveníveis	B050-B059, A370-A379, A360-A369, A33, A330, A34, A340, A35, A350, G000, A150-A153, A160-A162, A170, I00, I000, I010-I029
Infecções agudas das vias aéreas superiores	J00, J000, J010-J019, J020-J029, J030-J039, J060-J069, H660-H669
Sífilis (inclui congênita)	A500-A509, A510-A539
Bronquite e doença pulmonar obstrutiva crônica	J200-J219, J310-J312, J40, J400, J42, J420, J410-J410, J430-J439, J440-J449, J47, J470
Infecções do rim e do trato urinário	N10, N100, N110-N119, N12, N120, N120, N159, N390

Fonte: PERPÉTUO; WONG, 2006.

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais publicou em dezembro de 2006 a Resolução n. 1.093, onde define a lista de 38 patologias que compõem o indicador ‘internações hospitalares por CSAA’ a ser utilizado nas pactuações estaduais e municipais no atendimento da atenção básica, esteja esta estruturada ou não na modalidade da ESF. Portanto, compreender como os serviços estão estruturados ou se estruturando para oferecer atendimento às necessidades de sua clientela pode ser útil na redefinição das políticas de

atenção à saúde que contribuam para o desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados (MINAS GERAIS, 2006a).

2.7 A Estratégia Saúde da Família e a atenção às internações hospitalares por CSAA

A APS no Brasil tem a ESF como um dos recursos idealizados para a efetivação do processo de mudança do modelo assistencial até então vigente. Propõe a integração e reorganização da assistência à saúde na atenção básica utilizando como elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção os princípios do SUS, notadamente o da integralidade. Este princípio entre os seus múltiplos conceitos é descrito por Pinheiro (2004, p. 15) como

[...] um traçador importante de inovações na gestão do cotidiano da saúde, na medida em que constitui um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos, a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde [...] é o amálgama dos demais princípios do SUS e fundamenta o cuidado como uma tecnologia da saúde.

A integralidade tem sido atualmente a tônica da organização dos serviços de saúde no SUS sendo que a

[...] literatura internacional tem considerado como seus atributos o acesso, a capacidade dos profissionais de perceber os usuários em suas dimensões biopsicossociais, a articulação da equipe multiprofissional nos serviços, a oferta de serviços que compreendam desde a promoção da saúde à reabilitação de seqüelas e a possibilidade de articulação de serviços em níveis crescentes de sofisticação tecnológica para resolução dos problemas da população (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2006, p. 61).

Para o autor, no Brasil o conceito de integralidade está associado à luta pelos direitos sociais, às desigualdades sociais, econômicas e culturais, à insuficiência das redes assistenciais, ao sistema de gestão centralizado e ao descompasso entre necessidade de atenção e serviços disponíveis.

Com vistas ao atendimento destes pressupostos, a atuação das equipes da ESF foi concebida como estratégia estruturante do SUS municipal, o que tem contribuído para a redução dos índices de internação hospitalar em menores de um ano, para o incremento da assistência pré-natal e das consultas de pediatria, clínica médica e ginecologia além da cobertura vacinal. O mesmo não se observa, porém, nos dados de “morbidade hospitalar, da mortalidade infantil e materna e do pacto de indicadores de atenção básica” (MENDES, 2002, p. 45).

Entre os indicadores da efetividade da APS encontra-se o indicador da atenção hospitalar por CSAA. Dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde (TAB. 11, p. 87) identificaram os índices das CSAA na área de abrangência do Estado, no período de 2002 a 2005, revelando uma redução gradativa do número total de casos a cada ano. As afecções definidas por este indicador podem ser reduzidas ou evitadas com uma atenção primária que ofereça serviços efetivos, de qualidade e que adote a integralidade como eixo estruturante da organização dos serviços de saúde. Esta tem sido uma das prioridades de investimento do MS e da SES/MG, nos últimos anos. Nesta diretriz foi instituído o Programa Saúde em Casa, um dos projetos estruturadores do governo do Estado que pretende investir na qualificação do atendimento da atenção básica o que poderá impactar na redução das CSAA.

Visando contribuir com a qualidade da APS, a SES/MG elaborou em 2004 a norma técnica n. 17/P, que previa como uma das metas da ESF o monitoramento das CSAA por todas as secretarias municipais de saúde (MINAS GERAIS, 2004). Esta norma baseou-se na lista americana das CSAA, elaborada por Bárbara Starfield, acrescentada das condições relativas às doenças mentais, elaborada pela secretaria municipal de saúde de Curitiba.

A resolução SES/MG n. 1.093, de 29 de dezembro de 2006, avança na definição do monitoramento das CSAA e estabelece a lista de condições que compõem o indicador Internações Sensíveis a Atenção Ambulatorial, definindo 38 doenças que serão consideradas na avaliação da efetividade dos serviços de atenção básica (BRASIL, 2006e). Esta relação foi elaborada tendo como referência a lista de códigos do CID BR-10.

Ao estudar os dados sobre as CSAA em Minas Gerais, Perpétuo e Wong (2006) constataram um alto risco de internação em menores de quatro anos e nos extremos da idade, a partir dos 54 anos. As mesmas autoras, ao analisarem as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) pelo SUS, no período de 1998 a 2004, constataram que os coeficientes de internação sensível no Estado já representaram mais de 60% das internações em menores de quatro anos e que estes percentuais têm-se reduzido desde o ano de 2002. Apesar da clara tendência à redução, os menores de um ano e a população mais idosa têm apresentado maiores risco de internação.

Dados fornecidos pela Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES/MG evidenciam uma redução das internações sensíveis no Estado a partir do ano de 2002, representando 37,5% do total das internações hospitalares. Em 2005, este percentual foi de 33,3%, sendo considerado elevado para os padrões internacionais de referência (PERPÉTUO; WONG, 2006).

As condições sensíveis também têm sido estudadas em outros países tendo seu início nos Estados Unidos com a professora Bárbara Starfield. Outra pesquisadora do assunto é a professora Josefina Caminal Homar, da Universidade de Barcelona, na Espanha. Estas estudiosas recomendam que cada região elabore os seus próprios indicadores por CSAA tendo por referência as realidades e necessidades de cada local.

No Brasil, ao analisar os dados das internações hospitalares do ano de 2001, Mendes (2002) verificou que as internações sensíveis significaram 33,8% do total das internações hospitalares do SUS em todo o país, excetuando aquelas por parto. Isto representou um gasto de cerca de 20,0% do total das internações hospitalares naquele ano, no valor de 1.036 bilhões de reais. O autor observou ainda que o maior número das internações ocorreu em hospitais com menos de 50 leitos (50,7 a 55,3%), cujos gastos representam em torno de 49,0 a 55,3% dos gastos com internações. De um modo geral, estes hospitais estão localizados em municípios de pequeno porte.

A nota técnica n. 17/P da SES/MG registrou 401.544 internações por CSAA, em 2002, dentre as 1.280.776 internações hospitalares pelo SUS no Estado, representando 37,5% do total de internações daquele ano. As despesas registradas com estes agravos foram de R\$ 150.055.872,00, o que significou 30,1% do valor global das internações no ano. Em 2006, o número de internações sensíveis foi de 331.223 casos para um total de 1.213.788 internações, representando 33,3% do total de internações hospitalares. Os gastos com estes procedimentos no período foram na ordem de R\$ 166.171.568,15 (MINAS GERAIS, 2004).

Para Mendes (2002), estas internações estão determinadas pela baixa resolutividade da atenção básica e pela variação do tamanho dos hospitais, que procuram garantir a ocupação de todos os leitos, utilizando toda a cota de AIH como recurso para cobrir os custos fixos, independentes da real necessidade de atendimento da clientela atendida.

Em Minas Gerais, no ano de 2002, os hospitais com até 30 leitos responderam por 48,2% das internações; de 31 a 50 leitos, por 43,0%; de 51 a 100 leitos, por 36,4%; de 101 a 200 leitos, por 28,0%; de 201 a 300 leitos, por 17,2%; de 301 a 400 leitos, por 16,2%; de 401 a 500 leitos por 10,9% e com mais de 500 leitos por 10,8% (MINAS GERAIS, 2004).

Considerando que a atual política de assistência à saúde no país nos últimos anos tem priorizado o investimento e a reorganização da APS, chama a atenção o fato destes agravos, continuarem sem uma resolução mais efetiva neste nível de atenção em muitos municípios do Estado.

A avaliação da efetividade das ações na atenção primária, entendida por Pereira (1995) como uma medida de verificação da qualidade dos procedimentos das ações de saúde,

ainda se constitui em um desafio para os profissionais e gestores do nível local. A baixa efetividade e resolutividade, no nível primário, dos agravos à saúde que estão em sua área de abrangência refletem diretamente no atendimento dos níveis secundários e terciários de atenção, aumentando o custo operacional dos serviços e onerando ainda mais os cofres públicos com procedimentos que poderiam ser equacionados na APS e reduzindo a possibilidade de investimento em outras estratégias de qualificação da rede de atendimento.

Considera-se que o indicador das CSAA pode ser utilizado para a realização de pesquisas avaliativas sobre os serviços prestados na microrregião, o que para Contandriopoulos *et al.* (2002) permite uma análise dos efeitos que avaliam a influência dos serviços sobre os estados de saúde da população.

Introjetar um “olhar avaliador” em cada um dos profissionais de saúde para que a avaliação se concretize no cotidiano de todos os processos de trabalho e em todos os níveis de atenção à saúde traduz-se em uma estratégia fundamental na qualificação da gestão dos serviços, servindo de orientação para o planejamento das práticas de trabalho que contemplem os princípios da universalidade, equidade, integralidade e acessibilidade previstas para o SUS (BRASIL, 2005, p. 8).

2.8 A organização da rede de serviços para o atendimento ao usuário

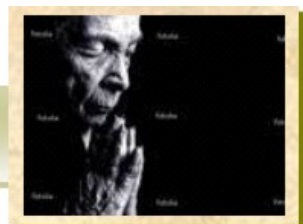
Ao longo dos últimos anos, tem sido impulsionada gradualmente a municipalização que responsabiliza os municípios pela gestão e regulação de todos os serviços que são disponibilizados em seu território. Estas condições estão previstas nas NOB 93 e 96, que posteriormente foram complementadas pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/02), passando por nova regulamentação em 2006, com a aprovação do Pacto pela Saúde.

Nestas regulamentações, ao gestor municipal é conferida a responsabilidade pela organização da atenção básica de saúde, a organização, execução e garantia de acesso para a população a todos os demais níveis de atenção à saúde, além do controle da qualidade dos serviços prestados. A oferta destes atendimentos se concretiza pelos processos de organização da rede de atenção do sistema de saúde, mediada por instrumentos de gestão como o PDR e a PPI.

A adoção da ESF pelos sistemas municipais constitui-se atualmente em um recurso de reorganização dos serviços de atenção básica e a ela é creditada a viabilidade de execução das ações de vigilância à saúde e controle das patologias inerentes a este nível de atenção. Os

gestores municipais têm encontrado dificuldades para dar resolutividade à atenção básica e viabilizar o atendimento dos usuários dos serviços nos níveis secundários e terciários. Este processo tem contribuído para descaracterizar as proposições das normas operacionais do SUS, comprometendo a gestão do sistema e dificultando ainda mais o acesso aos serviços, afetando a integralidade da assistência (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Percurso metodológico



3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Abordagem teórico-metodológica

Este trabalho caracteriza-se como um estudo de natureza qualitativa, apresentado por Minayo (2004), como aquele capaz de incorporar o significado e a intencionalidade, inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. A mesma autora defende esta linha de pesquisa para a área da saúde, por considerar

[...] que a saúde não é um campo separado das outras instâncias da realidade social, [...] sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático, sobre a saúde e a doença, sobre a institucionalização, a organização, a administração, e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde (MINAYO, 2004, p. 13).

Leopardi (2002) define a pesquisa qualitativa como aquela na qual se tenta compreender um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam e no contexto social onde o evento ocorre e apesar de exigir um tempo maior de observação, permite ao pesquisador não se prender a pré-julgamentos e pressupostos.

Realizou-se um estudo de caso e Yin (2005, p. 20-34) descreve este método como sendo aquele que

[...] permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significados dos acontecimentos da vida real - tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, [...] estratégia de pesquisa que compreende um método que abrange tudo - tratando da lógica do planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas à análise dos mesmos, [...] uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos [...] e que têm lugar de destaque na pesquisa de avaliação.

Ainda na perspectiva do autor, o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa utilizada para o conhecimento dos fenômenos relacionados aos indivíduos, às organizações, aos aspectos sociais, políticos e de grupos, que possibilitam discussões e debates e quando aplicados à pesquisa precisam se preocupar com a apresentação justa e rigorosa dos dados. Neste sentido, a estratégia do estudo de caso permitiu atender aos objetivos deste estudo.

Triviños (1987, p. 111) destaca que “os resultados obtidos com estudo de caso são válidos somente para o caso que se estuda, permitem a formulação de novos problemas e o encaminhamento de outras pesquisas”.

O trajeto metodológico proposto para identificar as causas das internações hospitalares por condições sensíveis, o acesso, a organização e a resolutividade dos serviços teve como fundamento os critérios da pesquisa exploratória. Triviños (1987, p. 109) refere-se a este tipo de pesquisa como aquela que permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema partindo de uma hipótese e aprofundar seu estudo nos limites de uma realidade específica buscando antecedentes e maiores conhecimentos para, em seguida, planejar uma pesquisa descritiva ou de tipo experimental. Para Yin (2005, p. 24), o estudo de caso pode ser utilizado para descrever ou testar proposições e se constituem também em uma estratégia de pesquisa exploratória. Neste aspecto, as questões da pesquisa exploratória têm como objetivo o desenvolvimento de hipóteses e proposições pertinentes ao que se deseja investigar.

3.2 Cenário do Estudo

O estado de Minas Gerais encontra-se dividido em 13 macrorregiões de saúde que se subdividem em 75 microrregiões de acordo como o PDR estadual (FIG. 4). Entre estas se encontra a microrregião de saúde de Coronel Fabriciano (FIG. 1, p. 36) onde foi realizada a pesquisa.

A microrregião faz parte da macrorregional leste de saúde, que por sua vez está dividida em sete microrregiões (Caratinga, Coronel Fabriciano, Governador Valadares, Ipatinga, Mantena, Resplendor, Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista) (FIG. 5).

A microrregião de saúde localiza-se na área de abrangência da Gerência Regional de Saúde (GRS) de Coronel Fabriciano, a 210 km de Belo Horizonte, na região do Vale do Aço, no leste de Minas Gerais. Seu território abrange sete municípios: Antônio Dias, Coronel Fabriciano, Córrego Novo, Jaguarapu, Marliéria, Pingo D'Água e Timóteo (FIG. 1, p. 36). A população é composta de 208.340 habitantes (MINAS GERAIS, 2007) conforme dados apresentados na Tabela 2.

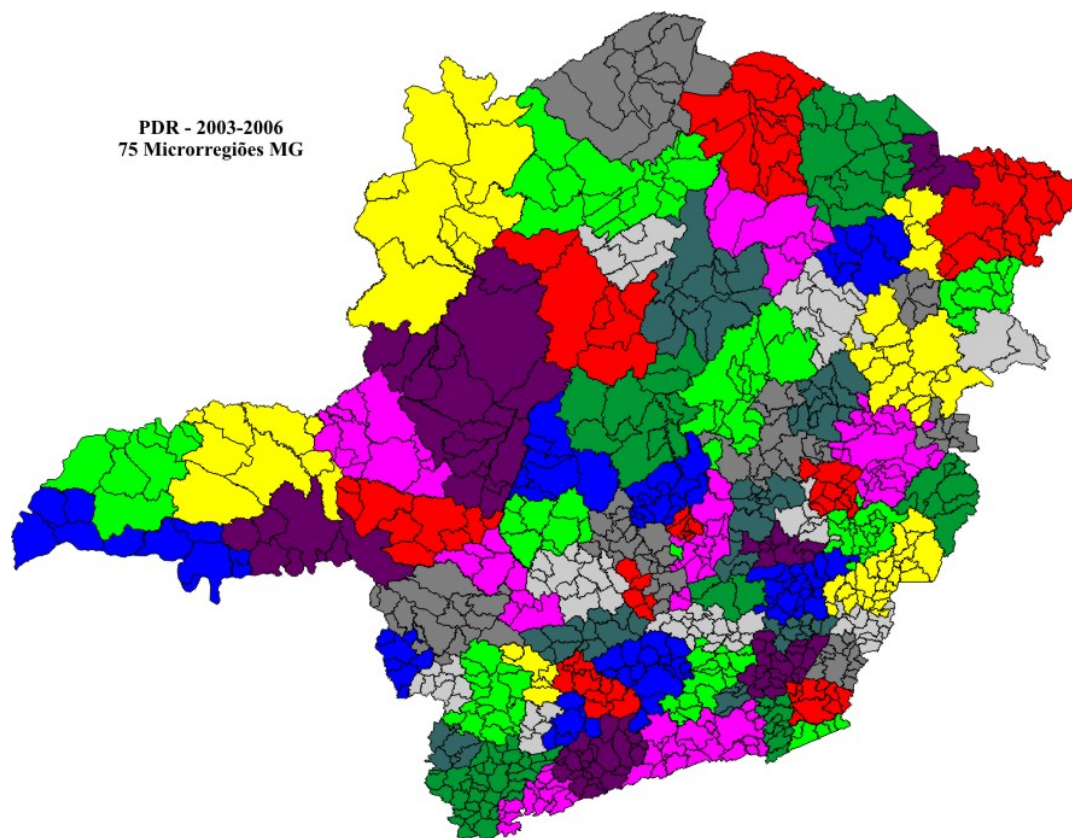


FIGURA 4 - Microrregiões de saúde do estado de Minas Gerais.

Fonte: MINAS GERAIS, 2007.

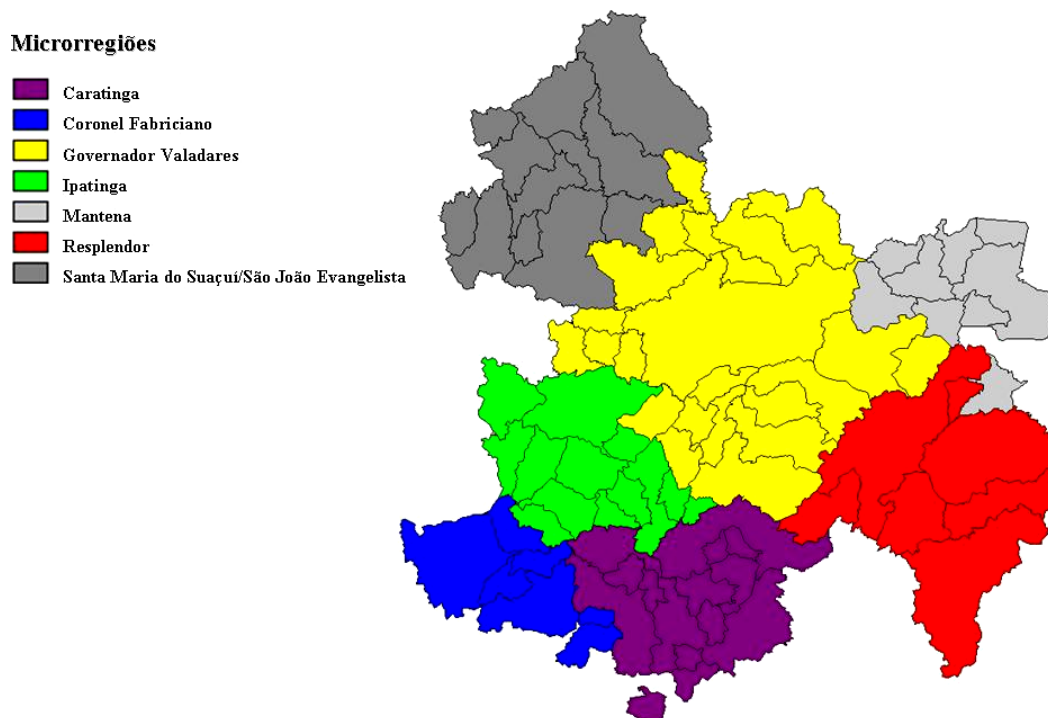


FIGURA 5 - Macrorregião leste de saúde.

Fonte: MINAS GERAIS, 2007.

TABELA 2
Municípios da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2007.

Município	População
Minas Gerais	19.278.265
Microrregião	208.340
Antônio Dias	10.214
Coronel Fabriciano	103.724
Córrego Novo	3.485
Jaguarapu	2.924
Marliéria	4.360
Pingo-D'Água	3.898
Timóteo	79.735

Fonte: Dados compilados pela autora (MINAS GERAIS, 2007).

A microrregião faz parte do conglomerado da região metropolitana do Vale do Aço e sua principal atividade econômica está associada às empresas siderúrgica da USIMINAS, Cenibra e AcelorMittal (antiga ACESITA), constituindo-se na segunda maior concentração urbano industrial do Estado (COSTA; COSTA, 2000).

A decisão de realizar a pesquisa neste local esteve vinculada às observações da pesquisadora sobre o funcionamento dos serviços municipais de saúde durante as supervisões técnicas da Coordenadoria de Atenção Básica da GRS de Coronel Fabriciano nos municípios da sua área de abrangência. Durante as supervisões foram identificadas deficiências na organização dos serviços locais de atenção básica que apresentavam ações fragmentadas e desarticuladas dos demais níveis de atendimento, representadas principalmente pelas dificuldades dos profissionais de saúde em conseguir melhorar os indicadores de saúde pactuados.

A opção pelo estudo em uma microrregião de saúde ocorreu em função da extensão da área de abrangência da GRS, que tem 34 municípios em seu território, o que não permitiria avaliar as CSAA em todos eles, além do apoio recebido pelos gestores municipais para realização do estudo. O projeto de pesquisa foi apresentado aos gestores municipais na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) microrregional de Coronel Fabriciano ocorrida em 6 de março de 2007, na sede da GRS de Coronel Fabriciano. Na ocasião foram assinadas as autorizações institucionais permitindo o estudo nas unidades de saúde municipais, atendendo assim às exigências da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Como critério de inclusão, foi considerada a avaliação de todos os serviços de atenção básica dos municípios da microrregião que estão cadastrados para atendimento na

modalidade da ESF, considerada como modelo estruturador da organização dos serviços no primeiro nível de atenção.

3.3 Sujeitos da Pesquisa

O critério adotado para a definição dos participantes da pesquisa considerou a inclusão de todos os gestores municipais de saúde, os ACS, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem dos serviços envolvidos com o atendimento da ESF que atuavam nas 14 unidades de saúde dos municípios da microrregião de Coronel Fabriciano que concordaram em participar da pesquisa. Recusaram-se a participar uma enfermeira e três ACS (TAB. 3).

TABELA 3
Gestores e profissionais do serviço de atenção básica dos municípios da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2007.

Profissionais	Número
Gestores Municipais de Saúde	7
Agentes Comunitários de Saúde	25
Enfermeiros	13
Médicos	14
Técnicos de Enfermagem	14
TOTAL	73

Fonte: Questionário elaborado pela autora, aplicado aos gestores e profissionais do serviço.

Para os ACS, foi adotado o critério de saturação, tendo em vista o número de agentes cadastrados (TAB. 1, p. 35). Turato, Fontanella e Ricas (2008, p. 17) definem o fechamento amostral por saturação quando as “informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados”.

Durante o levantamento dos dados, este critério foi cumprido durante as entrevistas realizadas no segundo município pesquisado. Considerando a possibilidade de novas abordagens em função do universo de ACS (77), optou-se por entrevistar mais um ACS no restante dos cinco municípios e observar a ocorrência de repetição de respostas. Na entrevista com o primeiro ACS do terceiro município ocorreu a repetição das respostas, confirmando a saturação das informações. Foram entrevistados ACS de seis municípios, pois, em um deles, todos haviam sido demitido por não terem sido aprovados no concurso público local.

O perfil dos sujeitos da pesquisa foi delineado a partir da utilização da estatística descritiva simples para obtenção de média e frequência dos dados levantados nos formulários.

3.4 Coleta de dados

A condução do estudo de caso definido por Yin (2005) tem como fonte de evidências de coleta de dados entre outras a documentação, os registros em arquivos e entrevistas, que foram utilizados neste estudo.

Para o levantamento dos dados foram utilizados formulários (APÊNDICE A) e entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE B) que constituíram a fonte primária de informação. Triviños (1987, p. 146) define a entrevista semi-estruturada como aquela que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação, com vistas a identificar os serviços de saúde, sua estrutura organizacional e a assistência recebida nos serviços de atenção básica por parte dos usuários. Os dados desta etapa foram coletados no período de julho a setembro de 2007.

Como fonte secundária de informação, foram utilizados os registros em arquivo do banco de dados sobre os casos de internações hospitalares por CSAA da SES/MG e da GRS de Coronel Fabriciano, que se encontram disponíveis para consulta pública através da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES/MG. As informações foram utilizadas para identificação da prevalência das internações por condições sensíveis no estado de Minas Gerais e na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano no período de janeiro de 2004 a setembro de 2007, servindo de referência para a identificação das causas destes agravos nos municípios da microrregião. Apesar do enfoque deste estudo estar voltado para os serviços de atenção básica estruturados com a ESF, considerou-se para este fim o atendimento das internações por CSAA que foram realizados em todos os serviços da microrregião, entre eles aqueles do modelo convencional da ABS. Ademais, as informações disponíveis no banco de dados consultado não são apresentadas por unidade de saúde.

O desenvolvimento da pesquisa teve início com o levantamento de dados sobre as causas e os índices das internações hospitalares por CSAA no estado de Minas Gerais e nas microrregiões de saúde, considerando que este tipo de internação tem se destacado como um agravo de alta prevalência. Foram identificadas todas as doenças consideradas como condições sensíveis, tendo por referência a resolução n. 1.093/06 da SES/MG (MINAS GERAIS, 2006a).

A coleta de dados teve início com a aplicação do formulário de identificação aos participantes (APÊNDICE A), seguido da realização das entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE B) com os gestores municipais de saúde, ACS, enfermeiros, médicos e técnicos

de enfermagem dos serviços de atenção básica dos sete municípios da microrregião. Os dados foram coletados no período de 31 de maio a 27 de setembro de 2007.

Nos instrumentos de coleta de dados foi abordado o perfil dos entrevistados, o acesso ao serviço, o fluxo de atendimento e internação dos usuários por CSAA nas UBS e no hospital, as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde na atenção básica, no atendimento a estes usuários e as estratégias de avaliação utilizadas para análise das CSAA.

3.5 Tratamento e Análise dos Dados

A análise dos dados primários foi realizada mediante a técnica de análise de conteúdo tendo por referência Bardin (1977), Minayo (2004), Turato, Fontanella e Ricas (2008) e Vergara (2005) e para os dados secundários foi utilizada a técnica de análise documental descrita por Bardin (1977).

A técnica de análise de conteúdo conceituada por Bardin (1977) caracteriza-se pela análise das comunicações, utilizando procedimentos de descrição de conteúdos de mensagens, que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens. A mesma autora conceitua a técnica da análise documental como um conjunto de operações que representam o conteúdo de um documento de forma diferente da original, para que facilite a consulta e a referenciação do seu conteúdo, quando necessário.

O objeto da análise de conteúdo é a palavra em seu aspecto individual e atual, a prática da língua realizada por emissores identificáveis e busca compreender os sujeitos ou o seu ambiente em um momento determinado. Levam em consideração as significações (conteúdos) procurando conhecer o que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, e constitui-se em uma busca de outras realidades por meio das mensagens. Visa o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, entre outras, mediante a utilização de mecanismos de dedução com base em indicadores construídos a partir de uma amostra de mensagens particulares (BARDIN, 1977).

Outra perspectiva da análise de conteúdo é apresentada por Vergara (2005, p. 16) ao relatar que esta técnica tem como características

[...] prestar-se tanto aos fins exploratórios, quanto aos de verificação, confirmando ou não hipóteses ou suposições preestabelecidas, exige categorias exaustivas, mutuamente exclusivas, objetivas e pertinentes, [...] permite o tratamento de grande quantidade de dados [...] relevante para a análise do objeto em estudo.

O processo de análise considerou as etapas de preparação, tabulação quantitativa e análise dos dados que foram organizadas em categorias temáticas.

Na fase de preparação as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra. Após este momento foram realizadas as leituras flutuantes dos textos para familiarização com os conteúdos e na perspectiva de definir as unidades de registro, identificá-las e quantificá-las. Como unidades de análise foram consideradas as frases expressas pelos entrevistados. Em seguida foram quantificadas e descritas as categorias de análise, sendo definidas as seguintes categorias: panorama das internações hospitalares por CSAA no estado de Minas Gerais e na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano; perfil dos gestores e profissionais dos serviços da atenção básica da microrregião; organização e funcionamento da atenção básica no controle internações por CSAA na perspectiva dos gestores e profissionais dos serviços; avaliação do cuidado oferecido na atenção básica e a utilização do indicador de internação hospitalar por CSAA e aspectos organizacionais que interferem no atendimento das pessoas que necessitam das internações: os nós críticos identificados no atendimento das internações hospitalares por CSAA na microrregião de saúde.

Para a categorização, foram considerados os critérios de repetição e relevância apresentados no discurso dos sujeitos da pesquisa, atendendo aos propósitos de Turato, Fontanella e Ricas (2008). O critério de repetição ou saturação teórica consiste em evidenciar “o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados (ou identificados durante a análise) e o conjunto dos entrevistados” (TURATO; FONTANELLA; RICAS, 2008, p. 20). A abordagem do critério de relevância considera em destaque um ponto falado sem que necessariamente apresente certa repetição no conjunto do material coletado, mas que na ótica do pesquisador é rica em conteúdo e confirma ou refuta hipóteses iniciais de investigação (TURATO, 2008).

Para apresentação dos depoimentos dos sujeitos foram utilizadas as siglas AC (agentes comunitários de saúde), G (gestores), E (enfermeiros), TE (técnicos de enfermagem), M (médicos).

Para a tabulação quantitativa optou-se pela estatística descritiva simples que permitiu a organização dos dados em tabelas, favorecendo a leitura das informações quantitativas levantadas durante a pesquisa.

3.6 Critérios éticos do estudo

Os aspectos éticos do estudo se fundamentaram nas definições da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, atendendo às exigências do respectivo órgão (BRASIL, 1996).

O projeto de pesquisa foi previamente apresentado aos gestores municipais de saúde da microrregião, em reunião da CIB microrregional em 6 de março de 2007, na sede da GRS de Coronel Fabriciano. Foram oferecidos os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa realizada e na mesma ocasião formalizou-se a autorização para realização do estudo, com a assinatura do Termo de Consentimento para Pesquisa (ANEXO A).

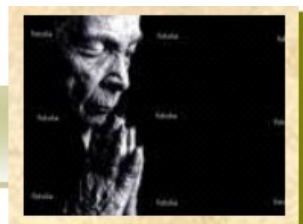
Mediante a autorização do Conselho de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e dos gestores municipais, o projeto foi apresentado aos profissionais da atenção básica dos municípios. Na ocasião foram informados sobre os objetivos do estudo e dos cuidados éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, além da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a forma de inserção e livre participação no estudo realizado.

Com a concordância dos sujeitos em participar da pesquisa, as entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde, com agendamento prévio, seguindo a disponibilidade de atendimento dos entrevistados, buscando não interferir na rotina dos serviços. O contato com os participantes foi realizado nas UBS dos municípios, ocasionando deslocamento da pesquisadora em um raio de 60 km do seu local de origem, o que favoreceu o conhecimento sobre a realidade vivenciada pelas pessoas envolvidas no estudo. Os participantes autorizaram a gravação das entrevistas após prévio conhecimento das finalidades do estudo e das normas que regulamentam as pesquisas com seres humanos.

*São as dúvidas que nos fazem crescer, porque nos obrigam a olhar
sem medo para as muitas respostas de uma mesma pergunta.*

Paulo Coelho

Resultados



4 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentadas a discussão e a análise dos resultados deste estudo desenvolvidas em duas etapas. Na primeira etapa, de caráter exploratório e descritivo, apresentaremos a caracterização dos gestores e profissionais responsáveis pelos serviços, o panorama das internações hospitalares por CSAA em Minas Gerais e na microrregião de Coronel Fabriciano, a organização e funcionamento do serviço microrregional desenvolvidos na rede básica. O caráter exploratório e descritivo da pesquisa complementa o estudo de caso, contribuindo para uma investigação das características holísticas e significativas dos fenômenos sociais (YIN, 2005).

Na segunda etapa, de natureza explicativa, serão apresentadas as informações coletadas junto aos gestores municipais de saúde e os membros das equipes da ESF, para a identificação da organização e funcionamento dos serviços da atenção básica no que se refere ao acesso e fluxo de atendimento dos usuários internados por CSAA, as práticas do cuidado nos serviços assistenciais da atenção básica, os mecanismos de avaliação do atendimento às internações por CSAA e os aspectos organizacionais que interferiram no atendimento das pessoas que necessitaram das internações. Para tanto, foram analisadas a organização e o funcionamento dos serviços ao realizar os atendimentos, buscando identificar sua relação com as internações por CSAA. Como instrumento de avaliação utilizou-se o indicador de internações hospitalares por CSAA (HOMAR; MATUTANO, 2003).

4.1 Caracterização dos gestores e profissionais dos serviços da Rede Básica da Microrregião de Saúde de Coronel Fabriciano

A descrição das características dos sujeitos da pesquisa será apresentada relacionando o tempo de formação, o tempo no cargo e na instituição, a jornada de trabalho e as capacitações realizadas para o exercício das funções nos serviços de saúde pesquisados.

4.1.1 Caracterização dos gestores municipais de saúde da Atenção Básica da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano

Os gestores municipais de saúde apresentaram formação diferenciada nas áreas de ciências contábeis, administração, ciências biológicas, direito, odontologia e serviço social.

Um dos gestores é formado como técnico em enfermagem e está cursando serviço social (TAB. 4).

TABELA 4
Caracterização dos gestores municipais da Atenção Básica da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2007.

N	Profissão	Tempo Formação (anos)	Tempo no cargo atual (anos)	Jornada de trabalho (h)	Tempo na instituição (anos)	Pós-Graduação	Pós Graduação Gestão serviços saúde	Outras Pós-graduações (**)
1	Contador	5	3	8	3	Sim	Não	Não
2	Biólogo	4	2 meses	8	12	Não	Não	Não
3	Advogado	17 (dir.)	2	4	4	Não	Sim	Sim
4	Assistente Social	26	2	8	2	Sim	Sim	Sim
5	Administrador de Empresa	3	3	8	3	Não	Sim	Não
6	Odontólogo	20	3	8	3	Sim	Sim	Sim
7	Técnico de Enfermagem (*)	9	11	8	12	Não	Sim	Sim

Nota: (*) Cursando serviço social.

(**) Ver Quadro 2, p. 72.

Fonte: Questionário elaborado pela autora, aplicado aos gestores e profissionais do serviço.

No tocante à formação profissional dos gestores, é importante observar que seis (86,0%) possuem formação universitária, o que pode ser considerado um fator favorável ao desempenho das funções do cargo que ocupam. Entre estes, três (43%) são profissionais da área da saúde (biólogo, assistente social e odontólogo).

A tabela 5 apresenta a média do tempo de formação, de trabalho na ESF, no cargo, a jornada de trabalho e tempo na instituição de todos os sujeitos da pesquisa. Servirá de referência para análise das características de cada participante da pesquisa feita a seguir.

TABELA 5
Média de tempo de formação, atuação na ESF, tempo no cargo, jornada de trabalho e tempo na instituição dos gestores e profissionais do serviço, 2008.

Cargo	Tempo formação (anos)	Tempo ESF (anos)	Tempo no cargo na instituição (anos)	Jornada de trabalho (h)	Tempo na instituição (anos)
Gestores	14,50	(*)	3,45	7,43	6,00
Médicos	16,64	3,71	2,70	7,00	3,05
Enfermeiros	5,26	4,00	2,69	8,00	3,76
Técnico	6,21	4,07	3,46	8,00	6,57
ACS	5,81	4,24	4,18	7,71	4,44

Nota: (*) Não se aplica.

Fonte: Questionário elaborado pela autora, aplicado aos gestores e profissionais do serviço.

A média do tempo de formação entre os gestores é de 12 anos, sendo que o menor tempo registrado é de três anos de graduação. Pôde-se observar que, apesar do tempo de formação, do tempo na instituição e mesmo no exercício do cargo, o investimento para o aprendizado das funções de gestão dos serviços ainda é deficitário. Neste grupo, três gestores (43%) que concluíram a graduação há mais de quatro anos afirmaram estar despreparados para o exercício da função.

Outro aspecto avaliado refere-se ao tempo de dedicação destes gestores para o exercício da função. Analisando a jornada de trabalho, seis (86,0%) informaram trabalhar no mínimo oito horas diárias nesta atividade, o que corresponde a uma média de 7,43 horas. Entretanto, cinco (71,0%) dos gestores afirmaram que a carga horária real de trabalho supera com frequência a carga horária informada (TAB. 5), o que pode ser considerado aceitável em função das várias atribuições inerentes ao cargo de gestor municipal de saúde. Entre estes, seis (86,0%) informaram ter como único vínculo empregatício as prefeituras municipais, pois necessitam de disponibilidade para o exercício do cargo. O artigo 28 da Lei n. 8.080/90 prevê que os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do SUS, só poderão ser exercidos em regime de tempo integral (BRASIL, 1990).

Davel e Melo (2005, p. 33) apresentam como uma das particularidades que explicam a função e o desempenho gerencial a “carga elevada das responsabilidades dos gerentes como mediadores de interesses diversos e opostos.” Na função gerencial os gestores são os maiores responsáveis pelas decisões que favorecem o funcionamento dos serviços, o que pode ser influenciado pela maior disponibilidade de tempo para o exercício de suas funções. Apenas um (14,0%) dos gestores exerce atividades externas à função de secretário municipal de saúde.

Quanto ao preparo do gestor para o exercício do cargo, foi indagado sobre a sua capacitação e atualização profissional. Neste aspecto, verificou-se que três (43,0%) fizeram pós-graduação na área da saúde e cinco (71,0%) participaram do curso de capacitação em Gestão em Serviços de Saúde ofertado pela Secretaria de Estado da Saúde (TAB. 4). A Tabela 6 apresenta a relação das capacitações realizadas pelos gestores, médicos e enfermeiros dos serviços, considerando o número de profissionais envolvidos. Será utilizada para apresentação das características de cada categoria destes trabalhadores.

Entre as capacitações realizadas, encontram-se aquelas oferecidas pela GRS de Coronel Fabriciano relacionadas aos programas de saúde, quando os gestores e profissionais dos serviços são orientados e preparados para a implantação destes serviços nos municípios. A relação destas capacitações é apresentada no Quadro 2.

TABELA 6
Capacitação dos gestores e profissionais da ESF da microrregião de Coronel Fabriciano - MG, 2008.

Pós-graduação/capacitação	Gestores	Médicos	Enfermeiros
Número de profissionais	07	14	13
Saúde da família	0	01	08
Gestão em serviço de saúde	05	0	0
Outras capacitações*	04	07	11

Nota: (*) Ver relação de outras capacitações no Quadro 2.

Fonte: Questionário elaborado pela autora, aplicado aos gestores e profissionais do serviço.

QUADRO 2 - Treinamentos, seminários, palestras e cursos realizados pelos gestores e profissionais da atenção básica da microrregião de Coronel Fabriciano - MG.

Profissional	Treinamento
Gestores	Pós-graduação: Contabilidade pública, saúde coletiva, administração hospitalar, saúde pública. Outras capacitações: Palestras, reuniões de orientações na GRS, treinamentos de até dois dias: saúde da mulher, do idoso, saúde em casa, PPI, Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Viva a Vida, saúde da criança, epidemiologia, sistemas de informação.
Médicos	Pós-graduação: cirurgia geral, psiquiatria, ginecologia, pediatria, saúde da família, medicina esportiva, cardiologia, anestesia, medicina interna, medicina do trabalho, anestesia, homeopatia, geriatria, gerontologia. Outras capacitações: Palestras, cursos, jornadas, seminários e treinamentos: introdutório do PSF, DST/AIDS, tuberculose, saúde da mulher, Viva a Vida, tutoria para curso de ACS, medicina comunitária, seminário de atenção básica, tuberculose, hanseníase, leishmaniose.
Enfermeiros	Pós-graduação: enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Saúde da Família, docência pelo PROFAE. Outras capacitações: Palestras e treinamentos de até dois dias: saúde da mulher, do idoso, PHPN, Viva a Vida, Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), aleitamento materno, Viva a Vida mortalidade materna, hanseníase, sala de vacina, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), controle das doenças diarreicas, hepatite viral, saúde mental, informatização dos serviços, vigilância epidemiológica, saúde da mulher, Viva Mulher, assistência pré-natal, curativos, urgência e emergência, diabetes, triagem neonatal, saúde do trabalhador, dengue, anemia falciforme, curso para capacitação de ACS, acolhimento.
Técnico de enfermagem	Capacitação em Saúde da Família: não realizaram. Outras capacitações: Curso de atenção ao idoso, palestras: saúde mental, dengue, hipertensão, diabetes, sala de vacina, SIAB, preventivo câncer, curativo, transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), glicemia capilar, vigilância nutricional, puericultura, vigilância epidemiológica e sanitária, triagem neonatal, hanseníase, tuberculose, preventivo do câncer, monitoramento das doenças diarreicas, doença de Chagas.
Agente comunitário de saúde	Capacitação em Saúde da Família: treinamento introdutório, curso técnico de ACS pela Escola de Enfermagem da UFMG. Outras capacitações: Primeiros socorros, coleta de material, dengue, coleta de exame laboratorial, orientações para gestante, à mulher, ao diabético, hipertenso, preventivo câncer, saúde mental, tuberculose, hanseníase, dengue, DST/AIDS, SIAB, vacinação, aleitamento materno, gravidez na adolescência, atendimento ao idoso, visita domiciliar, seminário de atenção básica, saúde mental, verminose, planejamento familiar, desnutrição, saúde da criança.

Fonte: Questionário elaborado pela autora, aplicado aos gestores e profissionais do serviço.

O tempo no cargo, a jornada mínima diária de trabalho e os cursos de capacitação podem ser considerados elementos essenciais para o exercício das atividades de gestão, nos quais devem prevalecer as ações de planejamento, avaliação e execução de atividades que garantam a eficiência da rede de atendimento. Entretanto, quando indagados sobre as suas

atividades na função de gestor, verificou-se que estas se voltavam prioritariamente para a implantação dos programas do governo (farmácia básica, ESF, saúde mental, hipertensos, diabéticos, saúde da mulher entre outros), participação nos conselhos municipais de saúde, atendimento ao público e outras demandas rotineiras do cargo, sendo reservado um tempo reduzido para a discussão, o planejamento e a avaliação dos resultados dos serviços implantados. Esta situação se confirma nos depoimentos apresentados a seguir.

Nós temos objetivos de adequar a Unidade de Saúde [...] comprar equipamentos, móveis e isto já fizemos, estamos concluindo a obra da Unidade de Saúde. Ampliar a questão de grupos de saúde como hipertensos, diabéticos, gestantes, grupos de colunas, o grupo da terceira idade, temos a presença ainda aí de três fisioterapeutas no município voltados mais pra essa questão preventiva. (G1)

Quando os gestores se referem à *adequação* das UBS, percebe-se um maior investimento na infra-estrutura dos serviços o que tem ocorrido em função dos incentivos recebidos do governo federal e estadual para reestruturação da rede básica. As reformas e construção de novas UBS contribuem para melhorar as condições de atendimento e trabalho no nível local, pois as condições precárias dos serviços têm sido consideradas por muitos gestores como um dos principais obstáculos à implantação da ESF nos municípios (MENDES, 2002).

Os investimentos na melhoria da rede de atendimento ainda contribuem para criar uma nova imagem dos serviços públicos de saúde que, durante um longo período, tiveram que se “adaptar” a infra-estruturas inadequadas para o seu funcionamento, configurando a imagem de serviços inoperantes e sem qualidade técnica. Com as novas condições das UBS, é possível implementar e revitalizar projetos, programas e políticas de saúde, importantes medidas de intervenção, atendendo às metas pactuadas para redução dos agravos o que se evidencia no depoimento de G3.

Nosso objetivo é chegar nas metas e estão sendo realmente atingidas. Todas as metas, de todos os programas implantados pelo governo estão sendo seguidos, tanto que há redução até de medicação [...] de internações, porque as metas estão sendo alcançadas. O SIS-pré-natal, o da vacinação, o PPI, o SISVAN, a da dengue, do barbeiro também, temos um outro programa aí que é a farmácia básica. Agora com essa implantação do PSF vai melhorar mais ainda, que nós vamos ter mais agentes. (G3)

A implantação de programas de saúde que priorizam as intervenções preventivas e o alcance das metas previstas para estes programas foi identificada como adequados em apenas um (14,0%) dos municípios, o que foi relatado por G3. Entre os municípios que estão desenvolvendo os programas básicos de saúde pode-se observar redução das internações

hospitalares e um melhor controle dos casos crônicos. O alcance das metas programadas é visto com satisfação pelos gestores e equipes, que se sentem estimuladas a dar continuidade ao trabalho que desenvolvem e encontram mais apoio para o desempenho de suas atividades.

Ao longo da implantação do SUS nos municípios, os gestores vêm se empenhando no planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde e têm conseguido significativos avanços. Porém, ainda permanecem muitos desafios que exigem novos posicionamentos nos planejamentos locais e nos demais níveis de atendimento. Os novos planos de trabalho devem explicitar a adoção de medidas de intervenções e estratégias de atuação que propiciem o aperfeiçoamento do trabalho e qualifique a gestão do sistema de atenção com foco na vigilância à saúde, o que pode contribuir para “diminuir bastante o índice de internação” apontado por G4.

O Plano Municipal nós adaptamos ao Pacto pela Saúde. A gente adaptou muito as ações que a gente planejava, as atividades, os serviços, para o cumprimento do Pacto. Estamos investindo para redução da mortalidade materna, redução da mortalidade infantil, redução da internação hospitalar de uma maneira geral, diminuir bastante o índice de internação. A gente precisa fazer é o fortalecimento da atenção básica. Lá que nós temos que estar investindo recursos, dinheiro, capacitando pessoal, equipando, reequipando, adequando área física. (G4)

Para a redução dos índices de internação faz-se necessária a elaboração de planos de saúde que definam e subsidiem a execução das ações propostas de forma efetiva e com qualidade, respaldadas pelos gestores e pelas equipes de saúde. A disponibilidade de profissionais em quantidade e qualidade suficientes são elementos essenciais para transformar em realidade os propósitos do sistema de saúde, contribuindo para o cumprimento das metas pactuadas e a redução das internações. Aqueles municípios que têm priorizado seus investimentos na educação permanente dos profissionais, melhoria da rede física, investimento em apoio diagnóstico e terapêutico e nas políticas de atenção à saúde voltadas para as medidas de prevenção têm alcançado melhores resultados, o que se confirma o depoimento de G7.

Está previsto naquele processo de pactuação, o SINPACTO atenção à saúde da mulher, à saúde da criança e principalmente à saúde do idoso que, até então não existe essa política lá no nosso município. O Hiperdia, geralmente a maioria da população hipertensa do município ela é idosa, então o SINPACTO tem um trabalho referente só ao idoso, [...] ele ajudou muito para elaborar o plano de saúde do município, dar continuidade às ações já existentes e dando preferência à saúde do idoso. (G7)

O envolvimento dos gestores na reconstrução da atenção básica como uma das estratégias de consolidação do SUS reforça a importância destes atores no processo de

organização do sistema de saúde. São eles os principais responsáveis pela implementação das políticas e ações estratégicas no campo da saúde que devem ser executados com foco nos resultados e traduzidos por mudanças efetivas no cenário de saúde dos municípios.

Dando continuidade à caracterização dos profissionais da rede para identificar sua atuação na intervenção das internações por CSAA a seguir será apresentada a descrição das características dos agentes comunitários de saúde.

4.1.2 Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde da Atenção Básica da Microrregião de Saúde de Coronel Fabriciano

Os 25 ACS entrevistados apresentam formação profissional de nível médio nas áreas de enfermagem (28,0%), contabilidade (8,0%), magistério (4,0%), científico (56,0%) e na área de vendas (4,0%) e apenas (4,0%) tem primeiro grau completo.

A Lei Federal n. 11.350/06 que regulamenta a profissão do ACS determina que estes profissionais tenham, no mínimo, o ensino fundamental para que possam desenvolver as atribuições que são de sua responsabilidade junto à população do seu território (BRASIL, 2006f). Ademais, devem possuir conhecimento sobre os problemas sociais e capacidade de comunicação e criação de vínculos para ajudar a população no entendimento do processo saúde-doença e contribuir para a mudança da sua qualidade de vida.

Em relação à capacitação profissional, é importante registrar que a qualificação destes trabalhadores está prevista na mesma legislação. O MS, juntamente com algumas instituições de ensino tem oferecido um curso básico de capacitação para os profissionais da rede. Dentre os ACS envolvidos na pesquisa, aqueles que estão no serviço há cinco anos (56,0%) ou mais, fizeram o treinamento introdutório para o PSF oferecido pela SES/MG, através da GRS; os demais passaram por outros treinamentos com os enfermeiros da rede e na GRS (QUADRO 2, p. 72).

No primeiro semestre de 2006, foi iniciado um curso técnico para ACS em parceria com a SES/MG e a Escola de Enfermagem da UFMG quando participaram os profissionais de alguns municípios. O curso foi interrompido no segundo semestre do mesmo ano, deixando mais uma lacuna na capacitação deste grupo. Durante o período da pesquisa não foi apresentada justificativa para a interrupção do curso.

Entre as dificuldades declaradas pelos ACS para o exercício de suas atividades está a deficiência na formação, apontada como um fator limitador da sua capacidade de intervenção, o que pode ser confirmado pelo depoimento a seguir.

Eu acho que deveria ter um curso [...] nós cobramos muito porque nós temos que saber mais porque nós entramos nessa de “gaiato”, nós não sabíamos nada. Então, eu sou uma dona de casa, mãe de família e é complicado virar o mundo assim, a gente está aprendendo, quebrando a cara mesmo e com a ajuda da enfermeira e do médico, a gente deveria ter mais, como se diz, ter uma ajuda maior, na unidade de saúde, curso, sei lá. Uma coisa melhor para nos ajudar porque irmos de cara dura assim é mais difícil, a gente erra muito, mas a gente procura consertar. (AC23)

O depoimento de AC23 revela a carência de investimentos na formação e capacitação dos profissionais com vistas a prepará-los para atuar com a concepção de um cuidado integral, dentro dos princípios do SUS, que valoriza o modelo de atenção voltado para a vigilância à saúde e a qualidade de vida, proporcionado pelas ações de prevenção e promoção. As declarações evidenciam a necessidade de revisão de conceitos e condutas, aquisição de novos conhecimentos e investimentos na qualificação e atualização profissional que ajudem a “virar o mundo” (AC23) da atenção à saúde pela adoção de medidas que contribuam para a manutenção do estado de saúde e não de doença das populações.

No que se refere ao tempo de permanência na ESF (4,24 anos) e no cargo (4,18 anos) os ACS apresentam a maior média de permanência entre todos os profissionais, o que provavelmente favorece o seu vínculo com a comunidade e proporciona maior conhecimento sobre a sua condição de vida e saúde. Entre os ACS, apenas cinco (20,0%) estão na rede a menos de um ano. A maioria, 14 (56,0%), exerce suas funções na ESF há mais de cinco anos. Ressalta-se que nenhum dos entrevistados tem outro vínculo empregatício, o que os disponibiliza para uma maior dedicação às atividades do trabalho (TAB. 7).

Na tabela 7, destaca-se a informação que sete (33,0%) ACS são técnicos de enfermagem. Todavia, não foi averiguado entre estes profissionais quantos são formados como técnico de enfermagem e exercem função de ACS, considerando os objetivos da pesquisa. Porém, é um dado que merece investigação mais detalhada, uma vez que as atribuições previstas para os ACS no Artigo 3º da Lei n. 11.350/06 estão relacionadas com o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2006f). Portanto, mesmo sendo técnicos de enfermagem, sua atuação deve se limitar às atribuições previstas para a função que desempenham.

TABELA 7
Caracterização dos agentes comunitários de saúde da Atenção Básica da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2008.

ACS	Formação	Tempo formação (anos)	Tempo no cargo atual (anos)	Jornada de trabalho (h)	Tempo trabalho instituição (anos)	Tempo trabalho na ESF (anos)	Capacitação em PSF	Outras capacitações (*)
1	Técnico enfermagem	3	5	8	5	5	Sim	Sim
2	Técnico enfermagem	3	6	8	6	6	Sim	Sim
3	Técnico enfermagem	2 meses	2 meses	8	2 meses	2	Não	Não
4	Técnico enfermagem	6 meses	5	8	5	5	Sim	Não
5	Técnico enfermagem	2	5	8	5	5	Sim	Sim
6	Técnico enfermagem	3	6	8	6	6	Sim	Sim
7	Técnico enfermagem	3	6	8	6	6	Sim	Sim
8	Técnico Contabilidade	11	2	8	2	2	Sim	Sim
9	Técnico Contabilidade	14	4	8	5	4	Sim	Não
10	Científico	7 meses	2 meses	8	2 meses	2 meses	Não	Não
11	Magistério	10	6	8	6	6	Sim	Sim
12	Científico	2	4	8	4	4	Sim	Sim
13	Científico	10	4	8	4	4	Sim	Sim
14	Científico	4	5	8	5	5	Sim	Sim
15	Científico	7	5	8	5	5	Sim	Sim
16	Científico	5	5	8	5	5	Sim	Sim
17	Científico	6 meses	9	8	9	9	Sim	Sim
18	Científico	6	3	8	3	3	Sim	Sim
19	8ª série	24	5	8	2	5	Não	Sim
20	Científico	5	7	8	7	7	Sim	Sim
21	Científico	4	2	8	2	2	Não	Sim
22	Técnico em Vendas	7	3 meses	8	3 meses	3 meses	Sim	Não
23	Científico	5	11 meses	8	2	11 meses	Sim	Não
24	Científico	5	3 meses	8	3 meses	3 meses	Sim	Não
25	Científico	2	6	8	14	6	Sim	Sim

Nota: (*) Ver quadro 2, p. 72.

Fonte: Questionário elaborado pela autora, aplicado aos gestores e profissionais do serviço.

É necessário lembrar que os ACS foram contratados especificamente para esta função, enquanto alguns técnicos de Enfermagem já eram funcionários das secretarias de saúde e foram convidados para trabalhar nas equipes da ESF. O maior tempo de permanência dos ACS no serviço favorece o trabalho das equipes, quando se considera a rotatividade dos profissionais de nível superior, pois possibilita a continuidade do cuidado para com os

usuários. Considerando que estes profissionais têm maior tempo de convivência com a comunidade estão aptos para informar melhor sobre a história de vida e demandas da população dos territórios.

Esta realidade atende aos princípios da longitudinalidade e continuidade apresentada por Starfield (2002) que caracterizam o funcionamento da Atenção Básica. Relembrando os conceitos destes princípios, a longitudinalidade está relacionada ao acompanhamento e à identificação das necessidades individuais que surgem ao longo da vida das pessoas e à capacidade de atendimento dos serviços a estas necessidades. A continuidade está relacionada à regularidade e estabilidade da estrutura dos serviços para garantir o atendimento ao longo do tempo. Entre estas, encontra-se a permanência de profissionais capacitados nas unidades de atendimento para que possam responder às necessidades apresentadas, dentre os quais se destaca o enfermeiro. A caracterização dos profissionais inseridos nos serviços da microrregião de saúde será apresentada no próximo tópico.

4.1.3 Caracterização dos enfermeiros da atenção básica da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano

Os dados referentes aos enfermeiros do serviço revelam uma média de 5,26 anos de formação, que se aproxima do tempo de trabalho na saúde da família (4,0 anos), sugerindo ser a saúde da família o campo de trabalho de grande interesse desta categoria nos dias atuais.

O tempo médio de serviço na instituição de 3,76 anos é o maior entre os profissionais de nível superior da equipe, o que aponta para uma possibilidade de maior permanência destes profissionais na ESF. Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p. 807) chamam a atenção para a consolidação gradativa da ESF que

[...] veio essencialmente como uma oportunidade de se expandir a atenção primária para a população brasileira, de consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, de facilitar o processo de regionalização pactuada entre os municípios adjacentes e de coordenar a integralidade de assistência à saúde.

Além disto, a ESF ampliou o campo de trabalho para enfermeiros e médicos ao se consolidar como uma estratégia estruturante da atenção básica.

Entre os 13 enfermeiros pesquisados, apenas um (13,0%) relatou possuir outro vínculo empregatício, referente a serviço hospitalar em regime de plantão noturno. Os demais, 12 (92,0%) trabalham exclusivamente na ESF, sendo que entre eles nove (69,0%) estão vinculados às equipes desde a sua formação na graduação (TAB. 8).

TABELA 8
Caracterização dos enfermeiros da Atenção Básica da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2008.

N	Tempo formação (anos)	Tempo no cargo (anos)	Jornada de trabalho (h)	Tempo instituição (anos)	Tempo trabalho ESF (anos)	Outro local de trabalho	Capacitação		
							Pós-graduação	Pós-graduação Saúde Família	Outras capacitações
1	15	5	8	5	10	Não	Sim	Sim	Sim
2	8	3	8	7	8	Não	Sim	Sim	Sim
3	2	1	8	2	1	Não	Sim	Sim	Sim
4	2	1	8	2	1	Não	Sim	Sim	Sim
5	5	5	8	5	5	Não	Não	Não	Sim
6	7	1 ano e 4 meses	8	1 ano e 4 meses	7 meses	Não	Sim	Sim	Sim
7	7 meses	5 meses	8	8	5	Não	Não	Cursando	Sim
8	2	1	8	1	1	Não	Não	Cursando	Não
9	2	3 meses	8	7 meses	1 ano e 3 meses	Não	Sim	Sim	Não
10	5	2	8	2	2	Sim	Sim	Sim	Sim
11	5	4	8	4	6	Não	Sim	Sim	Sim
12	9	5	8	5	5	Não	Sim	Não	Sim
13	6	6	8	6	6	Não	Sim	Não	Sim

Fonte: Questionário elaborado pela autora, aplicado aos gestores e profissionais do serviço.

O tempo de dedicação e a disponibilidade para atuação na ESF favorecem a criação de vínculos mais fortes entre a equipe de trabalho e a população adscrita, proporcionando uma integração entre estes atores, o que amplia as possibilidades de resultados positivos das ações desenvolvidas.

Esse enfoque se materializa nas observações de Camargo Júnior *et al.* (2006) ao descreverem sobre o comportamento das pessoas atendidas nas unidades de saúde que não se comportam passivamente diante das intervenções realizadas pelos profissionais dos serviços. Suas reações aos atos assistenciais estão vinculadas às atitudes acolhedoras da equipe, à forma satisfatória de agir sobre o seu problema de saúde, aos vínculos estabelecidos, motivando-os a se tornarem protagonistas no cuidado à sua saúde.

Quando se analisa a capacitação profissional, verificou-se que 77,0% dos enfermeiros possuem pós-graduação, sendo 62,0% em Saúde da Família (TAB. 8). É importante registrar que 54,0% dos entrevistados informaram que os investimentos nas especializações advêm de iniciativas próprias, pois não existe uma política de educação permanente instituída pelos serviços. Esta situação é apresentada como um dos fatores que dificultam o desenvolvimento do trabalho, confirmado nos depoimentos que se seguem.

A capacitação nossa é limitada pelo tempo que a capacitação vai durar. Por exemplo: se eu vou fazer um curso, esse curso tem 40 horas. Essas 40 horas

durante a semana que são cinco dias eu não posso fazer. Se eu quero fazer uma pós-graduação e nessa pós-graduação eu vou pegar uma sexta-feira da semana, eu não posso fazer. É a gente tem muito o que aprender. (E2)

Ainda temos pouco investimento na constituição da equipe, falta capacitação da equipe, curso de atualização. Somente o profissional é que busca. A gente não tem uma política de educação continuada adotada no serviço. (E11)

Os relatos de E2 e E11 deixam clara a carência de capacitação para as equipes da ESF, como já identificado anteriormente, confirmando a deficiência nas políticas e estratégias de educação permanente no nível local que habilitem os profissionais para lidar com as especificidades dos atendimentos da atenção básica. Pelos relatos apresentados, pode-se compreender que a capacitação das equipes e dos gestores responsáveis pelo nível primário, com foco em uma atenção qualificada e resolutiva para a situação das internações hospitalares, não é considerada como prioridade nos serviços.

Considerando que os enfermeiros têm desempenhado um importante papel na reorganização da ABS, é necessário prever estratégias de reorganização das práticas de saúde para estes profissionais, assim como para os demais membros da equipe, proporcionando qualificação adequada para a viabilização da ESF. Faustino *et al.* (2004) verificaram que um dos grandes entraves que os municípios têm encontrado na implantação da Saúde da Família é a falta de qualificação dos profissionais, principalmente dos de nível superior. A formação dos profissionais com enfoque nas especialidades dificulta a visualização do espaço da família no contexto das UBS e a definição de intervenções com foco na família. Cunha (2005) considera que a formação dos profissionais ainda apresenta um caráter hospitalar, fortemente voltado para o atendimento das patologias que responde de forma imediatista aos problemas de saúde da população, não permitindo o aprendizado de um raciocínio clínico e a realização de projetos terapêuticos de médio e longo prazo, o que é a necessidade da Atenção Básica. Observando a afirmação do autor e as condutas adotadas pelos profissionais no atendimento aos usuários que necessitam das internações hospitalares, pode-se entender que os processos de formação têm priorizado o modelo curativista e que as instituições formadoras priorizam este enfoque ao definirem os projetos pedagógicos dos cursos de formação profissional em todos os níveis.

A transformação dos processos de formação profissional voltados para o entendimento do conceito ampliado de saúde, para a mudança na clínica, para a articulação entre os vários setores de serviços e a construção da autonomia dos sujeitos deve ser o objetivo das instituições formadoras e dos serviços ao prepararem os profissionais para a

prática do trabalho. Investir na qualificação profissional com esta perspectiva é investir na consolidação dos princípios do SUS.

Envolvidos nesta perspectiva, encontram-se os médicos das equipes da ESF, cujas características serão apresentadas a seguir.

4.1.4 Caracterização dos médicos da atenção básica na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano

Ao analisar as características dos médicos entrevistados, constatou-se que a média do tempo de formação é de 16,64 anos, apresentando variação de dois a 45 anos de profissão. Entretanto, pode-se observar que 57,0% destes profissionais têm 10 anos ou mais de formados, revelando ser a ESF uma alternativa de campo de trabalho que tem sido considerada por esta categoria. A média de tempo de trabalho na ESF é de 3,71 anos, o que também é relevante ao analisarmos o tempo de permanência na instituição, indicando que os médicos ficam o menor tempo na Saúde da Família e, portanto, confirmando a maior rotatividade destes profissionais nas equipes.

A esse respeito, destaca-se que a rotatividade compromete e desqualifica a organização do trabalho, interrompe processos de atendimento, desordena o funcionamento das equipes, desarticula vínculos e compromete os princípios da integralidade e da longitudinalidade, além de sobrecarregar os demais membros da equipe que se sentem desmotivados e sem tempo para dedicar a outras atividades que não sejam aquelas da rotina da UBS.

Com a finalidade de identificar o envolvimento destes profissionais com a ESF, buscou-se identificar a existência de outros vínculos empregatícios. Entre os entrevistados, 11 (79,0%) prestam atendimento em outros serviços, incluindo plantões semanais em pronto-socorros, hospitais e em outros municípios e atendimento em centros de saúde mental. As jornadas duplas ou excedentes de trabalho constituem-se em um dos empecilhos para o envolvimento dos médicos com todas as atividades previstas para a ESF. Estes profissionais limitam-se ao desenvolvimento dos procedimentos ligados à jornada específica do horário de trabalho, como o atendimento de consultas nas UBS, os atendimentos domiciliares programados e as reuniões ocasionais com a equipe da ESF e a equipe de gestão. De acordo com os relatos apresentados, não apresentam disponibilidade para participar de eventos na comunidade ou outras atividades que extrapolem seu horário de trabalho, assim como têm se mantido mais ausentes dos cursos de capacitação. Ficam desta forma, cada vez mais

distanciados da possibilidade de incorporar uma “prática clínica ampliada, com incorporação de sua dimensão social e subjetiva” (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 816) que contribua para a solidificação de um modelo assistencial que privilegie a vigilância à saúde e a qualidade de vida.

No tocante à capacitação para trabalhar na ESF, pode-se observar pelos relatos apresentados, que estes profissionais têm-se beneficiado muito pouco das capacitações oferecidas pelas secretarias municipais e pela GRS, o que é confirmado por M12:

Eu acho que as internações hospitalares provavelmente aqui, [...] é um pouquinho alto na cidade devido ao quadro de saúde da família em si, [...] Aqui está precisando de um profissional pra nos orientar no que a gente pode estar fazendo, eu não tenho muita experiência em PSF, trabalhei um ano em outra cidade, mas eu não tenho especialização em PSF pra buscar dados, estatística. Porque o PSF trabalha muito com dados pra poder a partir daí montar um caminho, um objetivo. (M12)

Estes profissionais justificam ter pouca disponibilidade para se dedicarem aos processos de atualização profissional. Esta é uma situação que merece uma melhor avaliação, considerando que têm uma jornada integral de trabalho e que a maioria dos treinamentos é oferecida durante o horário do serviço. Portanto, em princípio, não há justificativa para a reduzida adesão aos processos de capacitação ofertados pelo serviço.

Quando abordados sobre as capacitações para atualização profissional, 50,0% dos médicos relataram ter especialização, porém na área de Saúde da Família apenas um (7,0%) dos profissionais apresentou esta formação (TAB. 9). A relação das especializações realizadas pelos médicos pode ser identificada no Quadro 2 (p. 72).

A capacitação para a área de Saúde da Família parece não ser uma das prioridades para os médicos da atenção básica, observado pela preferência por especialidades relacionadas à cirurgia geral, psiquiatria, ginecologia, cardiologia, medicina do trabalho, entre outras (QUADRO 2, p. 72). A deficiência na formação dos profissionais para o atendimento do perfil da demanda da atenção básica pode comprometer a integralidade da atenção, visto como um dos princípios fundamentais dentro do novo sistema de saúde.

Mattos (2001), ao analisar os sentidos da integralidade, aborda o reducionismo e a fragmentação dos cuidados médicos dentro da atenção por especialidades. Para intervir neste processo, propõe uma reformulação nos currículos de formação dos profissionais médicos, prevendo um ensino calcado em novos conhecimentos sobre o processo de adoecer e morrer das pessoas e que seja integrado à realidade social e aos contextos culturais da população atendida. Devemos lembrar que esta é também uma realidade dos profissionais das outras categorias que atuam na Atenção Básica. Para Cunha (2005, p. 26), o “pressuposto (implícito)

de que a centralidade do trabalho em saúde está nos procedimentos, exames e medicações adequadas a cada patologia”, não encontra aderência na realidade da atenção básica, pois o sujeito doente exerce a sua autonomia do cuidado longe dos profissionais e do serviço de saúde e torna-se dono do seu próprio tratamento, dando-lhe a direcionalidade conveniente e adequada ao seu estilo de vida.

TABELA 9
Caracterização dos médicos da Atenção Básica da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2008.

N	Tempo formação (anos)	Tempo no cargo atual (anos)	Jornada de trabalho (h)	Tempo instituição (anos)	Tempo trabalho na ESF (anos)	Trabalho outro local	Capacitação		
							Pós-graduação	Pós graduação Saúde Família	Outras pós-graduações
1	10	1	2	1	1	Sim	Sim	Não	Sim
2	3	2	4	2	2	Sim	Cursando	Não	Não
3	30	1	8	6	1	Não	Sim	Não	Não
4	29	7	8	7	9	Não	Sim	Sim	Sim
5	12	3 meses	8	3 meses	5	Sim	Sim	Não	Sim
6	45	6	8	6	6	Sim	Sim	Não	Sim
7	2	4 meses	8	4 meses	2	Sim	Não	Não	Sim
8	7	6 meses	8	6 meses	1	Sim	Não	Não	Não
9	2	2 meses	8	2 meses	5 meses	Sim	Não	Não	Não
10	34	6 meses	8	6 meses	6 meses	Sim	Sim	Não	Não
11	23	6	8	6	10	Não	Não	Não	Não
12	2	2	8	2	2	Sim	Cursando	Não	Sim
13	6	5	8	5	6	Sim	Sim	Não	Sim
14	28	6	4	6	6	Sim	Sim	Não	Não

Fonte: Questionário elaborado pela autora, aplicado aos gestores e profissionais do serviço.

Dando continuidade à abordagem do perfil será apresentado o dos técnicos de Enfermagem, integrantes da equipe responsável pelo acompanhamento dos usuários e, na perspectiva deste estudo daqueles que foram internados por CSAA.

4.1.5 Caracterização dos técnicos de enfermagem da atenção básica da microrregião de saúde

Os auxiliares e técnicos de enfermagem foram introduzidos como membros da equipe da ESF mais tardiamente, pois as equipes mínimas aprovadas pelo MS a partir de 1994 eram constituídas por enfermeiros, médicos e ACS. Estes profissionais são o apoio para as equipes no atendimento aos cuidados básicos de enfermagem demandados pela população, seja na UBS ou no domicílio.

Em relação à caracterização dos profissionais do serviço da microrregião, foi verificado que a média do tempo de formação (6,21 anos) é similar ao tempo de serviço na instituição (6,57 anos), confirmando-os, assim como os ACS, como os profissionais que têm mais tempo de trabalho nas UBS. O tempo médio de trabalho é de 4,07 anos (TAB. 5, p. 70).

Esta situação é confirmada quando se avalia a média de tempo de trabalho na ESF, de 4,07 anos, vindo a seguir os ACS (TAB. 5, p. 70).

O técnico de Enfermagem é um dos mais recentes integrantes das equipes de ESF. Na formação inicial das equipes, foram contratados os auxiliares de Enfermagem que complementaram sua formação básica e se qualificaram como técnicos de Enfermagem, mantendo-se na rede de atendimento.

Ao serem abordados sobre as capacitações realizadas para atuar na ESF, os técnicos de Enfermagem relataram sua participação em cursos, palestras e treinamentos que foram programados dentro do município e algumas vezes na GRS. A capacitação voltada para a atuação na ESF e para as medidas de prevenção e promoção junto à comunidade, com prioridade para a integralidade das práticas de saúde, a vigilância em saúde e a qualidade de vida é considerada deficitária para 100,0% dos técnicos de Enfermagem. Dentre estes profissionais, 29,0% relataram nunca ter participado de capacitações voltadas para o desempenho de suas atividades dentro da equipe da ESF. Para tal desempenho, os técnicos de Enfermagem contam com o apoio dos enfermeiros e dos médicos, com os quais têm atualizado seus conhecimentos.

Faustino *et al.* (2004), ao abordarem a reorganização da Atenção Básica, alertam para o redimensionamento nos postos de trabalho para médicos e enfermeiros na ESF. Os autores constataam que este novo campo de trabalho exige uma formação melhor qualificada. Para tanto, consideram as características da demanda de atendimento neste nível de atenção, que prioriza a promoção da saúde e a prevenção de doenças, e confirmam que os enfermeiros e médicos são importantes referências para a capacitação e atualização de conhecimentos dos profissionais de nível básico e médio que fazem parte das equipes da ESF. As observações das autoras apontam a prioridade que deve ser dada ao investimento na capacitação de todos os membros da equipe que precisam estar preparados para intervir preventivamente nos riscos a que a população está exposta e contribuir com a consolidação do modelo de atenção proposto pelo SUS.

Nesta perspectiva, na descrição do próximo tópico, será apresentada a atuação destes profissionais na rotina das UBS, considerando a prática do trabalho, com vistas a identificar o cuidado prestado no atendimento às pessoas internadas por CSAA.

TABELA 10
Caracterização dos técnicos de enfermagem da atenção básica da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2007.

N	Tempo formação (anos)	Tempo no cargo atual (anos) 5 meses	Jornada (h)	Tempo instituição (anos)	Tempo trabalho na ESF (anos)	Trabalho outro local	Capacitação	
							Em Saúde da Família	Outras capacitações
1			8			Não	Não	Sim
2	2		8	6	4	Não	Não	Não
3	5	1	8	5	1	Não	Não	Sim
4	6	2	8	4	2	Não	Não	Não
5	5	6	8	6	5	Não	Não	Sim
6	9	3	8	3	8	Não	Não	Sim
7	25	6	8	7	6	Não	Não	Sim
8	5	5	8	5	5	Não	Não	Sim
9	8	5	8	7	5	Não	Não	Sim
10	4	6	8	15	6	Não	Não	Sim
11	2	2	8	9	5	Não	Não	Não
12	4	7	8	13	7	Não	Não	Não
13	5	1	8	2	1	Não	Não	Sim
14	3	3	8	7	1	Não	Não	Sim

Fonte: Questionário elaborado pela autora, aplicado aos gestores e profissionais do serviço.

4.2 O atendimento das internações hospitalares por CSAA: panorama no estado de Minas Gerais e na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG

Desde 1998, vêm sendo implantadas as equipes de Saúde da Família na microrregião de Coronel Fabriciano, na lógica da integralidade da atenção e como estratégia de reorganização do modelo de atenção no nível municipal. Informações obtidas do banco de dados sobre a ESF da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES/MG revelaram que todos os municípios da microrregião têm equipes cadastradas de saúde da família responsáveis por coberturas populacionais que variam de 3,3 a 100,0% da área geográfica, o que pode ser confirmado na Tabela 1 (p. 35).

Na área de abrangência da GRS de Coronel Fabriciano, os municípios encontram-se em momentos de cobertura populacional que se enquadram no modelo analítico de implantação da ESF proposto por Mendes (2002). No momento de transição incipiente ou inicial caracterizado por uma cobertura populacional entre 10,0 e 25,0% e pela quase inexistência de institucionalização da ESF, não foi identificado nenhum dos municípios. Apenas um (14,0%) apresentou índice de cobertura de 3,3%, ou seja, abaixo dos limites de cobertura analisados. No momento de transição intermediária, que corresponde a uma cobertura de 25,0 a 50,0% da população e, por um baixo nível de institucionalização, encontram-se dois (29,0%) dos municípios. Em momento de transição terminal que apresenta

cobertura de 50,0 a 70,0% e um grau de institucionalização significativo, existem quatro (57,0%) municípios (TAB. 1, p. 35). Entretanto, não foi observado durante as supervisões técnicas a consolidação da estratégia saúde da família e tampouco hegemonia nos modelos de atenção à saúde dos serviços municipais. As ações são pontuais e vinculadas aos interesses e envolvimento individuais dos profissionais das equipes e de alguns gestores e não se organizam como uma atenção integral e hierarquizada dentro da gestão dos serviços de saúde.

Compete a todos os municípios a organização do atendimento da atenção básica e a garantia do atendimento da média e alta complexidade de atenção, que são de responsabilidade dos níveis estadual e federal, respectivamente, mas que estão sob a gestão municipal. Os atendimentos da média e alta complexidade são pactuados na PPI, entre os municípios das micro e macrorregiões de saúde. A alta complexidade é pactuada por microrregiões, de forma que todos os procedimentos de maior complexidade possam ser oferecidos aos usuários de cada município (BRASIL, 2006d).

O atendimento terciário na microrregião é realizado por três hospitais privados conveniados ao SUS, localizados nos municípios de Coronel Fabriciano e Timóteo, que são os municípios pólos da microrregião e no município de Ipatinga. Não existia atendimento de hospitais públicos à época da pesquisa. O PDR definido pelo MS por meio da NOAS/2001 (BRASIL, 2001b) e adotado pelo estado de Minas Gerais referencia estes hospitais como integrantes da rede hierarquizada de serviços do SUS na região, buscando assegurar a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços de saúde no nível terciário, entre elas as internações hospitalares por CSAA.

Em Minas Gerais, no período de 2002 a 2005, as internações por condições sensíveis apresentaram importantes registros e atingiram principalmente crianças e idosos tendo se tornado alvo de freqüente monitoramento (TAB. 11, p. 87).

No ano de 2005, foram registrados 331.223 casos que representaram 33,3% do total das internações hospitalares no Estado, com uma despesa de R\$ 1.666.171,15 (PERPÉTUO; WONG, 2006).

Na microrregião de Coronel Fabriciano, o índice das internações hospitalares por CSAA vem apresentando um declínio anual, acompanhando a situação observada no Estado como pode ser constatado na Tabela 12 (p. 89).

Quando são analisadas as causas das internações separadamente, patologias como tuberculose pulmonar, desidratação, desnutrição, pneumonia bacteriana, hipertensão, angina, *diabetes* com complicações, hipertensão gravidez/eclâmpsia e as doenças mentais, pode-se

constatar que o número de casos tem aumentado ao longo dos anos, sugerindo baixa resolutividade no atendimento da Atenção Básica.

TABELA 11
Internações hospitalares por CSAA - MG, 2002-2005.

Condições sensíveis	2002	2003	2004	2005
1. Pneumonias bacterianas	84.722	80.839	76.863	68.938
2. Insuficiência cardíaca	57.642	54.574	50.524	48.216
3. Saúde mental	40.935	39.470	36.119	35.019
4. Gastreenterites	39.735	37.514	30.694	28.936
5. Doença pulmonar obstrutiva crônica e bronquite	33.898	30.818	29.235	27.930
6. Asma	28.774	26.794	25.284	22.559
7. Infecção no rim e trato urinário	21.913	23.577	21.414	20.948
8. Hipertensão	18.274	18.462	14.053	14.577
9. Desidratação	17.400	16.075	13.965	13.483
10. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	11.479	13.776	12.195	12.022
11. Diabetes com complicações	18.227	15.953	14.742	14.165
12. Desnutrição e deficiências nutricionais	6.890	6.596	6.048	5.262
13. Convulsão por epilepsias	5.271	5.521	5.251	5.156
14. Infecções pele subcutâneo	3.982	5.095	4.890	4.940
15. Anemia por deficiência de ferro	2.812	2.606	2.633	2.434
16. Hipertensão gravidez/Eclampsia	2.437	2.340	2.457	2.242
17. Infecções agudas vias aéreas superiores	775	797	916	893
18. Doenças imunizáveis e infecciosas preveníveis	1166	749	659	626
19. Sífilis congênita	81	62	52	83
TOTAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS	396.530	381.618	347.994	328.429

Fonte: Dados compilados pela autora (MINAS GERAIS, 2006b).

Nos municípios da microrregião, principalmente aqueles com população inferior a 20.000 habitantes, os índices das internações apresentam proporções mais elevadas. Os dados da Tabela 13 apresentam a tendência de elevação e a frequência relativa das internações no período de 2004 a outubro de 2007 em cinco (71,0%) municípios da microrregião.

O número de internações tem variado ao longo dos anos, não apresentando uma redução homogênea ou gradativa. Como exemplo, pode-se mencionar o município de Pingo d'Água, que apresentou índices diferenciados de internação, no período de 2004 (41,2%), em 2005 (31,9%), em 2006 (35,7%), voltando a aumentar até o mês de outubro de 2007 (36,9%) (TAB. 13, p. 90).

A variação no número de casos, que difere da tendência estadual, aponta para um sistema de atenção não resolutivo para as CSAA, confirmando as observações feitas por Oliveira (2007, p. 57) de que os serviços de Atenção Básica realizados pelos municípios por meio da ESF não se mostraram efetivos na prevenção de agravos e, conseqüente necessidade de hospitalização no estado de Minas Gerais. Homar *et al.* (2002) identificam como fatores

que podem condicionar as internações, as características do paciente, a variedade das práticas de atendimento hospitalar e as políticas de atenção das unidades de saúde. De acordo com as autoras, os profissionais da Atenção Básica de seu país, a Espanha, não concordam com o uso deste indicador para avaliação deste nível de atendimento porque eles não têm controle sobre todos os casos de internação que ocorrem, ou seja, a avaliação prévia e o encaminhamento dos usuários que internam por CSAA não são de controle exclusivo dos serviços de Atenção Básica.

Apesar das discordâncias dos profissionais quanto ao uso do indicador de internação por CSAA para medir a eficiência da Atenção Básica, Mendes (2002) considera que os indicadores de morbidade hospitalar são uma potente medida de qualidade da atenção primária à saúde que ainda carece de instrumentos adequados de medida do seu aspecto qualitativo.

Ainda que se observe uma redução gradativa nas causas (TAB. 12) e no número de casos (TAB. 13) das internações por CSAA na microrregião, estas continuam apresentando variações significativas em alguns municípios com taxas consideradas elevadas para os padrões internacionais de referência, acometendo com frequência as populações mais vulneráveis como as crianças e adultos maiores de 54 anos (PERPÉTUO; WONG, 2006).

No período de 2002 a 2005, as despesas municipais com internações hospitalares por CSAA apresentaram uma variação de 27,8% em 2002, reduzindo para 23,0% em 2005 (TAB. 14). Neste ano, o menor índice com despesas por CSAA coube a Marliéria, com 11,6% e o maior índice foi registrado por Pingo d'Água com 40,1% do total das internações registradas.

Ao analisar os gastos com as internações estas informações adquirem uma maior dimensão. Os dados da Tabela 14 permitem visualizar os valores pagos pelas internações por CSAA, no período de 2002 a 2005 na microrregião. O ano que apresentou o menor índice de despesas com as internações foi 2004 (R\$ 1.700.516,64). Em 2005, os gastos com CSAA na microrregião foram de R\$ 1.757.506,58. Apesar da redução no número das internações, as despesas referentes a estes procedimentos apresentaram-se mais elevadas no ano de 2005, indicando a necessidade de uma investigação mais detalhada para a compreensão dos motivadores destas despesas.

TABELA 12
Número e distribuição proporcional das internações hospitalares por CSAA de residentes na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2004-2007*.

Condições sensíveis	Ano 2004		Ano 2005		Ano 2006		Ano 2007*	
	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sarampo	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	1	0,03	0	0	2	0,07	0	0
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétano	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningite por Haemophilus	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congênita	3	0,09	2	0,07	4	0,15	0	0
Sífilis	0	0	0	0	1	0,04	0	0
Tuberculose pulmonar	2	0,06	2	0,07	3	0,11	3	0,17
Meningite tuberculosa	0	0	0	0	0	0	0	0
Outras tuberculosas	0	0	0	0	0	0	1	0,06
Gastroenterites	382	11,16	142	4,94	212	7,95	124	7,13
Desidratação	198	5,79	139	4,83	103	3,86	74	4,25
Anemia por deficiência de ferro	75	2,19	88	3,06	70	2,62	41	2,36
Desnutrição	111	3,24	77	2,68	72	2,7	49	2,82
Deficiências Nutricionais	0	0	0	0	0	0	0	0
Otite média supurativa	2	0,06	2	0,07	4	0,15	1	0,06
Infecção aguda vias aéreas superiores	9	0,26	6	0,21	8	0,3	2	0,11
Faringite, nasofaringite crônica	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumonias bacterianas	323	9,44	314	10,92	419	15,7	275	15,8
Asma	303	8,85	240	8,34	118	4,42	63	3,62
Bronquite aguda	39	1,14	37	1,29	21	0,79	14	0,8
Bronquite crônica	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfisema	2	0,06	2	0,07	3	0,11	3	0,17
Bronquectasia	2	0,06	2	0,07	3	0,11	1	0,06
Doença pulmonar obstrutiva crônica (não específica)	163	4,76	144	5,01	143	5,36	76	4,37
Febre reumática	3	0,09	4	0,14	5	0,19	1	0,06
Hipertensão	125	3,65	63	2,19	80	3	64	3,68
Angina pectoris	153	4,47	140	4,87	149	5,58	109	6,26
Insuficiência cardíaca	538	15,72	522	18,15	376	14,09	235	13,51
Edema pulmonar	52	1,52	29	1,01	31	1,16	38	2,18
Diabetes com complicações	177	5,17	172	5,98	146	5,47	105	6,03
Diabetes sem complicações	0	0	0	0	0	0	0	0
Convulsão por epilepsias	91	2,66	78	2,71	78	2,92	39	2,24
Hipertensão gravidez/Eclampsia	14	0,41	15	0,52	59	2,21	80	4,6
Infecção no rim e trato urinário	266	7,77	280	9,74	268	10,04	167	9,6
Infecção pele subcutâneo	162	4,73	154	5,35	115	4,31	63	3,62
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	54	1,58	70	2,43	20	0,75	17	0,98
Saúde mental	172	5,03	152	5,29	155	5,81	95	5,46
TOTAL	3422	100	2876	100	2668	100	1740	100

Nota: (*) Dados relativos ao período de janeiro a setembro.

Fonte: Dados compilados pela autora (MINAS GERAIS, 2008a).

TABELA 13
Número e proporção de internações hospitalares por condições sensíveis à APS, por município de residência na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2004-2007.

Município residência	2004		2005		2006		2007*	
	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa
Antônio Dias**	131	31,0	159	33,9	116	27,5	91	35,8
Coronel Fabriciano***	2072	34,3	1598	29,7	1479	31,4	895	29,3
Córrego Novo**	43	31,4	75	41,0	50	32,1	33	34,4
Jaguaraçu**	27	24,8	43	29,1	26	20,0	28	31,5
Marliéria**	66	36,9	42	28,4	48	27,7	28	20,9
Pingo d'Água**	68	41,2	46	31,9	60	35,7	45	36,9
Timóteo***	1015	28,8	913	26,0	889	25,7	634	27,3
TOTAL	3422	32,3	2876	28,8	2668	28,9	1754	28,9

Nota: (*) Dados referentes ao período de janeiro a outubro.

(**) Municípios com menos de 20.000 habitantes.

(***) Municípios com mais de 20.000 habitantes.

Fonte: Dados compilados pela autora (MINAS GERAIS, 2008a).

TABELA 14
Despesas com internações hospitalares por condições sensíveis na microrregião de saúde Coronel Fabriciano - MG, 2002-2005.

Microrregião Coronel Fabriciano	2002		2003		2004		2005	
	Frequência absoluta (R\$)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (R\$)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (R\$)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (R\$)	Frequência relativa (%)
TOTAL	1.712.523,70	27,8	1.751.538,20	27,1	1.700.516,64	23,4	1.757.506,58	23,0
Coronel Fabriciano	882.076,26	29,1	914.656,49	29,6	831.352,08	25,2	711.454,03	22,6
Antônio Dias	64.693,15	24,7	60.818,26	29,4	51.510,82	22,7	85.676,09	27,3
Jaguaraçu	23.048,66	34,1	15.626,98	18,1	8.102,41	16,0	25.567,40	25,1
Marliéria	30.100,84	31,8	29.924,03	39,9	27.238,94	26,9	15.438,34	11,6
Córrego Novo	25.315,91	34,4	23.805,79	30,1	15.289,33	24,9	24.803,14	25,3
Pingo d'Água	23.169,52	25,8	19.217,01	28,8	38.003,65	34,6	37.821,65	40,1
Timóteo	343.649,55	22,1	418.254,70	23,8	441.763,90	20,2	541.774,90	22,8

Fonte: Dados compilados pela autora (MINAS GERAIS, 2006b).

Considerando os valores pagos atualmente aos municípios pelo Piso de Atenção Básica (PAB) que é de R\$ 15,00/habitante/mês, e se compara com os valores gastos com as CSAA, a dimensão das internações adquirem proporções mais elevadas e exigem atenção especial. Os dados da Tabela 15, que foram calculados considerando o valor do PAB em Minas Gerais, no ano de 2005, correspondente a R\$ 1,20, permitem observar que 85,7% dos municípios gastaram aproximadamente mais de 45,0% do PAB com as CSAA. O PAB é o valor “*per capita*” pago aos municípios destinado a investimentos de procedimentos e ações de

assistência básica, como as consultas médicas em especialidades básicas, consultas de enfermagem, administração de medicamentos, atendimento odontológico básico e vacinação.

TABELA 15
Despesas com internações por condições sensíveis em relação ao PAB/Fixo Municipal, 2005.

Microrregião	CSAA (R\$)	PAB (R\$)	% de CSAA/PAB
Microrregião Coronel Fabriciano	1.442.538,50	3.348.547,20	43,1
Coronel Fabriciano	711.454,03	1.555.875,00	45,7
Córrego Novo	24.806,14	50.184,00	49,4
Jaguaraçu	25.567,40	43.860,00	58,2
Marliéria	15.438,34	65.400,00	23,6
Antônio Dias	85.676,09	151.850,00	56,4
Pingo D'Água	37.821,65	58.470,00	64,7
Timóteo	541.774,90	1.196.025,00	45,3

Fonte: Dados compilados pela autora (MINAS GERAIS, 2008b).

Não significa que a redução destes gastos implicará em uma reversão destes valores para o PAB. Trata-se de uma comparação para uma melhor compreensão da dimensão das despesas efetuadas com as CSAA (BRASIL, 2006e).

Os dados apresentados são relevantes uma vez que apontam para deficiências no cuidado prestado nos serviços da Atenção Básica que precisam ser identificados, analisados e reestruturados. Para Oliveira (2007, p. 57), “a ausência de impactos da APS sobre os níveis superiores de atenção remete a problemas na qualidade do cuidado prestado e na adequação deste aos seus objetivos de promoção da saúde e prevenção de agravos”.

O entendimento sobre os fatores que estão contribuindo para este quadro implica na compreensão sobre a organização dos serviços e suas conseqüências para o atendimento das internações hospitalares por CSAA.

A rede de serviços de saúde municipal da microrregião está organizada com serviços de atenção básica, de responsabilidade de todos os municípios e serviços de média e alta complexidade, que são pactuados na PPI e regulamentadas pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 93, 96 e NOAS/01/02). Nestas regulamentações, ao gestor municipal é conferida a responsabilidade pela organização da atenção básica de saúde, a organização, execução e garantia de acesso para a sua população a todos os demais níveis de atenção à saúde, além do controle da qualidade dos serviços prestados, com vistas a garantir a integralidade da assistência (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Na microrregião, a hierarquização do atendimento está estruturada em unidades de serviço. A alta complexidade pactuada para atendimento de acordo com os dados do Cadastro

Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) é realizada por 32 estabelecimentos de saúde. A Tabela 16 relaciona os serviços da atenção básica e média complexidade.

TABELA 16
Serviços de atenção básica, média e alta complexidade próprios, contratados e conveniados dos municípios da microrregião de Coronel Fabriciano - MG, 2008.

Unidades de serviços	Atenção Básica à Saúde	Média complexidade	Alta complexidade*
Coronel Fabriciano	24	34	03
Córrego Novo	01	02	04
Jaguaraçu	02	01	04
Marliéria	03	01	03
Antônio Dias	05	02	01
Pingo d'Água	01	02	02
Timóteo	11	34	03

Nota: (*) Serviços contratados e conveniados

Fonte: Dados compilados pela autora (BRASIL, 2008).

Os municípios de Coronel Fabriciano e Timóteo, além da atenção básica, possuem serviços próprios de média complexidade e complementam o atendimento da rede com a contratação de outros serviços da rede privada. A prestação de serviços também é realizada por meio dos convênios firmados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da microrregião do Vale do Aço (CONSAÚDE) com as instituições e profissionais prestadores de serviços de saúde na região. As pactuações para atendimento da média e da alta complexidade dos municípios de Córrego Novo, Jaguaraçu, Marliéria, Antônio Dias e Pingo d'Água são feitas com os municípios pólos da microrregião e com outros municípios da macrorregião Leste, obedecendo à lógica de regionalização do PDR elaborada para o território.

O atendimento dos usuários na atenção básica será apresentado no próximo tópico.

4.3 A organização e funcionamento da atenção básica na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano no controle das internações por CSAA: a perspectiva dos gestores e profissionais dos serviços

Neste tópico será apresentado o funcionamento dos serviços da atenção básica na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano, com vistas a identificar a sua organização e rede de apoio no atendimento das internações hospitalares por CSAA.

O atendimento ao princípio da integralidade da atenção nos serviços de saúde proposto pelo SUS e pelos vários autores que vêm estudando este tema, por meio das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, encontra na atenção básica o espaço para a sua concretização. Este nível atende a maioria das demandas da população apresentando,

portanto, potencial de reordenamento da demanda de atenção à saúde, influenciando o funcionamento dos atendimentos secundários e terciários. Esta realidade evidencia-se mais claramente nos municípios de menor porte da microrregião pesquisada, uma vez que têm estruturado em nível local apenas os atendimentos das unidades básicas de saúde.

Como já mencionado por Mendes (2002) e Homar *et al.* (2002), uma das medidas de efetividade do atendimento da atenção básica está associada ao indicador de internações hospitalares por CSAA, que identifica as causas de internações hospitalares por doenças que poderiam ter sido equacionadas na atenção básica. Este indicador aponta as deficiências na qualidade destes serviços, que geram aumento do risco de complicações das patologias consideradas evitáveis, para a população assistida, levando a internações e gastos desnecessários para o sistema público de saúde.

A identificação da organização e funcionamento da ABS na microrregião foi levantada junto aos gestores e profissionais para compreensão da relação entre a estrutura dos serviços, o atendimento prestado pelos profissionais e a ocorrência das internações por CSAA. Os depoimentos foram analisados considerando a perspectiva dos sujeitos, separadamente, em função dos diferentes papéis desempenhados por estes atores na rede assistencial.

Para entendimento da estrutura, foi considerada a organização e a integração dos serviços em níveis primário, secundário e terciário no atendimento às pessoas internadas com patologias consideradas de condições sensíveis. No que se refere ao atendimento dos profissionais foi considerada a prática de trabalho na rotina das UBS para detecção precoce, diagnóstico e encaminhamento dos casos no âmbito da rede de atenção e as medidas de intervenção implementadas para redução das CSAA (FIG. 6).

O conhecimento sobre o contexto do trabalho das equipes da ESF, dentro das UBS, contribuiu para a compreensão da dinâmica de funcionamento destes serviços o que, sob alguns aspectos, esclarece a alta prevalência das CSAA na microrregião.

Conhecer a percepção dos gestores e profissionais das equipes sobre o que está previsto na organização do serviço para o atendimento da atenção básica foi a segunda abordagem deste estudo. Desta maneira buscou-se identificar junto aos participantes da pesquisa o que está previsto nos planos municipais de saúde para este nível de atenção, como são identificadas as internações por CSAA e qual a organização dos serviços para o atendimento das pessoas internadas por CSAA.

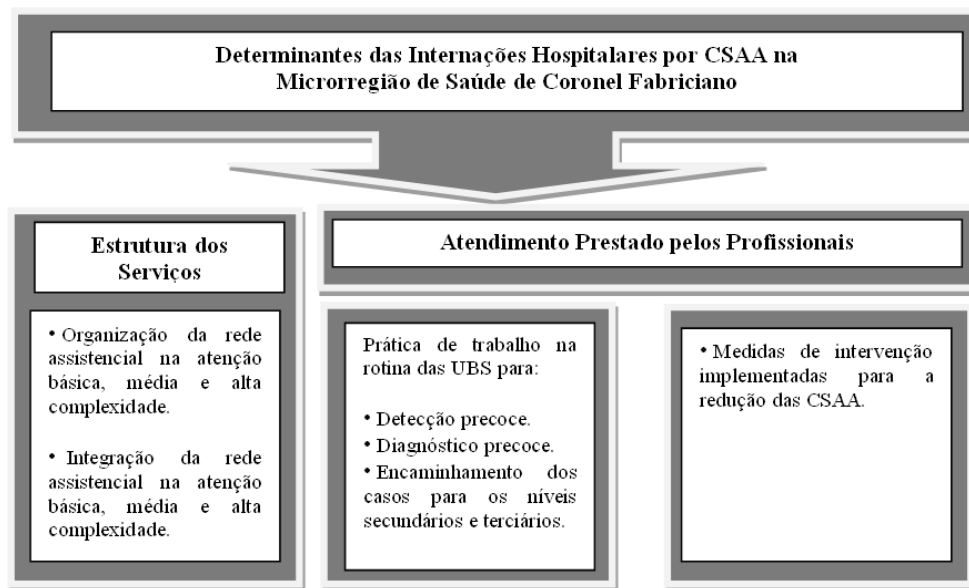


FIGURA 6 - Aspectos considerados na compreensão dos determinantes das internações hospitalares por CSAA na microrregião de saúde Coronel Fabriciano.

Fonte: Questionário elaborado pela autora, aplicado aos gestores e profissionais do serviço.

4.3.1 A percepção dos gestores municipais de saúde sobre organização e funcionamento da rede básica para o atendimento das pessoas internadas por CSAA

Entre as ações desenvolvidas pelos gestores destacam-se:

- participação nas atividades de rotina da UBS;
- atendimento ao público usuário do serviço;
- autorização para tratamentos fora do domicílio (TFD);
- reuniões na GRS, na SES/MG e com a comunidade;
- reuniões periódicas com a equipe de gestão, funcionários das unidades de saúde e equipes da ESF;
- visitas às unidades de saúde;
- acompanhamento dos serviços desenvolvidos pela secretaria de saúde (ESF, saúde bucal, farmácia básica, saúde mental, entre outros);
- atuação como ordenadores de despesas,
- atuação na presidência e organização de reuniões dos CMS;
- planejamento das ações de saúde municipal juntamente com a equipe de gestão;
- atividades relacionadas à organização municipal do Pacto pela Saúde.

A organização da atenção básica, no relato dos gestores, tem sido a tônica do planejamento e programação dos serviços, onde é priorizada a reestruturação da rede de atendimento com base na realidade de funcionamento destes serviços, dos recursos disponíveis e nas possibilidades de investimentos a curto e médio prazo, seguindo as orientações do Pacto pela Saúde. O objetivo é tornar a rede assistencial mais adequada e eficiente para o atendimento das demandas reais da população assistida. A síntese das ações desenvolvidas pelos gestores com o objetivo de organizar o funcionamento dos serviços encontra-se na Figura 7.

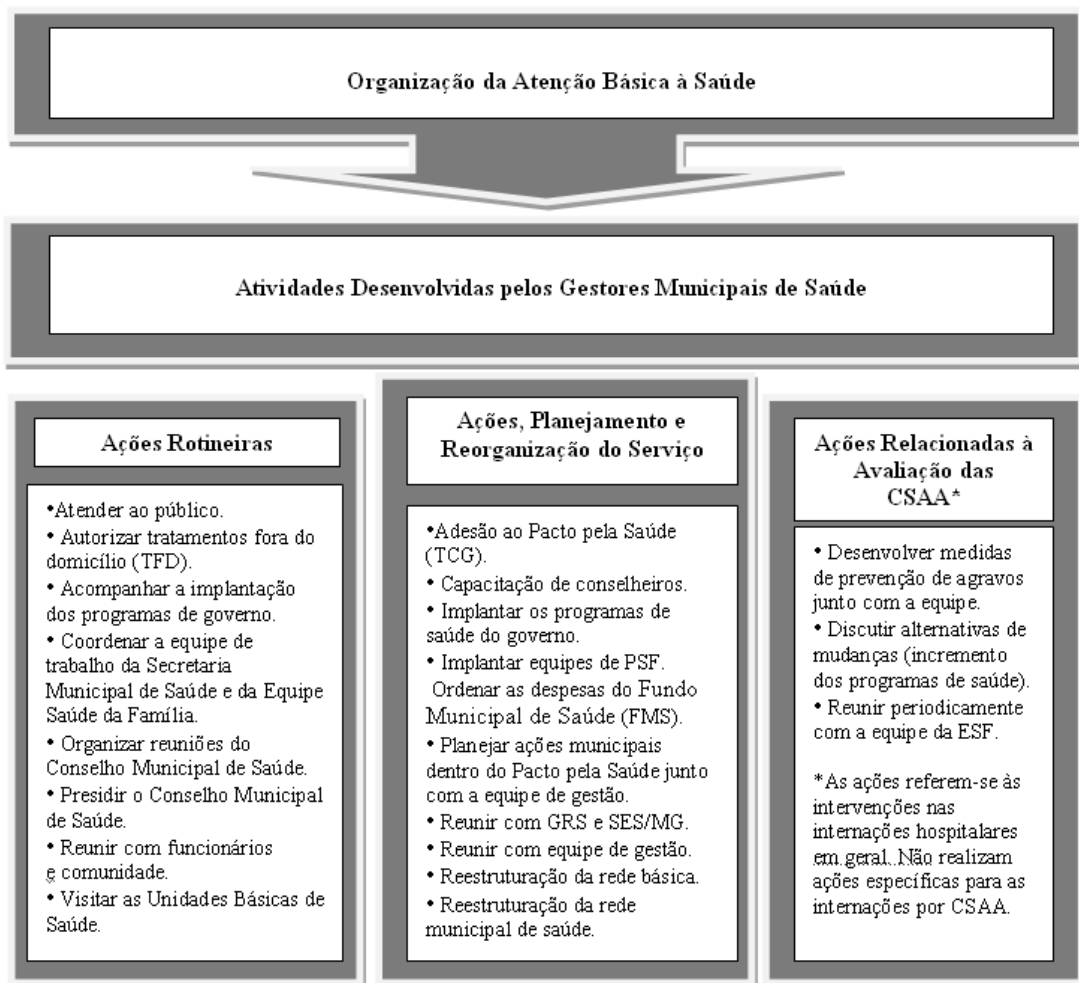


FIGURA 7 - Funcionamento dos serviços na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano na perspectiva dos gestores.

Fonte: Questionário elaborado pela autora, aplicado aos gestores e profissionais do serviço.

Na perspectiva da reorganização da rede, os depoimentos que indicam prioridade para a atenção básica e implementação dos programas do governo permitem inferir que existe uma compreensão por parte dos gestores sobre a importância de fortalecer a organização do nível

primário, mesmo estando a rotina destes serviços voltada para as ações curativas. O discurso é fortalecer e implantar todas as políticas de saúde previstas para a atenção básica, incentivar a participação popular por meio dos CMS na definição destes planos de saúde, intensificar o contato mais freqüente com a população, planejar o sistema de saúde em conjunto com a equipe de trabalho e estimular as equipes da ESF a desenvolver medidas de prevenção de agravos dentro das normatizações previstas pelos programas de governo, principalmente os programas estaduais. Os depoimentos apresentados a seguir confirmam estes propósitos.

A gente procurou se organizar, dando prioridade a atenção básica [...] criamos a equipe de saúde da família, o PSF, a equipe de saúde bucal [...] dedicamos também a farmácia básica e procuramos cobrar o atendimento preventivo e não curativo. (G1)

Nosso objetivo é chegar nas metas, todas as metas. Todos os programas implantados pelo governo estão sendo seguidos: o SISpré-natal, o da vacinação, a PPI, o SISVAN, a da dengue, do barbeiro também, temos um outro programa aí que é a farmácia básica, agora com essa implantação do PSF vai melhorar mais ainda. (G3)

Fazendo todo um planejamento de forma conjunta com a nossa equipe, através então do Conselho Municipal de Saúde e também das Comissões Locais de Saúde, [...] tem voltado muito a nossa atividade para a questão do Pacto pela Vida. (G6)

Analisando os relatos, observa-se que as diretrizes apresentadas pela gestão estadual e federal constituem-se nos elementos das programações municipais, indicando que as políticas públicas apresentam configurações organizacionais que auxiliam os gestores dos municípios na estruturação de seus serviços e no atendimento das necessidades locais. Estas diretrizes reguladoras contribuem para o (re)dimensionamento dos serviços, auxiliando na definição de critérios mais racionais de organização e funcionamento. Identificar os resultados alcançados com estas programações na melhoria do estado da saúde da população da microrregião é um aspecto que merece investigação mais detalhada, pois, no que se refere ao controle das internações por CSAA, as ações implementadas revelaram-se deficitárias, quando se avalia os casos ocorridos no período de janeiro de 2004 a setembro de 2007 (TAB. 13, p. 90).

Para Mendes (2002), apesar de a atenção básica ser uma responsabilidade dos gestores municipais, somente o desenvolvimento de ações coordenadas pelos três níveis de governo assegura condições necessárias para que estas se efetivem com qualidade e resolutividade. Para que a qualidade seja a tônica das ações desenvolvidas, Starfield (2002, p. 419) considera que os “serviços de saúde de alta qualidade” devem oferecer além do

diagnóstico das doenças e seu tratamento, medidas que favoreçam a prevenção de doenças futuras e a promoção do estado de saúde das pessoas e populações.

O fortalecimento da ABS está definido no Pacto pela Saúde, no âmbito da diretriz operacional do Pacto pela Vida, que referencia a ESF como um dos objetivos prioritários para a sua consolidação. Prevê como prioridades deste serviço o desenvolvimento da qualificação dos profissionais, a infra-estrutura de funcionamento das unidades básicas e a implantação do processo de monitoramento e avaliação em todas as esferas de governo (BRASIL, 2006a).

Considerando a responsabilidade dos gestores pela adoção de medidas de impacto para resolução dos problemas de saúde do nível local, os depoimentos apresentados sinalizam o escasso conhecimento sobre as causas das internações hospitalares por CSAA que ocorrem nos municípios. Entre os gestores, três (43,0%) informaram que ainda não fizeram avaliação das CSAA. Para dois (29,0%) deles, estas informações são apontadas como de maior domínio dos enfermeiros e dos médicos das equipes, um (14,0%) gestor realiza a avaliação da situação geral das internações, sem destacar aquelas por CSAA e um (14,0%) revelou que utiliza estas informações de forma incipiente. Os enfermeiros são os responsáveis pelos registros dos procedimentos e das informações geradas pelas equipes dos serviços, por meio do SIAB. Os depoimentos a seguir exemplificam esta situação:

Precisamente para eu te dizer eu tinha que estar fazendo este questionamento ao médico, médico junto com a enfermeira, para dar um parecer mais prático porque eu não tenho como te responder precisamente não. (G1)

Por eu estar aqui há pouco tempo, não sei te informar isso no momento. A gente pode estar olhando com a pessoa que acompanha isso aí pra gente ter o conhecimento. (G2)

Eu não sei, não sei te informar quais são os motivos. Vai ser a [enfermeira] ou o [médico] que vão te informar direito, são eles que controlam essas informações. (G3)

Ao relatar que “não sabem informar sobre as causas das internações”, pode-se considerar que existe deficiência nos processos de capacitação dos gestores para a administração dos serviços, pois as declarações indicam uma falha na apropriação dos instrumentos de gestão para planejamento e regulação das políticas de atenção ofertadas.

Nesta perspectiva observa-se que, de um modo geral, a atuação dos gestores está direcionada para o atendimento das demandas emergenciais internas do serviço, às solicitações das demais esferas governamentais referentes a implantação das políticas públicas de saúde no nível local e às demandas da população que freqüenta rotineiramente os serviços de saúde.

Considerando as proposições do Pacto pela Saúde, as responsabilidades dos municípios têm se ampliado consideravelmente, traduzidas pelos acordos entre os entes federados que buscam consolidar o processo de descentralização na perspectiva de uma gestão cooperativa e embasada na realidade e capacidade de resolução de cada nível de gestão. Estas pactuações têm como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS em todas as esferas governamentais, buscando garantir mecanismos de maior efetividade e eficiência no atendimento à saúde das populações (BRASIL, 2006a).

A responsabilidade de gestão das ações estratégicas da atenção básica está prevista na NOAS/01, que definiu como medida de avaliação dos resultados a utilização de indicadores do Pacto de Atenção Básica (atualmente incorporada ao SINPACTO) e das informações disponíveis nos bancos de dados nacionais. Estes devem constituir-se em ferramentas de planejamento dos profissionais e gestores dos serviços (BRASIL, 2001a). Nesta mesma diretriz, Pereira (1995) reafirma que os níveis de saúde/doença podem ser identificados pela utilização dos indicadores de saúde, notadamente os de morbi-mortalidade que medem os impactos das ações dos serviços de saúde no estado de saúde da população.

No que se refere à organização do sistema de referência e contra-referência no atendimento às pessoas que necessitam de internação hospitalar, pelos relatos apresentados, esta é realizada por meio da PPI. O atendimento da atenção secundária é pactuado entre os municípios, onde cada gestor apresenta a sua capacidade de atendimento próprio e o que pode ser ofertado aos municípios no atendimento das especialidades. Pelo relato de um dos gestores a pactuação é feita para atender às exigências legais, pois ao se fazer encaminhamento para os serviços especializados muitos usuários não têm conseguido o atendimento, retornando aos municípios sem resolução para o seu problema de saúde, o que é exemplificado no depoimento de G7:

É organizado no papel, de história, mas na hora do “vamos ver” não tem não, entendeu? A gente vai, participa lá com a regional, a gente faz a pactuação e algumas micros chegam nos oferecendo ou recebendo nossos serviços. Muitas vezes, eles querem e muitas vezes eles não querem. Então está difícil, mas difícil mesmo... Inclusive lá na parte das referências de consultas especializadas pelo SUS, hoje não existe. Quando era via telefone eu conseguia, todo mundo ficava: “como é que você conseguiu?” Eu conseguia até no último momento que o médico estava atendendo. Aí passou para o SUSfácil, aí se você vai reclamar, fala que não tem como ofertar esse serviço para a gente, mas a pactuação já foi feita. (G7)

A realidade vivenciada pelos gestores dos municípios de menor porte sobre a dificuldade de atendimento, após a elaboração das PPI, relatando que anteriormente “conseguiram os atendimentos” com maior facilidade, evidencia a fragmentação e

desarticulação da rede, onde muitas vezes os gestores negociam individualmente com as instituições o atendimento dos seus usuários ou a própria população tem que buscar a solução para os seus problemas de saúde. Para o Ministério da Saúde, a “programação deve procurar integrar as várias áreas de atenção à saúde, em coerência com o processo global de planejamento”, levando em consideração os planos de saúde, a capacidade técnica de cada ente federado e pela análise da situação e necessidade de saúde da população (BRASIL, 2006d, p. 9).

Para os gestores dos municípios de menor porte, os termos referência e contra-referência são desconhecidos, apesar de informar para onde as pessoas são encaminhadas (referência) quando necessitam do atendimento hospitalar. Esta situação confirma o aspecto já apontado sobre o despreparo dos gestores para o exercício da função gerencial, o que talvez seja uma das explicações para o fato de, algumas vezes, delegarem estas responsabilidades para os profissionais das equipes de saúde, notadamente para os enfermeiros.

Como assim? Referência nós temos assim [...] Você quer dizer alguns internamentos, onde que vamos, para onde que mandamos os pacientes? É em Timóteo com o hospital [...]. Com relação à internação? Com o de Fabriciano também, temos referência em Ipatinga, temos referências de internação em Belo Horizonte, em Valadares. O que é a contra-referência? É o que seria, mandar a papelada? Eu não posso te garantir se tem essa informação de volta, tanto que está dando um probleminha como se a gente tivesse mais internamento em relação a Ipatinga. Talvez seja por causa dessa contra-referência. Pode ver com o [médico] se ele sabe explicar isso. A referência sei que está bem organizada, já sabe pra onde que manda, a contra-referência não sei te informar. (G3)

Bom, se tem, eu não tenho conhecimento não. Porque é igual eu te disse, eu entrei mais agindo mais na prática, eu não tive assim um curso precisamente voltado pra essas questões. Então, às vezes, você acaba pegando pelo ar e acaba nem sabendo. (G1)

Apesar da afirmativa de um gestor de que existe hierarquização do atendimento na rede, pode-se considerar que o sistema de referência e contra-referência não está estruturado entre os serviços da atenção básica, atenção secundária e terciária nos municípios da microrregião, pois alguns gestores “*não têm conhecimento ou não sabem informar*” sobre o funcionamento deste serviço. O desconhecimento relatado por G1 e G3 reafirma a necessidade de investimento na qualificação permanente dos gestores municipais, pois lhes competem as decisões sobre a implementação das políticas de saúde no nível local. A falta de conhecimento sobre a gestão dos serviços pode comprometer a efetivação das ações de saúde, trazendo sérios prejuízos para o desenvolvimento da saúde local.

Pode-se constatar que os dois municípios de maior porte apresentam uma organização municipal de nível secundário e apenas um deles, o de nível terciário, que é conveniado dentro da rede municipal. Estes têm estabelecido um protocolo de atendimento em que a contra-referência está prevista. Porém, pelos relatos dos profissionais da ESF, esta normatização não se cumpre regularmente, em função da baixa oferta de atendimentos para as especialidades médicas e pela não observação do fluxo de atendimento previsto para a rede. Este pode ser considerado um dos fatores que contribuem para a frequência aumentada dos encaminhamentos hospitalares e a pouca utilização da rede secundária como apoio para a atenção básica no atendimento aos casos de CSAA, o que se confirma nos relatos abaixo.

Nós temos a atenção especializada, no centro de especialidades que faz um papel duplo. A unidade faz a Atenção Básica daquela regional e mais a parte especializada. E nós temos o pronto atendimento. O pronto atendimento é o grande triador para o hospital, quando perpassa pelo nosso atendimento. Mas as pessoas não procuram a porta de entrada, vão direto ao hospital. Então quando tem uma situação mais grave, que as pessoas já estão começando a entender a hierarquia, a pirâmide de atendimento da saúde, aí elas vão no pronto atendimento e o pronto atendimento faz a triagem e encaminhamento para o hospital, que é essa a nossa lógica que é desejável. (G4)

Nós temos uma ficha uma guia de encaminhamento ao hospital. Existe um trabalho também da referência e a contra referência. Nós temos um centro de especialidade de programa de saúde que cuida, por exemplo, da neurologia, da cardiologia, da otorrinolaringologia, da urologia, da pneumologia. Então sempre esgota-se a capacidade de resolução, dentro desse fluxo de referência e contra referência. (G6)

O fluxo dos usuários dentro da rede de atenção está condicionado às pactuações entre os gestores, sendo que os atendimentos especializados e hospitalares dos municípios de menor porte são pactuados com os municípios que ofertam estes serviços. Desta forma, buscam garantir o atendimento em todos os níveis de complexidades a todos os municípios, o que configura o sistema de referência e contra-referência.

A atenção no nível secundário que atende às especialidades básicas, à urgência e emergência, às clínicas especializadas, às especialidades cirúrgicas em ambulatórios e hospitais constituem um nível de atenção que deve estar aberto às demandas da atenção básica, com uma capacidade de resolução das demandas referenciadas evitando o seu agravamento (BRASIL, 2006d). Portanto, os encaminhamentos para este nível de atendimento precisam ser (re)organizados de forma que complementem a resolutividade da rede básica e atenda aos pressupostos do princípio da hierarquização do SUS.

O nível terciário de atenção oferece os serviços ambulatoriais e hospitalares especializados e de alta complexidade e densidade tecnológica (BRASIL, 2006d). Significa

que estes serviços devem ter disponibilidade de vagas para atendimento dos casos de maior complexidade, cuja capacidade de resolução não encontra resposta na atenção secundária e na atenção básica.

Todos estes níveis devem compor uma rede de atendimento hierarquizado e integrado que segue os princípios do SUS de regionalização e descentralização dos serviços de saúde e a pactuação entre os gestores que, orientados pelo PDR, devem organizar hierarquicamente a assistência à saúde. Ao dividir todo o país em macro e microrregiões de saúde, o propósito é garantir o acesso aos serviços, a equidade, a integralidade da atenção e a racionalização de gastos e recursos.

Em seguida, será apresentada a percepção da equipe da ESF sobre a atuação dos profissionais no controle das internações por CSAA na atenção básica.

4.3.2 A percepção da equipe da ESF sobre organização da rede básica para o atendimento das pessoas internadas por CSAA

Ao fazer a avaliação sobre a atuação dos profissionais da atenção básica no controle das internações por CSAA, pode-se identificar que, na rotina de atendimento, estão sendo desenvolvidas algumas das atribuições preconizadas para os integrantes das equipes da estratégia saúde da família e, dentro destas, mantêm um padrão de atuação calcado no modelo convencional de atendimento. Alguns procedimentos preconizados para atuação na ESF, como acolhimento é realizado por 4,0% dos ACS e 8,0% dos enfermeiros. A busca ativa para imunização e detecção precoce das doenças transmissíveis é feita por 4,0% dos ACS e 28,0% dos enfermeiros. A implantação de protocolos de atenção ou linhas guias foi citada como uma prática desenvolvida por 8,0% dos enfermeiros. A organização e implementação dos programas de saúde foram assinaladas como uma prática de 16,0% dos ACS, 77,0% dos enfermeiros e 21,0% dos médicos e as reuniões de equipe foram citadas como atividade regular de 31,0% dos enfermeiros e 29,0% dos médicos. O procedimento realizado com maior frequência por todos os profissionais é a visita domiciliar, citada por 100,0% dos ACS, 92,0% dos enfermeiros, 79,0% dos médicos e 100,0% dos técnicos de enfermagem. A frequência reduzida das atividades de promoção e prevenção previstas essencialmente para a equipe da ESF indica uma tendência de maior permanência dos profissionais da enfermagem e da medicina dentro das UBS, com atendimento focado nas demandas rotineiras. A esse respeito, Mendes (2002) refere-se ao entendimento insuficiente sobre o significado da ESF pelos diferentes atores sociais. Entre os gestores, profissionais do serviço e população prevalece a

cultura do modelo flexneriano, com foco no atendimento das patologias e nas especialidades, afastando os profissionais das práticas inovadoras e resolutivas e direcionadas para a integralidade da atenção. Esta perspectiva é compartilhada por Cunha (2005) que reconhece os avanços da ESF, mas destaca a necessidade de revisão e elaboração da prática clínica de todos os profissionais da equipe, que reforçam a cultura curativista das intervenções da atenção básica.

Esta situação reflete a manutenção da cultura de atendimento direcionada para a prática da consulta médica, do uso de medicamentos e exames e das internações hospitalares, fortalecendo a imagem do hospital como o espaço de resolução dos agravos que afetam a saúde da população. Pode-se dizer que há um conceito generalizado de que, na atenção básica, resolvem-se os casos mais simples, não sendo necessário, portanto, investir no aprimoramento técnico e em tecnologias mais avançadas neste nível de atendimento.

No entanto, a baixa capacidade de resolução para agravos como o das internações por CSAA indica que maiores investimentos precisam ser feitos no preparo dos profissionais e gestores que respondem por este espaço de atendimento. A este respeito, Sena *et al.* (2007) alertam para os sistemas de formação dos enfermeiros, cujos projetos pedagógicos de curso devem ter como premissa concepções que privilegiem o cuidar, voltado para a integralidade e a qualidade da atenção à saúde. Estas concepções devem ser incorporadas por todas as áreas de formação profissional, que se propõem a lidar com a área da saúde, contribuindo assim para a formação de profissionais qualificados, com competências e habilidades que proporcionem a efetivação dos princípios previstos no SUS. Para as autoras esta é um dos pontos centrais no enfrentamento das demandas atuais no campo do ensino e da assistência à saúde, cuja organização curricular ainda se estrutura na organização de práticas reducionistas, voltadas para as patologias e a remissão de sintomas, que não contribuem para o entendimento do cuidado como construção de projetos de vida, de saúde e de enfrentamento de doenças.

Ao ser avaliado o nível de conhecimento dos profissionais sobre os Planos Municipais de Saúde (PMS), 68,0% dos entrevistados relataram desconhecer o seu conteúdo, 15,0% informaram que o conhecem parcialmente e 12,0% afirmaram ter conhecimento sobre o seu conteúdo. A Tabela 17 apresenta o nível de conhecimento sobre o PMS por categoria profissional.

Merece destaque o fato dos ACS e técnicos de enfermagem apresentarem o menor conhecimento sobre o PMS, indicando o quanto estes profissionais estão desvinculados dos processos de organização dos serviços de saúde. Este cenário reflete a divisão social do trabalho, onde os profissionais com menor qualificação geralmente não são inseridos na

discussão e elaboração dos planejamentos, cabendo-lhes apenas a função de executar as atividades previstas nos planos de saúde. Este é um importante aspecto a ser considerado ao se discutir e definir as estratégias de funcionamento dos serviços de saúde, merecendo, portanto, uma avaliação mais criteriosa.

TABELA 17
Conhecimento dos profissionais da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG,
sobre o Plano Municipal de Saúde, 2008.

Profissionais	Conhecimento sobre o plano municipal de saúde							
	Sim	%	Parcialmente	%	Não	%	Não respondeu	%
ACS	0	0	2	3	21	32	2	3
Enfermeiros	6	9	3	4	4	6	0	0
Médicos	2	3	1	2	11	17	0	0
Técnico de Enfermagem	0	0	4	6	9	13	1	2
TOTAL	8	12	10	15	45	68	3	5

Fonte: Questionário elaborado pela autora, aplicado aos gestores e profissionais do serviço.

Entre os oito (12,0%) profissionais que afirmaram ter acesso ao PMS, três são conselheiros municipais de saúde e relataram que as informações foram obtidas durante as reuniões do conselho; dois (3,0%) participaram da reelaboração dos planos; e um (1,5%) teve acesso durante o curso de pós-graduação. Os relatos revelaram um conhecimento restrito e fragmentado sobre o conteúdo do PMS, como ilustram os trechos dos depoimentos a seguir:

Para atenção básica os programas, a questão dos SIS pré-natal, tem o programa de Hiperdia, o programa de atenção à mulher, exames clínicos patológicos. (E1)

Ele foi apresentado agora no Conselho Municipal. Está dando atenção à tuberculose e hanseníase que deve estar na atenção básica. Aumentar a cobertura do preventivo na comunidade. Continuar com a meta da campanha de vacinação, a questão da saúde bucal. O Hiperdia também, estar diminuindo as causas das internações que foi alta, fazer palestras, educação da comunidade, que esse é o nosso principal alvo. (E4)

O Plano Municipal a gente conhece porque eu sou Conselheiro Municipal de Saúde também, até então, mas se não fosse dessa forma eu não conheceria. O plano está prevendo, a melhoria da atenção básica no sentido de ampliar as Unidades de Saúde da Família, colocando um pouco mais de tranquilidade nas equipes em relação à sua composição. (E11)

O funcionamento da ABS deve ser parte integrante dos planos municipais de saúde, notadamente pela responsabilidade dos gestores municipais pela atenção básica. Um dos fatores que pode contribuir para a efetivação e a efetividade da assistência neste nível está relacionado ao conhecimento dos profissionais da ponta sobre os objetivos e metas previstas nestes planos, assim como o seu processo de avaliação. Este aspecto adquire relevância, quando se considera que estes profissionais são os responsáveis pela execução e a qualidade

dos resultados das ações implementadas, neste nível de atendimento. Portanto, faz-se necessário seu envolvimento e participação efetiva no planejamento dos serviços.

O fortalecimento da ABS está definido na NOAS 01/01 que ampliou as responsabilidades e ações estratégicas da atenção básica nos municípios e no Pacto pela Saúde, dentro da dimensão do Pacto pela Vida. Nestas diretrizes operacionais um dos principais objetivos é referenciar a ESF como prioritária para a sua consolidação da ABS e prevê como responsabilidade deste serviço dentre outros, o desenvolvimento da qualificação dos profissionais, a infra-estrutura de funcionamento das unidades básicas, além da implantação do processo de monitoramento e avaliação dos serviços ofertados (BRASIL, 2006a).

No que se refere ao conhecimento sobre as causas das internações hospitalares que ocorrem nos territórios, as informações fornecidas pelos entrevistados sobre as causas mais frequentes revelam conformidade com as estatísticas apresentadas pelo banco de dados da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES/MG (MINAS GERAIS, 2008a). São apontadas como as mais frequentes as pneumonias, outras infecções respiratórias e as complicações por *diabetes* e hipertensão. Os depoimentos de E4 e M9 ilustram estas observações:

Está tendo muita internação por pneumonia, por *diabetes*, por hipertensão [...]. (E4)

A hipertensão, *diabetes*, associação das duas... mas essencialmente nessa linha de hipertensão e *diabetes* tem tido mais. Mas não são muitos casos que eu tenho mandado não. Só quando tem uma pneumonia com desidratação, por exemplo. (M9)

Na abordagem sobre as causas das CSAA, o termo internações hospitalares por CSAA, ou condição sensível, é desconhecido para os ACS e para os técnicos de enfermagem. No entanto, são de conhecimento de 77,0% dos enfermeiros e 36,0% dos médicos das equipes. Assim, ao realizar o levantamento dos dados para a pesquisa foi necessário utilizar o termo “internações hospitalares” para que os entrevistados pudessem explicar sobre a realidade de atendimento destes casos.

Considerando que no SISPACTO os gestores pactuaram a redução das CSAA e o indicador internação hospitalar é um dos instrumentos de avaliação de resultado desta meta, confirma-se a necessidade de capacitação dos profissionais da rede para compreenderem os mecanismos de avaliação dos serviços executados, tendo por referência os riscos e agravos que atingem a população pela qual são responsáveis. Entre as estratégias a serem utilizadas na capacitação de pessoal estão os investimentos em educação permanente de todas as equipes da rede de atendimento.

As informações da equipe da ESF sobre a organização do serviço para o atendimento das pessoas que necessitam das internações hospitalares apresentaram-se bastante deficitárias. Ao serem abordados sobre a trajetória dos usuários na rede de atendimento, o propósito era identificar como estava funcionando o sistema de referência e contra-referência, a interlocução entre os serviços e sua utilização pelos profissionais da atenção básica. Pode-se observar que são várias as alternativas utilizadas para as internações, que não estão vinculadas exclusivamente às UBS, como previsto pelo PDR na hierarquização da rede.

A organização da rede, no que se refere ao fluxo de avaliação e encaminhamento aos níveis secundário e terciário de atenção, permite referenciar os usuários em função das pactuações da PPI. Entretanto, o que se pode observar foi a utilização frequente do atendimento hospitalar, após esgotarem-se as possibilidades de respostas da atenção básica. A organização dos encaminhamentos para o nível secundário, dentro de uma hierarquização de atendimento, somente foi observada em dois municípios que a realizam de forma incipiente.

A interlocução entre os serviços ainda é limitada, pois o contato para as internações restringe-se, em alguns municípios, às guias de encaminhamento o que pode ser constatado nos depoimentos que se seguem:

Ele passa primeiro pela enfermeira e a enfermeira passa pro médico e é do médico que ele é encaminhado, entendeu? Se não der pro médico aqui da Unidade resolver o problema dele ele encaminha pro hospital. (AC8)

Nós não temos nenhum documento com força de internação. Não existe nenhum protocolo de referência e contra-referência entre esses serviços, então a gente simplesmente faz um relatório, preenche um formulário e encaminha, dizendo o por quê que está encaminhando, colocando a gravidade ou o tipo de intervenção. Se o médico está ou o enfermeiro, faz aquele resumo. Se está somente o auxiliar de enfermagem, ele preenche para garantir o atendimento no pronto atendimento lá do hospital. Outro fluxo que eles seguem é [...] eles vão diretamente ao pronto atendimento. Só que o pronto atendimento só faz os atendimentos referenciados através dessas guias. A internação é de acordo com a disponibilidade de leitos no hospital, ou também de acordo com a visão do plantonista, que muitas vezes devolve o paciente pra casa. Outro fluxo, o próprio agente comunitário pode perceber, num momento que não tenha um profissional, um médico ou enfermeiro na unidade, pode perceber que é uma condição de certa gravidade e ele mesmo faz o encaminhamento. (M13)

A análise do depoimento de M13 acerca da “inexistência de protocolo para a efetivação do sistema de referência e contra-referência”, alerta para a informalidade praticada nos serviços o que, apesar da aparente agilidade no atendimento, não deve ser entendido como resolutividade de atenção. A respeito da resolutividade, Merhy (2006, p. 139), destaca que uma ação resolutiva não está limitada a uma conduta, neste caso a garantia do atendimento no pronto atendimento do hospital por meio da guia que pode ser preenchida por qualquer

profissional da ESF, mas colocar à disposição do usuário toda a tecnologia disponível que defina o diagnóstico e tratamento adequado de cada caso, que aborde a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde e que seja capaz de alterar o quadro do usuário, aliado à sua satisfação com o resultado alcançado.

Os relatos abaixo sugerem que os serviços ainda estão distantes desta perspectiva apontada por Merhy (2006), pois ainda falta uma organização mais efetiva da rede para o atendimento das internações por CSAA:

Quando é solicitada, é feita a visita domiciliar. Eu faço a visita junto com o médico ou com a enfermeira e eles geralmente encaminham o paciente para o hospital quando tem necessidade. Quando é na unidade de saúde o procedimento é o mesmo, o médico faz o primeiro atendimento e no caso de não conseguir resolver o problema aí passa pra internação. Às vezes, ele procura o serviço espontaneamente quando a unidade está fechada. (TE6)

A gente tem alguns obstáculos, que são os encaminhamentos, as referências, isso atrapalha um pouco nosso trabalho, mas a gente tenta passar por cima, fazer o que pode e seguir em frente. A gente não tem muitos exames e tem paciente que gosta de consultar, de pedir e de fazer exame. Acho que a dificuldade nossa está sendo os encaminhamentos. Ortopedista eu tenho três vagas no mês, quatro vagas no mês de cirurgião, isso dificulta um pouco o trabalho do PSF. A gente tem vários casos aqui e não pode ficar sem. A briga do usuário com o PSF é a respeito de encaminhamento. (E5)

Mesmo com as pactuações aprovadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) regional e estadual, a rede tem vivenciado alguns “obstáculos, que são os encaminhamentos e as referências”, interferindo na integralidade do atendimento, além da limitação nos exames complementares que poderiam auxiliar na avaliação clínica mais detalhada dos usuários, permitindo o atendimento nas UBS. Alguns médicos dos municípios de menor porte afirmaram que fazem encaminhamentos para o nível terciário com maior frequência, em função da carência de exames complementares, o que os deixam inseguros para fazer o acompanhamento no nível local. Esta situação é agravada pelo distanciamento entre os municípios quando é necessário o atendimento hospitalar. Para Vasconcelos e Pasche (2006, p. 552) isto “retrata as dificuldades da gestão municipal em assegurar uma atenção básica resolutiva e de qualidade e os entraves em viabilizar o acesso dos usuários que demandam atenção especializada”.

A dificuldade de gestão da atenção básica relatada por todos os gestores, aliada ao despreparo para as atividades de gestão declarado por 71,0% destes atores, confirmam as afirmativas dos autores. O desconhecimento dos mecanismos de funcionamento do sistema de saúde e a deficiência na organização e funcionamento dos sistemas locais para atendimento à

população por parte dos gestores e dos profissionais em todos os níveis comprometem a capacidade de resolução para os problemas detectados.

Gestores despreparados, profissionais desqualificados e rede assistencial desarticulada são fatores que deterioram a possibilidade de uma assistência de qualidade. Merhy (2006) afirma que o atendimento aos usuários deve se traduzir por intervenções efetivas baseadas na abordagem integral dos problemas para além do sofrimento individual, devendo ser reforçadas as ações coletivas.

Neste sentido, devem-se buscar processos de qualificação da gestão e da assistência que viabilizem a melhoria do sistema de saúde, façam o monitoramento e a avaliação dos serviços implantados, organize políticas de qualificação profissional que dominem o quadro epidemiológico dos territórios. Estas são condições estratégicas para a coordenação dos serviços e oferta de cuidado qualitativo de saúde, em todos os níveis de atenção.

No que se refere à dinâmica das internações hospitalares, verificou-se no decorrer da análise que as mesmas ocorrem mediante quatro fluxos de atendimento. O fluxo 1 é mais freqüente nos municípios de menor porte, cujo acesso aos serviços de saúde de maior complexidade ocorre por meio das UBS, não existindo outro sistema de atendimento no município. O usuário procura espontaneamente o serviço ou é encaminhado pelo ACS e para conseguir o atendimento precisa ser avaliado obrigatoriamente pelos profissionais da atenção básica. Após a avaliação do ACS, o usuário é atendido pelo técnico de enfermagem, a seguir pelo enfermeiro e, por último, pelo médico que define a necessidade da internação e o encaminha para o atendimento no nível terciário. A utilização do nível secundário é muito restrita.

O fluxo 2 é definido pelo próprio usuário, que não referencia a unidade de saúde ou tem plano de saúde e procura diretamente o hospital quando considera que necessita da internação hospitalar. Ocorre em todos os municípios da microrregião, mas não foi identificado o percentual da população que o utiliza, por não ser foco deste estudo. Os usuários que seguem este fluxo praticamente não freqüentam as UBS.

O fluxo 3 é muito comum nos municípios de maior porte, onde a rede municipal tem estruturado a alta complexidade ambulatorial. Os usuários sabem desta disponibilidade e preferem utilizá-la por considerarem que o acesso é mais fácil. Sabem que neste serviço o atendimento é mais rápido e faz encaminhamento para o hospital. Os serviços de pronto atendimento são verdadeiras unidades básicas de atendimento noturno, sendo a preferida dos usuários que preferem não freqüentar as UBS durante o dia. Os usuários são avaliados

inicialmente neste serviço e na impossibilidade de resolução, são encaminhados para internação hospitalar.

O fluxo 4, menos freqüente, é determinado pelos ACS que, ao identificar que o usuário encontra-se em uma situação de risco, o encaminha para internação e comunica o fato à equipe. Desencadeia-se em unidades mais distantes, com locais de difícil acesso dos usuários e das equipes.

Uma melhor visualização destes fluxos pode ser observada na figura 8.

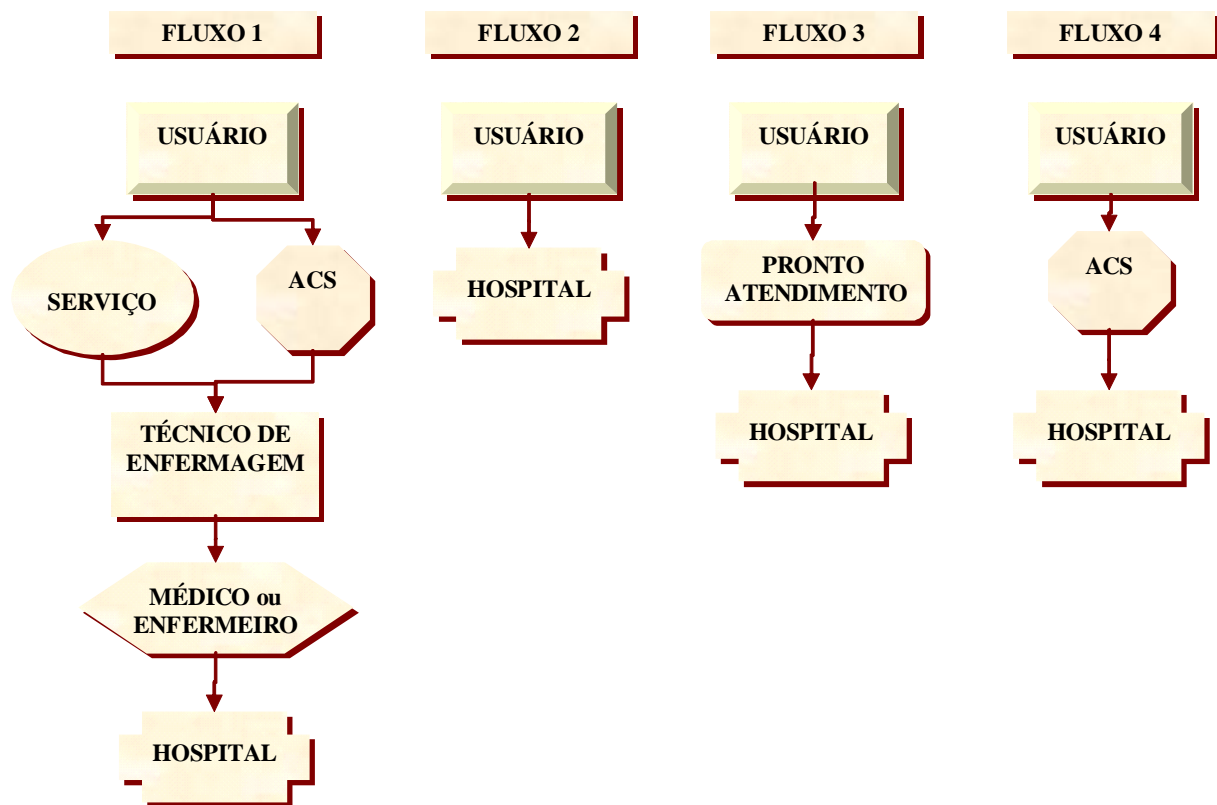


FIGURA 8 - Fluxos do atendimento das internações hospitalares por CSAA na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano.

Fonte: Questionário elaborado pela autora, aplicado aos gestores e profissionais do serviço.

Baseados nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, os fluxos apresentados, permitem inferir que não existe uma rotina padronizada no sistema de saúde microrregional ou mesmo dos municípios que oriente o atendimento ao usuário que necessita de internação hospitalar. Foi evidenciado que o desencadeamento do fluxo para a internação inicia-se com os usuários que muitas vezes transitam pela rede de serviços com uma relativa autonomia, criando seu próprio fluxo de atendimento. Este processo nem sempre é controlado pelos gestores e profissionais de saúde, fato que também ocorre com os serviços da atenção de

outros países como a Espanha (HOMAR *et al.*, 2002). Pode-se considerar que os serviços incorporaram este esquema de funcionamento. Os usuários seguem as etapas de cada fluxo em função das suas necessidades e em busca das respostas que consideram serem as mais eficientes na solução dos seus problemas de saúde, confirmando a fragmentação e a falta de integração da rede nos três níveis de atenção. Algumas vezes dirigem-se diretamente ao serviço hospitalar, por considerarem que as UBS não têm respostas para as suas demandas.

Quanto menor o vínculo do usuário com as equipes e a capacidade de resolução das UBS, mais os usuários empenham-se na busca pelo atendimento hospitalar, confirmando a preferência pelo atendimento curativista e hospitalocêntrico. A população tende a valorizar mais a disponibilidade de consultas médicas, grande motivo da frequência às UBS, do que as intervenções de caráter preventivo e de promoção da saúde. Neste contexto, vão criando suas estratégias de acesso aos atendimentos de saúde.

No atendimento às internações hospitalares, as avaliações e os encaminhamentos são geralmente feitos pelos médicos da UBS e pelos enfermeiros, que fazem a referência. No entanto, estes profissionais informaram a inexistência da contra-referência. A esse respeito, o Ministério da Saúde reforça que é preciso definir claramente a relação dos serviços de atenção básica com os demais níveis de atenção, pois há uma relativa independência de atuação dos serviços terciários, cujo fluxo de demanda revelou-se desorganizados e com frágeis mecanismos de regulação. O mesmo ocorre com os serviços de média complexidade, no que se refere às consultas especializadas, que são pouco sensíveis às demandas da atenção básica, pois atendem a poucos pacientes, com retornos frequentes, que não são contra-referenciados para a rede básica (BRASIL, 2006d).

O encaminhamento para o nível secundário, quando não tem resposta na atenção básica, foi identificado em dois municípios, porém não é um procedimento adotado rotineiramente. Nos municípios onde não existe hospital, os usuários dependem de transporte para serem encaminhados. Nestes casos, os encaminhamentos através da UBS são mais frequentes, mas apresentam uma resolutividade similar à dos municípios de maior porte, onde os clínicos fazem a avaliação e encaminham para atendimento hospitalar. No atendimento às pessoas que se internaram por CSAA, não foram identificados encaminhamentos para o nível secundário no que se refere às especialidades de atendimento, como um recurso de intervenção ou complementação do cuidado prestado. A justificativa apresentada pelos profissionais está ligada à escassez de vagas para este nível de atendimento.

Dando continuidade à análise deste cenário, no próximo tópico será abordada a prática assistencial oferecida aos usuários da rede no atendimento às internações hospitalares.

4.4 A avaliação do cuidado oferecido nos serviços da atenção básica na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano

A construção do novo modelo assistencial proposto pelo SUS implica na mudança do paradigma assistencial em saúde, abrangendo a transformação das práticas de atendimento por parte dos profissionais de saúde. Para Pires (2005, p. 1030), a mudança consiste em transcender a abordagem curativa, hospitalocêntrica, fragmentada em especialidades, fundada em processos de trabalhos rigidamente divididos, por abordagens interdisciplinares com resgate da integralidade da atenção, centrada na saúde, na comunidade, no fortalecimento das redes solidárias, na participação social e na pessoa como sujeito do seu processo de saúde/doença seja em nível individual ou coletivo.

No atendimento às internações por CSAA, considerando a prática do cuidado, foi analisado o atendimento e acompanhamento das pessoas pelos profissionais das equipes da ESF antes e após a internação, a interlocução entre os serviços da rede e a capacitação técnica dos profissionais envolvidos neste atendimento.

A identificação da necessidade de internação geralmente é detectada durante as visitas domiciliares de rotina realizadas pelos ACS, seguida da informação dos familiares e, em seguida, dos vizinhos. Ocasionalmente, as internações ocorrem por demanda espontânea, o que é mais frequente nos municípios de menor porte, em função da área territorial e da disponibilidade de transporte para acesso a áreas mais distantes. A avaliação dos casos para internação e após a alta hospitalar é realizada pelos profissionais da ESF, principalmente médicos e enfermeiros que atendem, em caso de necessidade, nos domicílios e na UBS, na maioria das vezes. O relato de AC18 e E8 descreve como se processam estes atendimentos:

Através da visita domiciliar mesmo, da busca ativa, eu vou pras ruas fazer as visitas, às vezes nem vou passar nas casa da pessoa, mas o vizinho fala: você sabe que o fulano de tal tá internado? Eu falo “eu não, tô sabendo agora”. Aí a gente procura a família. (AC18)

Nós vamos saber que ele tem internação se ele vier aqui ou se a agente comunitária for atrás dele e notar que tem algum problema de saúde. Tem dois meios: um meio é esse. Se for um problema que não está no âmbito da atenção básica, então na visita domiciliar ou na livre demanda nós encaminhamos, com encaminhamento por escrito, ou eu ou o médico. (E8)

Geralmente o agente de saúde que tá acompanhando a região dele vai e pede uma consulta ou uma visita domiciliar e tem uma avaliação prévia por mim ou pela enfermeira e a gente faz o encaminhamento do paciente pro hospital se houver necessidade [...] quando não estou, eu nem a enfermeira aqui, ele liga pede o carro e vai pra outro município. (M14)

Se for um caso do paciente estar em casa eu vou até a casa dele, faço a minha avaliação, vejo se realmente o paciente tá bem ou se precisa da visita médica. Então a gente entra com recurso que tem na unidade, as medicações.

Não resolvendo com a medicação que tiver no posto, aí sim o médico encaminha para o hospital pra fazer exames mais detalhados. (TE3)

No que se refere ao acompanhamento do usuário durante o período da internação, de acordo com os relatos apresentados, este não é realizado regularmente pelos membros das equipes. A comunicação entre os níveis de atenção básica e terciária é precária e está vinculada à necessidade de cada serviço durante o atendimento, principalmente quando envolve a atenção hospitalar. Este serviço tem contato com as equipes da ESF por meio do serviço social. O contato é feito quando os profissionais do serviço querem visitar os usuários internados; quando os usuários necessitam de procedimentos mais complexos, como exames laboratoriais e radiológicos que não são oferecidos pelos hospitais dentro do convênio com o SUS; para solicitar documentos ou para informar sobre altas e óbitos.

As informações sobre a evolução dos usuários são mais frequentes por meio dos familiares, que informam aos ACS e estes às equipes. Durante as entrevistas, dois médicos (14,0%) relataram que fazem visitas frequentes aos usuários no hospital, um (7,0%) faz plantão do hospital, portanto, tem acesso facilitado para as visitas e um (7,0%) faz visitas ocasionais e mantém contato com os médicos do hospital por telefone.

No grupo de ACS e técnicos de enfermagem, um (4,0%), em cada categoria relatou fazer visitas ocasionais aos usuários da sua microárea quando são internados. Entre os enfermeiros, quatro (31,0%) também relataram que as visitas são pouco frequentes e em função dos problemas apresentados pelos usuários. Os relatos a seguir expressam as situações observadas.

Aqui a gente não tem o acompanhamento durante a internação. Não existe praticamente um acompanhamento do paciente durante a internação dele porque está tudo sob responsabilidade do hospital pra onde ele foi encaminhado. Enquanto agente comunitário de saúde não é feito, a gente não tem nenhum acesso, nenhuma informação do que está acontecendo lá, a não ser que a gente pergunte, porque eu faço isso, pergunto pro familiar: *como é que está indo a situação do paciente fulano? Tem tido melhoras [...] é o familiar dele que passa pra gente.* (AC1)

Uma vez internado, só nos comunicam quando existe efetivamente alguma necessidade de algum suporte, um exame complementar, não existe uma interlocução sistemática, não existe este canal automático não. Isto aí depende de alguma coisa que a gente possa fornecer, alguma coisa que a gente possa ajudar. Mas fora disso, algum exame sofisticado, que às vezes o próprio hospital não tem e que, às vezes, eles pedem à gente, mas não existe nada assim de uma interlocução rotineira não. (M3)

Quando ele chega em casa, a gente está visitando pra ver quais procedimentos que o hospital mandou pra gente já está solucionando este problema. (TE12)

A interlocução entre os serviços não se deve efetivar com o único propósito de organizar a hierarquização do atendimento da rede e facilitar o fluxo de atendimento ao usuário. A intervenção dos profissionais no comportamento das patologias e na mudança de comportamento das pessoas na atenção básica requer interlocução produtiva para proporcionar resultados qualitativos, ou seja, o usuário precisa receber um acompanhamento que valorize sua cultura e características de vida. Estes elementos influenciam na recuperação e no desenvolvimento de novas atitudes relacionadas ao modo de vida e interferem no estado de saúde. Para tanto, o olhar dos profissionais sobre os problemas de saúde da população, deve extrapolar o aspecto orgânico e organizacional, levando à ampliação da prática clínica para além dos aspectos mencionados. Neste campo, Cunha (2005, p. 23-30) relata que há um limite no olhar hospitalar, quando este se volta para a atenção básica, pois:

[...] a capacidade de diálogo é essencial – o que implica disposição (e técnica) para a escuta, em aceitação do outro e de seus saberes [...] o Sujeito tem espaço para exercer sua autonomia, a vida tem espaço para exercer influência, [...] O trabalho, a família, a religião, a cultura, a violência social - tudo isso afeta o Sujeito doente e seu tratamento.

Os profissionais muitas vezes mostram-se confusos e até mesmo impotentes diante da complexidade de fatores que determinam o comportamento dos sujeitos que atendem. Aparentam dificuldades para lidar com as necessidades e exigências desta clientela, que não apresenta um comportamento passivo perante as orientações prescritas, o que normalmente é observado na clientela hospitalar. “Na atenção básica, a convivência com a incerteza é maior e pode ser geradora de grande ansiedade do profissional de saúde despreparado” (CUNHA, 2005, p. 29). Isto reforça a importância do estabelecimento de relações intersetoriais mais articuladas e com base no apoio mútuo às intervenções profissionais, criando e fortalecendo uma interdependência de saberes e atitudes que beneficiam e ampliam o cuidado oferecido às pessoas. Estas circunstâncias tendem a propiciar uma maior recuperação dos processos patológicos e mudanças nos modos de vida. Os relatos a seguir confirmam o quanto esta inter-relação entre os serviços está desarticulada:

Olha, durante o período de internação, na verdade, o paciente fica sob responsabilidade do hospital, a gente não tem muito contato com relação a isso. A gente não traz nada do hospital, a gente não sabe qual a conduta pra estar acompanhando no PSF, às vezes, não trazem receita direito, às vezes não trazem relato nenhum do que aconteceu com ele e a gente vai começar do zero a esse atendimento do paciente. (E7)

Assim que o usuário retorna, a gente procura ir imediatamente à casa do paciente e a agente de saúde também já fica atenta para sempre ir na casa e procurar saber que dia que ele vai receber alta pra gente fazer o

acompanhamento. Então rapidamente inicia nosso acompanhamento, nossas visitas. (E5)

É o que mais deixa a gente até entristecidos, porque a gente tá acompanhando a pessoa, aí a pessoa vai e interna. A gente só consegue saber notícia por telefone. E costumam, muitas vezes, só dar informação ou para enfermeira; para a médica; para nós não passam. Às vezes eles reclamam, quando é uma pessoa que a gente já vem acompanhando, “ah! você não foi me visitar”. Eles te barram na burocracia do hospital. Então eu achava que o hospital podia ter esta abertura pra nós. Sabe tipo assim: “olha, eu sou do PSF tal, estou com uma pessoa da minha equipe internada, será que eu poderia olhar?” Não deixam, a gente não consegue. (TE13)

A falta de entendimento dos profissionais dos serviços hospitalares sobre seu papel no repasse das informações relacionadas aos usuários para os outros serviços que o atendem desfavorece a troca de informações sobre os sujeitos e suas características, dificultando a realização de um cuidado ampliado e comprometendo o princípio da resolutividade previsto no SUS. Penna *et al.* (2007, p. 7) consideram a “resolutividade como resultado da ação conjunta do usuário e dos diversos setores envolvidos na produção da saúde”, confirmando, portanto, a necessidade de se estabelecer uma articulação eficaz entre os diversos níveis de atendimento aliado ao envolvimento e participação do usuário no processo de recuperação do seu estado de saúde.

O entendimento da importância sobre o repasse das informações entre todos os níveis de atenção poderia proporcionar integração de saberes e melhores parcerias no atendimento às pessoas internadas, contribuindo positivamente com o processo de recuperação do usuário. Para ilustrar esta afirmação, Mattos (2001, p. 39) aborda a integralidade como traço de uma boa medicina, que deve oferecer respostas para o sofrimento do usuário que frequenta os serviços de saúde, prestando-lhe um cuidado que não seja reducionista, que reconheça o sujeito por inteiro e não reduzido a “aparelho ou sistema biológico, pois tal redução cria silenciamentos”. Para o autor, a integralidade está presente no encontro, na conversa, no ver e ouvir além da queixa explicitada, nas necessidades dos sujeitos para manter a sua saúde, no uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde e tornando as pessoas protagonistas da sua história de vida e saúde.

Os serviços do nível terciário e, em alguns casos na atenção básica, parecem sinalizar uma delimitação de território, trabalhando em guetos, onde somente têm acesso às informações referentes aos usuários internados as pessoas do próprio local de trabalho, limitando a divulgação para os demais níveis de atendimento. Percebe-se certo distanciamento entre os serviços nos níveis de atenção, uma espécie de pacto pré-estabelecido, em que cada um tem sua hora e vez de atuar, reforçando a fragmentação do cuidado. Uma vez que os

usuários estão sob o cuidado hospitalar, a atenção básica deve esperar o retorno deste ao domicílio para fazer a sua parte. De preferência, que mantenha sem alterações todas as orientações prescritas pelo nível terciário, reconhecido como aquele que possui maiores recursos tecnológicos para resolver o problema de saúde das pessoas. As prescrições e orientações constam do sumário de alta. Este não está instituído como um instrumento de contra-referência, mas é utilizado pelas equipes como fonte de informações dos procedimentos realizados durante o período de internação das pessoas do território.

O relato de M5 caracteriza a falta de integração entre os serviços que contribui para a falha na continuidade do cuidado na rede de atendimento.

Não tem nenhuma comunicação, é aí que vem a questão falha, ou seja, nós estamos falando de uma atenção básica e nós estamos falando de um nível de complexidade que é o hospital. Essa linha de comunicação entre essas duas unidades não existe aqui. O que existe é que o paciente que sai do hospital, é acompanhado e tem a assistência da nossa unidade, ou vai o enfermeiro, ou vou eu como médico. Aí sim nós vamos passar a saber o que aconteceu, porque o paciente vai trazer os papéis do hospital, vai trazer o sumário de alta, receita, vai nos relatar o que aconteceu lá. O parente que o acompanhou durante a internação vai nos dar a história do que aconteceu, o que o médico falou, quais os exames foram feitos. Então aí sim, a gente se intera da situação do paciente. Fora esse período, nós não temos comunicação com o hospital, a não ser pelos agentes que vão na casa e ficam sabendo. (M5)

O distanciamento entre as instituições envolvidas no atendimento sugere que não existe uma compreensão ou mesmo uma preocupação entre os responsáveis pela organização e funcionamento dos serviços, com as conseqüências da desvinculação entre os níveis de atenção ou com os fatores que podem contribuir para o atendimento fragmentado e desqualificado da rede de serviços. Parece existir um acordo tácito, não claramente identificado ou proclamado, de que cada nível de atendimento e cada profissional devem cuidar do seu espaço ou local de atuação. Neste cenário, a qualidade do cuidado a ser prestado e a resolutividade das demandas apresentadas parecem relegadas, não constituindo uma prioridade ou responsabilidade inerente aos serviços e principalmente aos profissionais.

Como conseqüência desta realidade agravam-se os problemas de saúde que se manifestam na população, entre eles as internações por CSAA, que estão diretamente vinculadas aos cuidados de uma rede básica eficiente. Considerando que a pneumonia bacteriana é uma das principais causa das internações (TAB. 12, p. 89) e que, entre as medidas de intervenção estão ações de prevenção como imunizações de crianças e idosos, faixas etárias mais atingidas, torna-se motivo de preocupação a prevalência destes agravos. Para Mendes (2002, p. 47), as internações por CSAA estão determinadas pela conjunção da

baixa resolutividade da atenção primária à saúde e pela variação do tamanho dos hospitais, onde se observa que as altas concentrações de internações estão associadas àqueles de pequeno porte (menos de 50 leitos). A classificação do porte hospitalar está definida na Portaria n. 2.224/GM/05/12/02, em que são classificados como hospital de porte I ou pequeno porte aqueles com 20 a 49 leitos, de porte II ou médio porte aqueles com 50 a 149 leitos, de porte III ou grande porte aqueles com 150 a 299 leitos e como porte IV ou porte extra aqueles com 300 ou mais leitos (BRASIL, 2002).

Não resta dúvida de que investigações mais aprofundadas precisam ser realizadas, pois alguns estudos sobre o tema, como o realizado por Oliveira (2007), sugerem que o atendimento municipal no nível da atenção básica não tem efeito sobre as internações por CSAA. Os processos de avaliação precisam ser intensificados e apropriados pelos atores do cenário da saúde, estejam eles envolvidos com a gestão do serviço ou com o cuidado às pessoas. Este conhecimento possibilita o domínio sobre os princípios, métodos e instrumentos do processo de trabalho e seus efeitos sobre a saúde das populações. Este será o próximo tema a ser abordado neste estudo.

4.4.1 A avaliação do cuidado oferecido nos serviços da atenção básica na microrregião de saúde e a utilização do indicador de internação hospitalar por CSAA

Durante um longo período, a avaliação foi considerada com uma responsabilidade unicamente reservada aos responsáveis pela gestão administrativa dos serviços, em todos os campos de trabalho. Com o avanço das discussões sobre processos e resultados de trabalho baseados na qualidade e efetividade das ações dos serviços desenvolvidos, hoje reconhece-se que a avaliação é um potente instrumento de suporte para a atuação dos profissionais de todas as áreas.

No campo da saúde, desde a aprovação do SUS e sua definição de mudança no sistema de atendimento e do modelo assistencial, novos enfoques relacionados à qualificação da atenção à saúde têm sido implementados buscando coerência com os princípios do novo sistema. O Ministério da Saúde vem trabalhando no sentido de “institucionalizar a avaliação nas três esferas de governo, reforçando seu caráter formativo, pedagógico e orientador das práticas de atenção”. Esta medida reforça a necessidade de preparar os profissionais da rede de serviços a fim de que “introjetem um olhar acurado para que a avaliação seja orgânica aos processos de trabalho cotidiano” e que nela estejam envolvidos todos os profissionais da rede de serviços da saúde (BRASIL, 2005, p. 8).

Neste contexto, será apresentado como os gestores e os profissionais do serviço de atenção básica avaliam o resultado do seu trabalho, os instrumentos que utilizam para viabilizar esta análise e a avaliação dos resultados alcançados, bem como as medidas que implementam para modificar as situações desfavoráveis encontradas.

4.4.1.1 A avaliação das internações hospitalares por CSAA na perspectiva dos gestores municipais

O uso sistemático das medidas de avaliação como instrumentos de identificação dos resultados dos trabalhos realizados e para o planejamento do serviço de saúde não fazem parte da realidade vivenciada pelos gestores e profissionais dos serviços da microrregião estudada.

Entre os gestores pesquisados, cinco (71,0%) informaram que não utilizam os dados sobre as CSAA para fazer a avaliação dos serviços e dois (29,0%) relataram que são informados dos casos pelos médicos e enfermeiras das equipes, quando então fazem uma discussão sobre o número de casos ocorridos, mas não especificamente sobre as internações sensíveis. Os depoimentos apresentados ilustram estas situações:

Especificamente nesta situação não. A gente busca todos os instrumentos que temos disponíveis pra gente fazer uma avaliação, mas muito uma avaliação em nível geral, de todos os níveis, de todas as causas de internação. Não especificamos assim, de determinados grupos, não fazemos isso, a gente faz muito geral. (G4)

A gente utiliza isso de forma muito incipiente, na verdade a gente acaba então encaminhando esses dados das internações, a gente tem um sistema farto no DATASUS, tá certo que mostra realmente as causas de internação [...] tá diminuindo as internações mesmo. (G6)

No cotidiano dos gestores de saúde pode-se constatar que os processos de avaliação não se têm constituído prioridade das gestões municipais, ou são realizados de forma incipiente e sem um critério de análise claramente definido. O monitoramento dos serviços executados mediante a utilização de indicadores, entre eles o das internações por CSAA, não é uma prática entre estes atores, cujas atribuições relatadas estão direcionadas para atividades cotidianas das SMS. Ao declararem que não fazem análise das causas das internações por condições sensíveis, ou fazem “*de forma muito incipiente*”, pode-se inferir que existem deficiências nos processos de capacitação para a administração dos serviços, tendo em vista os indicativos de falhas na apropriação dos instrumentos de gestão e avaliação dos serviços, presentes nos depoimentos. De um modo geral, o sistema de avaliação restringe-se ao controle dos serviços remunerados por produção e pode ser considerado um fator limitador para a efetividade das ações programadas.

Cabe ainda salientar que, entre as atribuições das esferas de gestão previstas na Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família, definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006e), compete à esfera municipal a organização e programação da implantação da proposta de avaliação, a divulgação e envolvimento dos atores e setores sociais responsáveis pela implantação das ações de melhoria da qualidade, a viabilização das condições para execução das ações programadas e o acompanhamento e avaliação do processo de implantação e desenvolvimento nos municípios. Para tanto, os gestores precisam estar habilitados para conduzir este novo estilo de gestão qualitativa que, de acordo com o Ministério da Saúde, tem como missão a

[...] estruturação e implementação de processos de avaliação da atenção básica que permitam monitorar a estrutura, os processos e os resultados das ações e serviços da atenção básica, através da utilização sistemática dos sistemas de informação em saúde e de instrumentos que permitam a realização das avaliações normativas da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2005, p. 12).

Ao serem indagados sobre os instrumentos, critérios de análise e indicadores que utilizavam à época da pesquisa para desenvolver e avaliar sua rotina de trabalho como gestores municipais de saúde, foi observado o estranhamento acerca destes termos por parte de cinco (71,0%) dos gestores. Esta constatação reafirma o desconhecimento sobre as nomenclaturas utilizadas em avaliação e, provavelmente, sobre os princípios e métodos relacionados ao tema. Durante a abordagem, ao perceber a dificuldade dos entrevistados para responder às perguntas referentes à avaliação, foram feitos todos os esclarecimentos possíveis para auxiliar na compreensão do tema, mantendo-se o devido cuidado para não influenciar a opinião dos entrevistados e comprometer a investigação.

Entre as respostas obtidas, foi referenciado como instrumento para análise o prontuário dos pacientes, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), as AIH e o DATASUS, mencionados por quatro gestores. Como critérios e indicadores de avaliação utilizam o Pacto pela Saúde, a PPI e as ações executadas pela ESF. Os depoimentos a seguir confirmam esta realidade:

Um indicador assim [...] não sei se nós temos um indicador. A gente analisa a situação deles e a questão da própria cultura, porque tem pessoas, que, às vezes, poderiam tomar uma medicação que ele está acostumado, mas a família acha que lá no hospital é que vai resolver. Então quer dizer, nós não temos um indicador. (G3)

Eu uso muito o PSF. Então a gente está usando o enfermeiro e o coordenador do PSF. O que a gente avalia? Quais as questões que eu pergunto para ele? Como é que estão os hipertensos? Como é que estão os diabéticos? E as gestantes? A gente avalia como é que estão os programas, se está havendo

resultado. As gestantes estão tendo o número correto de consultas? Porque existe uma meta a ser alcançada. Avaliamos através desses programas com a enfermeira e com o coordenador do PSF. (G7)

Pode-se observar que o SISPACTO não foi referenciado por nenhum dos gestores como instrumento de avaliação. O SISPACTO consiste de uma Planilha da Pactuação Unificada dos Indicadores Municipais, no qual consta o relatório dos indicadores de monitoramento do nível municipal, incluindo aqueles pactuados para a atenção básica. Por este relatório, podem ser analisados os resultados alcançados no ano anterior e, em função desta análise, são programadas as ações do ano seguinte que podem ser acompanhadas periodicamente, permitindo intervenções que melhorem o atendimento.

Tendo em vista o exposto, os depoimentos permitem inferir que o entendimento dos gestores sobre avaliação de serviço valoriza o cumprimento dos procedimentos e metas definidas para cada programa implantado e pactuado no SINPACTO. Há um indicativo de valorização do controle dos serviços remunerados e que recebem incentivos do PAB variável¹¹ para as ações da ESF, como o atendimento às gestantes, controle dos hipertensos e diabéticos, entre outros, que contribuem para o incremento dos recursos dos fundos municipais de saúde. Não restam dúvidas de que o financiamento das ações de saúde é essencial para o funcionamento dos serviços, principalmente para os municípios de pequeno porte, cujos recursos nesta área são oriundos essencialmente do SUS. O financiamento do sistema de saúde tem sido uma das grandes preocupações dos gestores municipais, entretanto, a necessidade de ampliação dos recursos financeiros não deve prevalecer sobre a qualidade e efetividade da atenção a ser oferecida para a população.

Para o Ministério da Saúde, a tarefa de avaliar é revestida de muita complexidade, pois a ela estão relacionadas não só a compatibilização de instrumentos, mas também o objeto e os objetivos da avaliação. Estes são negociados entre os diferentes atores do sistema de saúde (BRASIL, 2005, p. 1).

Contandriopoulos *et al.* (2002) consideram que os objetivos de uma avaliação podem ser oficiais ou não, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os atores ou por apenas alguns. Portanto, é necessário considerar todos os objetivos dos

¹ O Componente Piso da Atenção Básica Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como: I - Saúde da Família; II - Agentes Comunitários de Saúde; III - Saúde Bucal; IV - Compensação de Especificidades Regionais; V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico (BRASIL, 2007c).

diferentes atores (administradores, avaliadores, usuários e pessoal de uma organização) nos processos de avaliação.

A compreensão da percepção destes diferentes atores sobre como fazer saúde qualitativamente impulsiona a busca de melhorias, que pode ter como uma das alternativas de concretização o investimento na capacitação permanente destes profissionais, preparando-os para atuar mais efetivamente na rede dos serviços de saúde.

Um dos aprendizados que precisa ser incorporado está relacionado à análise dos resultados dos serviços executados, entre eles a compreensão das causas das internações pelo indicador de CSAA. Mendes (2002), Homar e Matutano (2003) consideram-no como um importante instrumento de avaliação da capacidade de resolução dos problemas de saúde no nível da atenção primária, pois este indicador é uma medida indireta da capacidade de resolução da atenção básica para agravos que são evitáveis. Nesta perspectiva será apresentada a percepção dos profissionais da estratégia saúde da família sobre a avaliação das internações hospitalares.

4.4.1.2 A avaliação das internações hospitalares por CSAA na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

A incorporação dos processos de avaliação por parte das equipes da ESF na atenção básica tem-se revelado tão desafiadora quanto para os níveis de gestão. Ao se observar a rotina das unidades de saúde, verifica-se que há um constante “fazer”, que mantém os profissionais muito envolvidos com as demandas da população que procura a UBS ou com o cumprimento das programações que são inerentes à sua função dentro da ESF. Apesar dos inegáveis avanços na qualidade da atenção após a implantação da ESF nos municípios do país, há muito que fazer nesta direção. As funções desempenhadas nos serviços têm-se caracterizado por uma atenção voltada para os eventos agudos, apresentando uma organização deficitária para atendimento dos eventos crônicos (MENDES, 2002). Este fato caracteriza um sistema de atenção fragmentado, refletindo os efeitos do modelo flexneriano impregnado na formação e atendimento dos profissionais.

Pode-se considerar que prevalece o “tarefismo” no cotidiano dos serviços, pois os profissionais da assistência relatam não “conseguir hora” para fazer a avaliação do processo de trabalho, em função da carência e rotatividade de profissionais das equipes, além da falta de preparo técnico para ter “uma visão mais ampla sobre o que é o paciente” e os determinantes das condições de saúde da população. Atendem-se muito, os procedimentos

acumulam-se, porém discute-se e avalia-se pouco, o que é comprovado nos depoimentos que se seguem:

A gente tinha esse costume das reuniões pra discutir todos os casos, mas a gente estava com o problema de conseguir hora para fazer a reunião, para não atrapalhar o andamento do serviço. A gente vai voltar a fazer, mas por enquanto não está fazendo não. (E9)

Para te falar a verdade, totalmente, eu não me sinto preparado não. Inclusive eu estou até fazendo lição novamente sobre agente comunitário de saúde. Tem dado pra gente uma melhor preparação, uma visão mais ampla do que é o paciente. O curso tem aberto a visão da gente, mas ainda não é ainda aquela habilidade que você poderia ter para avaliar porque esse sujeito chegou a ser internado, então não é uma visão assim, tão minuciosa pra gente poder falar e chegar pra qualquer um falar assim “*olha qualquer profissional; esse sujeito foi internado, mas faltou isso, deve ter feito isso*”. (AC1)

Os trechos das entrevistas de E9 e AC1 refletem a falta de prioridade para os assuntos referentes à avaliação do serviço executado, de um modo geral, e mais especificamente para aquelas referentes às internações por CSAA. Há indícios de que prevalecem as práticas assistenciais voltadas para o atendimento das demandas que surgem nas UBS e pouco direcionadas para as atividades de avaliação e planejamento dos serviços, com foco nas medidas preventivas e de promoção da saúde. Esta prática é destacada por Cunha (2005, p. 25) ao rememorar que a formação dos profissionais faz-se no espaço hegemônico dos hospitais, o que marca a sua competência, mesmo que estejam trabalhando na atenção básica.

Destaca-se a precariedade na constituição das equipes que não são recompostas adequadamente quando algum profissional é afastado de suas funções. Os relatos revelam comprometimento no desempenho das atividades em função da sobrecarga de atribuições para dos profissionais, conforme apresentado a seguir:

Ainda temos também pouco investimento de certa forma na constituição da equipe, a equipe básica de saúde família, na verdade ela permanece básica e atualmente está desfalcada a muitos anos. A rotatividade de profissionais é um ponto interessante que dificulta bastante o serviço. (E11)

A rotatividade de profissionais interfere na sua capacidade de intervenção, dificultando a criação de vínculos, identificação dos riscos e definição de ações mais efetivas que possam ser implementadas pelas equipes de trabalho.

Primeira coisa, a minha equipe, principalmente os agentes comunitários. Nós estamos muito prejudicados pela falta de não ter a equipe completa e a gente perdeu o estímulo porque esse ano a gente não teve nenhuma reunião com a secretaria de saúde. (M11)

O reduzido investimento na constituição das equipes relatadas por E11 e M11 sinaliza a deficiência vivenciada nos serviços para o desempenho de ações mais ampliadas que exigem disponibilidade de tempo e atuação externa às UBS, além da programação coletiva de atividades da equipe. A perda de estímulo destacada por M11 tem refletido na atuação dos profissionais que, em função destas deficiências, têm perdido a motivação e demonstram clara tendência para desenvolver uma prática clínica voltada para a patologia, reforçando o que um dos sujeitos nomeou de “consultismo” praticado pela população. Esta situação agrava-se mais ainda pela pressão da população, que demonstra preferência pelas ações curativas e algumas vezes, dos próprios gestores, dos três níveis de atenção, ao priorizarem os procedimentos e não os resultados produzidos pelas equipes.

Os profissionais da área médica foram identificados como os mais afastados do processo de avaliação, pois a sua atuação continua voltada para o atendimento das consultas agendadas, avaliação dos casos emergenciais e o cumprimento das funções esperadas para os médicos, tanto por parte da população como dos gestores. A exigência agrava-se nas cidades menores onde o médico é o principal profissional para atender a atenção básica e as outras demandas de atenção médica do serviço. Observa-se o despreparo de alguns profissionais ao relatarem insegurança e inexperiência para o desempenho de suas funções. Os médicos consideram importante ter um contato mais regular com os profissionais dos outros serviços para que possam discutir, avaliar e rever as condutas adotadas durante o atendimento. A oportunidade de integração entre os profissionais dos serviços é um importante apoio às equipes da ESF e à educação permanente destes profissionais, contribuindo para melhorar a qualidade do cuidado prestado. Além disso, contribuir para organizar o serviço de referência e contra-referência, onde sejam utilizados todos os níveis de atenção previsto nos PDR, incluindo a reordenação do atendimento da média complexidade, a otimização da utilização dos leitos hospitalares e dos recursos do SUS municipais.

Para Cunha (2005, p. 26), há um pressuposto por parte dos profissionais de que a centralidade do trabalho em saúde está nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada patologia. Quando se deparam com a realidade da atenção básica, estes pressupostos descaracterizam-se, haja vista a não submissão total dos sujeitos às prescrições e condutas elaboradas pelos profissionais dos serviços. Para muitos, isto é considerado como desinteresse, teimosia ou desvalorização das orientações recebidas na atenção básica.

Quando indagados se utilizavam as informações das internações por CSAA para avaliar os serviços executados, 12 (86,0%) dos médicos responderam que não têm feito esta avaliação, que desconhecem os instrumentos utilizados para fazer esta análise, assim como, os

indicadores ou critérios de avaliação que são utilizados. A manifestação dos profissionais, relatadas a seguir, confirma esta observação:

Não discute, não tem uma coisa formal [...] é tudo na informalidade, é coisa muito pouca. Nossas reuniões, que seriam interessantes, não têm. Nós tínhamos reunião mensal, uma coisa meio estipulada, mas você não podia deixar de atender um dia, aí então eu não participava, então perde um pouco o efeito. (M14)

A gente não faz esta avaliação. Não existe uma maneira da gente estar avaliando isso. Uma das formas talvez de avaliar o nosso trabalho tanto do programa de saúde da família como os outros trabalhos na região é ver a diminuição do nível, da quantidade de internações hospitalares. A gente sabe que está havendo, pelo menos nas regiões onde tem o programa saúde da família; a gente nota que tem tido uma diminuição dessas internações. (M10)

A avaliação das internações é apontada por M10 como um indicador de resultados dos trabalhos desenvolvidos, porém não é utilizada nas discussões das equipes como referência para planejamento de novas ações. A redução das internações é percebida, mas não é discutido ou avaliado o seu significado.

Contandriopoulos *et al.* (2002) referem-se à avaliação como um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões e afirmam que existe uma considerável necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia dos serviços de saúde.

No que se refere ao preparo dos profissionais para avaliar as causas das internações hospitalares por CSAA e o motivo pelos quais estão ocorrendo nos territórios que têm cobertura da saúde da família, chama a atenção o fato de entenderem como avaliação a capacidade de identificar as patologias e não os fatores que contribuem para a sua ocorrência. Situações como as complicações por *diabetes* e hipertensão são consideradas de responsabilidade dos usuários que, ao não seguirem as prescrições e orientações dadas pela equipe, alteram o seu estado de saúde, comprometendo-o. Os profissionais não conseguem identificar ou associar os determinantes deste processo e, diante da alteração clínica, sem condições de resolução na ABS, fazem opção pela internação que é considerada o recurso mais eficiente para resolução destes quadros. Em algumas situações, gera a chamada “internação social”, considerada como solução para os usuários carentes e sem familiares para ajudar no controle dos agravos.

Identifica-se certo conformismo por parte dos profissionais ao considerarem a realidade de vida dos sujeitos e a ocorrência das internações. Avaliam que a causa mais provável das internações está relacionada diretamente com as condições de vida e que “*não há muito que fazer*” (M8). Os médicos que trabalham nas populações mais carentes tendem a

internar mais, principalmente porque recebem uma “pressão” mais frequente dos próprios usuários ou dos familiares para fazer as internações. Os depoimentos apresentados ilustram esta situação:

As internações geralmente como eu havia dito são sociais, por precariedade, não tem dinheiro, os pacientes são crônicos, alcoolismo. Às vezes, eles não têm ninguém por eles, são praticamente indigentes, não tem documento, são muito sozinhos. (M8)

É mais pressão das famílias para internar os pacientes, pra ficar livre mesmo, esse é o motivo que mais dá internação. São mais pessoas com AVC, pacientes com deficiência física, geralmente são mais esses casos. (M11)

Oliveira (2007) considera que, entre os fatores que afetam as hospitalizações, encontram-se aqueles relacionados aos profissionais, caracterizados pela disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos e a prática médica, dependendo da predisposição clínica e social do médico, em hospitalizar ou não o usuário. Destaca que há propensão dos médicos em hospitalizar os usuários de áreas mais pobres por considerarem sua maior vulnerabilidade a complicações, que pode ser associada à capacidade de atendimento da rede. Em sua análise, sugere que a prática médica considera os fatores sócio-econômicos, no momento da internação, o que descaracteriza a indicação da internação por fatores associados à gravidade das patologias, contribuindo também para a elevação dos índices de internação por CSAA.

Buscando identificar os recursos empregados na avaliação das internações hospitalares foi perguntado aos profissionais sobre os indicadores utilizados pelas equipes para avaliar as internações hospitalares por CSAA. As respostas estão descritas no Quadro 3.

QUADRO 3 - Instrumentos e indicadores identificados pelos profissionais da ESF utilizados na avaliação das internações hospitalares na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2007.

Profissionais	Instrumentos	Indicadores de Saúde
ACS	Profissionais de saúde, visita domiciliar, ficha do SIAB, prontuário do paciente, sumário de alta hospitalar, caderno de anotações e folha de visita domiciliar.	Apoio da enfermeira, visita domiciliar, SIAB, prontuário médico.
Enfermeiros	SIAB, prontuário do usuário, sumário de alta, visita domiciliar, DATASUS, relatório diário do PSF, pesquisa na Internet, informações do ACS.	Sistemas de informação em saúde (SIS), dados das internações hospitalares, visitas domiciliares.
Médicos	Sumários de alta, fichas das visitas domiciliares, SIAB.	Não utilizam.
Técnicos de Enfermagem	Profissionais de saúde, visita domiciliar, SIAB, sumário de alta, prontuário do paciente, Internet, atividades diárias.	Visita domiciliar, SIAB, prontuário médico.

Fonte: Questionário elaborado pela autora, aplicado aos gestores e profissionais do serviço.

Entre os profissionais, 32 (48,0%) afirmaram que não fazem avaliação das internações hospitalares, portanto não utilizam instrumentos ou indicadores de avaliação. Dos 27 profissionais (41,0%) que declararam fazer a avaliação das internações, observou-se que

22 (81,0%) não sabem identificar os instrumentos utilizados e não têm clareza da sua finalidade dentro da rotina de trabalho, o que é vivenciado principalmente pelos ACS. Pelos relatos dos profissionais pode-se inferir que utilizam as fichas do SIAB porque estas estão definidas como instrumento de registro das atividades diárias da ESF. Além disso, servem para repassar a produção de suas atividades diárias para a enfermeira, responsável pelo fechamento dos relatórios mensais. Consta-se, portanto, desconhecimento sobre o que são indicadores, sistemas de informação, instrumentos de avaliação, critérios de avaliação, planejamento em saúde e suas finalidades.

Entre as equipes, são discutidas as patologias que motivaram as internações e as propostas de intervenção, mas não são trabalhados os indicadores e o que eles informam sobre os serviços executados. O foco está na patologia e nas pessoas que foram internadas e não na dimensão deste problema dentro da comunidade e nas medidas de intervenção que precisam também ser pensada para o coletivo. Os depoimentos abaixo ilustram esta situação.

Os instrumentos (de avaliação) são mesmo a gente estar acompanhando de perto. Os instrumentos são a gente mesmo, sabe? É a gente estar presente, estar se preocupando mesmo e estar vendo de perto se realmente está acontecendo o que eles estão falando com a gente. (AC4)

Na verdade, a gente não usa nenhum instrumento, vamos colocar assim... existente. A gente discute em cima do que a gente poderia ter feito para evitar, o que era da nossa competência. A ter uma ação ou não. Mais mesmo, para orientar bem as meninas, as agentes e a técnica, no que elas precisam passar para gente na hora. (E9)

Não, também ainda nós temos falhado nesse momento, não temos ainda um instrumento de avaliação pra gente estabelecer novas condutas, novas ações a respeito das internações. (M4)

A fonte de informação sobre as AIH e suas repercussões no estado de saúde da população são as equipes das ESF, principalmente os ACS. Esta fonte é comumente utilizada como geradora de informações e não como fonte de análise que ajudem a entender os processos que têm contribuído para os elevados índices de internação. Os profissionais das equipes têm comumente sido mantidos à margem das discussões e do planejamento dos serviços que executam. Entretanto, têm a grande responsabilidade de mudar o perfil de saúde da população, fazer a redução dos agravos evitáveis, a mudança de cultura e hábitos de saúde. Para que as ações tenham caráter mais resolutivo, necessitam ser discutida entre todos os envolvidos com o cuidado a ser ofertado e a elaboração de estratégias que contemplem medidas intersetoriais.

Com base nas informações relatadas sobre os instrumentos de avaliação e os indicadores utilizados pelos profissionais para analisarem o desempenho das equipes e os

resultados alcançados, observa-se que os instrumentos utilizados não seguem critérios técnicos como os propostos no SISPACTO ou aqueles indicados pelo MS, para Avaliação da Melhoria da Qualidade da ESF (BRASIL, 2006e). Estes documentos são importantes referenciais para os gestores e equipes de saúde, pois oferecem propostas para a organização e planejamento dos serviços, visando uma atenção de melhor qualidade. Os relatos a seguir revelam a situação vivenciada pelas equipes.

Eu acho que não temos feito isso, não temos tido esta avaliação. Eu acho que uma das formas da gente fazer isso, seria nas reuniões de equipe avaliando esses dados, a frequência de consulta nos postos de saúde, a frequência dos nossos pacientes nos prontos socorros, no hospital, isso tudo daria uma idéia pra gente da qualidade do nosso trabalho, mas nós também não temos feito essa reunião. (M10)

Não existe um indicador totalmente pensado. As coisas seguem um fluxo realmente de atendimento natural da demanda. Chega lá, está necessitando de internação, a gente vai ver realmente, avalia a condição do paciente, avalia se aquilo é alguma coisa. E isso a gente tem lutado muito, por exemplo, pra reduzir as internações. As pneumonias a gente tem tratado muito a nível ambulatorial. (M13)

Existe um consenso entre os profissionais pesquisados de que as avaliações sobre os agravos que acometem a população são necessárias e que as equipes devem realizá-las como recurso para análise do trabalho executado. Porém, esta não é uma atividade que tem sido realizada na rotina das UBS pesquisadas. Os profissionais permanecem com a prática do atendimento centrado na queixa. O usuário segue uma espécie de hierarquia profissional de atendimento que, em geral, inicia no ACS, passa pelos técnicos de enfermagem, depois pelos enfermeiros e, se estes não esgotarem a condição de resolução do problema, o usuário é encaminhado para o médico.

Pensando na superação das situações identificadas, Starfield (2002) propõe outros enfoques para a avaliação da atenção básica. Identifica que neste processo deve ser feita a análise de estruturas e processos de atenção baseada no primeiro contato entendido como acesso e referência de orientação para o usuário em situação de doença; o caráter coordenador ou integrador, vinculado à continuidade da assistência, articulada com os outros níveis de atenção e a articulação entre os profissionais que devem compartilhar as informações sobre o usuário; a integralidade, como a capacidade de oferecer uma variedade de serviços necessários à comunidade e a longitudinalidade, caracterizada pelos cuidados regularmente ofertados pela equipe de saúde, considerando o contexto de vida dos usuários.

Apesar da maioria dos profissionais afirmar que não faz avaliações sistemáticas, não utilizam critérios ou indicadores de avaliação, que as reuniões de equipe perderam a

regularidade e que não sabem informar sobre as avaliações, algumas equipes relataram que discutem sobre os casos ocorridos buscando explicações para o agravamento dos casos e as medidas de intervenção que podem adotar. Alguns profissionais consideram que as pessoas adoecem porque não seguem as orientações das equipes e que o cumprimento correto e regular das orientações dadas tem um efeito direto nas internações, o que não deixa de ser verdadeiro, mas não é exclusivo. Há que se levar em consideração os demais fatores que interferem na vida dos sujeitos, determinando o seu estado de vida, lembrando que nem todos estes fatores serão identificados e que, mesmo identificados, não se consegue intervir em todos eles, além do que, outros poderão surgir.

O profissional deve se esquivar do reducionismo ao ter que definir o cuidado a ser prestado, senão estará sujeito ao risco de frustrações constantes, duvidando por vezes de sua capacidade de intervenção ou considerando que a culpa é do sujeito que não se cuidou adequadamente ao não seguir as orientações da equipe.

Identifica-se portanto a necessidade de capacitação dos profissionais sobre os mecanismos de avaliação que contemplem os efeitos do cuidado prestado em todas as suas dimensões. É necessário que os profissionais compreendam a utilidade dos indicadores e em que estes contribuem para a leitura da realidade dos serviços e do perfil de saúde da população de cada território, constituindo-se, portanto, em um importante recurso de avaliação do processo de trabalho das equipes e do planejamento dos serviços. Um indicador a ser utilizado é o das internações por CSAA, que mede a efetividade dos serviços da atenção básica, permitindo identificar as internações desnecessárias atendidas no nível terciário que são passíveis de acompanhamento e resolução nas UBS. Homar *et al.* (2002) observaram que, no caso das CSAA, tem sido identificada uma estreita relação entre a efetividade da atenção básica e o acesso aos serviços de saúde com a redução das taxas de internações hospitalares.

Dentro da dinâmica da organização e funcionamento da atenção básica para o atendimento da população serão discutidas as limitações enfrentadas pelos profissionais dos serviços, no atendimento às internações hospitalares.

4.5 Aspectos organizacionais que interferem no atendimento das pessoas que necessitam das internações: os nós críticos identificados para o atendimento das internações hospitalares por CSAA na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano

No processo de reorganização dos serviços de saúde, notadamente na atenção básica, grandes avanços foram alcançados e permanece a busca por novas e melhores alternativas

para produzir saúde. Os esforços desenvolvidos pelos profissionais dos serviços ainda revelam-se insuficientes no que tange à construção de uma rede assistencial que garanta o acesso, a qualidade e a integralidade da atenção no atendimento às populações, necessitando, portanto, de medidas de avaliação que ajudem a identificar os obstáculos que dificultam este processo.

Considerando que a hierarquização e a regionalização dos serviços foram organizadas nesta perspectiva e já encontram-se definidas nos três níveis de atendimento, é preciso compreender os mecanismos de funcionamento da rede de atenção na microrregião de saúde de Coronel Fabriciano que tem dado sinais de deficiência no atendimento das CSAA.

Autores conceituados discutem a idéia de rede assistencial baseada nos sentidos da integralidade, visando a qualidade do cuidado e a construção de mecanismos de gestão compartilhada em saúde, onde estão envolvidos todos os atores do cenário do fazer saúde: gestores, profissionais e população (PINHEIRO; MATTOS, 2006). A concretização de uma rede de atenção efetiva requer processos e instrumentos de planejamento e avaliação que permitam monitorar o desempenho do sistema de saúde em cada nível de atenção, possibilitando a identificação do atendimento ofertado à população dos serviços de saúde, suas deficiências e limitações, abrindo espaço para medidas de superação.

Sob este prisma, serão abordados alguns aspectos limitadores da organização e do funcionamento dos serviços da atenção básica e sua articulação com os demais níveis do sistema de saúde da microrregião que podem interferir no atendimento aos usuários que necessitam de internação hospitalar por CSAA. Serão apresentados os fatores que dificultam a oferta de um cuidado mais qualificado na perspectiva dos sujeitos pesquisados.

Entre os desafios a serem enfrentados pelos gestores e profissionais dos serviços na execução do SUS municipal, está o de revitalizar o atendimento da atenção básica, considerada uma das principais estratégias para se organizar a saúde no nível local. O processo de reconstrução da ABS faz parte do contexto da descentralização dos serviços, que se fundamenta nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, cuja concretização envolve vários atores de variados setores. Estes personagens devem se empenhar para o desenvolvimento de estratégias de atendimento que ofereçam ações e serviços com capacidade de intervenção para promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2006c).

Entretanto, para que estas estratégias tornem-se efetivas, é necessária a elaboração de instrumentos que viabilizem o desenvolvimento sistemático de rotinas de monitoramento e avaliação em todos os níveis de atenção e que estes instrumentos sejam de domínio dos

profissionais envolvidos na execução dos serviços. O indicador das internações hospitalares por CSAA pode auxiliar no monitoramento das ações implementadas na atenção básica, entre elas aquelas previstas para o controle das internações por condição sensível.

Buscando identificar os nós críticos enfrentados pelos profissionais dos serviços para fazer o planejamento e a organização das atividades da atenção básica, entre eles o controle das internações hospitalares, foi investigado, junto aos gestores municipais e profissionais da ESF, os obstáculos existentes para o desempenho de suas funções. Para a análise dos fatores apontados pelos sujeitos da pesquisa como nós críticos ou limitadores, fez-se um exercício de aproximação do modelo de avaliação proposto por Donabedian, que se baseia na teoria dos sistemas e utiliza como categorias de análise a estrutura de funcionamento dos serviços, o processo da atenção ofertada e os resultados alcançados (PEREIRA, 1995).

No discurso dos sujeitos, buscou-se identificar e correlacionar as informações obtidas com as categorias de análise de Donabedian, sendo considerados como aspectos relacionados à estrutura dos serviços: o transporte, materiais, equipamentos, protocolos, recursos humanos e apoio diagnóstico e terapêutico. Ao processo de trabalho desenvolvido na atenção básica, os aspectos ligados ao planejamento e avaliação de serviço, organização da rede de atendimento, capacitação de pessoal e ao resultado foram considerados o acesso e a resolutividade dos serviços no atendimento às internações e os aspectos políticos e culturais que transitaram nas três categorias. Os detalhamentos dos fatores identificados estão relacionados no Quadro 4.

Os fatores limitadores, ou seja, aqueles que constituem obstáculos para um atendimento qualificado na atenção básica, no que se refere às internações hospitalares por CSAA, influenciaram a conformação da atenção nas UBS pesquisadas. Destacam-se aqueles relacionados à infra-estrutura, os quais uma vez desordenada interfere e altera a programação dos atendimentos de rotina dentro das UBS. A carência de atendimentos, de materiais, de pessoal e os demais citados fazem com que procedimentos sejam adiados ou transferidos, obrigando o usuário a retornar ao serviço em momentos diferentes, por várias vezes ou até mesmo desista do atendimento. Esta situação pode ser considerada como um dos fatores que estimula o usuário a buscar respostas para a sua demanda em outros serviços e, gradativamente, perca a confiança na capacidade de resolução e o vínculo com a sua equipe de referência, desacreditando, também, da ESF. Quando esta deficiência atinge a capacidade de intervenção e de resolutividade dos processos patológicos, como no caso das internações por CSAA, a tendência é aumentar a procura direta pelos serviços de maior complexidade, onde o usuário, muitas vezes, consegue um atendimento mais rápido. O Ministério da Saúde considera que esta conduta é reforçada pela desarticulação e fragmentação da rede

assistencial, que estimula o usuário para que busque solução própria para o seu problema de saúde, deslocando-se entre os vários municípios pólos da rede assistencial (BRASIL, 2006d), o que pode ser confirmado pelo depoimento a seguir:

A atenção básica principalmente, poderia estar identificando melhor mesmo estas internações. Às vezes, acontece mesmo alguma internação, porque, às vezes, o usuário vai direto pro hospital ou deixa para ir somente no pronto socorro porque acha que lá vai ser mais fácil. Mas o que acontece é essa dificuldade que eu te falei, dificuldade de pessoal, falta agente de saúde, equipe incompleta. Isso dificulta o trabalho na atenção básica porque você vai deixar de monitorar um monte de pessoas. (TE8)

Outro fator que contribui para o “vai e vem” do usuário na rede é a carência de profissionais em quantidade e qualidade, seja da atenção básica ou dos demais níveis de complexidade que reduz a oferta, a qualidade dos serviços e a agilidade na solução dos problemas apresentados pelos usuários, além da sobrecarga de trabalho. Esta deficiência compromete a capacidade de resolução da rede, fazendo com que as intervenções adotadas pelos profissionais que se encontram nos serviços sejam limitadas e incompletas. Reforça a concepção e o imaginário dos usuários e mesmo de alguns profissionais de que a capacidade ilimitada de resolução encontra-se nos níveis de maior complexidade de atendimento.

Outras deficiências estão relacionadas com a escassez de investimento em educação permanente e a rotatividade dos profissionais, principalmente do médico. Esta situação faz com que as equipes permaneçam longo tempo sem atualização profissional, incompletas, aumentando os encaminhamentos para consultas médicas em outras unidades e mesmo para os hospitais, onerando o atendimento para os usuários e para própria rede de serviço. Os depoimentos de TE13 e M12 ilustram esta situação:

A gente que ficou muito tempo sem médico, estava sendo muito difícil. A gente ficava assim, você ia na casa da pessoa, via que a pessoa estava precisando de um atendimento médico, aí você alava com a enfermeira. A enfermeira ia também, não era no caso. [...] Até onde ela podia fazer, aí a gente sentia dificuldade e ia correr pra quem? Aí tinha que ser, no caso, o hospital. Então tendo médico a gente fica muito mais tranqüilo. (TE13)

Eu acho que as internações hospitalares provavelmente aqui, são um pouquinho altas na cidade devido ao quadro de saúde da família em si. Aqui está precisando de um profissional pra nos orientar no que a gente pode estar fazendo. Eu não tenho muita experiência em PSF, trabalhei um ano em outra cidade, mas eu não tenho especialização em PSF pra buscar dados, estatística, porque o PSF trabalha muito com dados pra poder a partir daí montar um caminho, um objetivo. (M12)

QUADRO 4 - Nós críticos identificados para a atuação na Atenção Básica na perspectiva dos gestores e profissionais do serviço da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano - MG, 2007.

Tipo	Descrição
Acesso aos Serviços de Saúde	Áreas geográficas extensas dos municípios e de acesso limitado; Dificuldade de locomoção para as micro-áreas com conseqüente redução das visitas domiciliares; Descumprimento das pactuações para atendimento nos níveis secundário e terciário; Demora no atendimento dos encaminhamentos para internações.
Cultural	Desconhecimento da população sobre a ESF e sobre o papel dos profissionais; Exigência da comunidade por especialistas e por internação hospitalar; Dificuldade de trabalhar ações preventivas com a população e os profissionais; Dificuldade de mudança dos padrões culturais e aquisição de novos hábitos de vida por parte dos usuários; Dificuldade de aceitação de alguns usuários para o acesso aos domicílios; Retorno freqüente dos usuários que utilizam o serviço, apresentando as mesmas queixas (“consultismo”); Deficiência de interlocução entre os serviços; Serviços que atuam de forma isolada desconsiderando a função da atenção básica.
Infra-estrutura	Deficiência e carência de transporte, de equipamentos nas UBS, de material para os procedimentos básicos de enfermagem; Falta de protocolos de atendimento municipal (entre eles o de referência e contra-referência secundária e terciária); Deficiência de recursos humanos: carência de especialistas, número reduzido de equipes da ESF, de médicos, enfermeiros e ACS, médico da ESF com outras atribuições, reduzida carga horária dos médicos, falta equipe de apoio aos profissionais da ESF, rotatividade dos profissionais (principalmente o médico); Deficiência no apoio diagnóstico e terapêutico: carência de exames laboratoriais, medicamentos em geral, medicamentos para atendimento dos programas básicos (hipertensão, <i>diabetes</i> , entre outros), de exames por imagem, falta agilidade na execução e no resultado dos exames diagnósticos.
Planejamento	Falta de participação das equipes no planejamento dos serviços; Falta de observação dos critérios definidos para o funcionamento da ESF; População da área de abrangência superior ao previsto para atendimento da equipe; Redução das visitas domiciliares feitas pelas equipes; Redução das visitas domiciliares feitas pelos ACS; Falta de organização do sistema de referência e contra-referência; Falta de instrumentos de avaliação; Desconhecimento sobre os indicadores de saúde e sua aplicação no planejamento dos serviços; Falta de ações intersetoriais; Financiamento do sistema: recursos destinados aos municípios insuficientes para manutenção da rede básica.
Políticos	Falta de autonomia como gestor na condução da gestão dos serviços de saúde; Gestor não é ordenador de despesas; Precariedade de interlocução e integração com os serviços conveniados; Interferência de outras instituições assistenciais no trabalho das equipes; Protecionismo e favorecimento político no atendimento ao usuário.
Técnicos	Qualificação técnica deficitária dos profissionais da gestão e da assistência; Dificuldade de abordagem dos usuários nas visitas domiciliares; Falta de sistematização da assistência prestada; Desconhecimento sobre o processo saúde-doença e suas implicações para a população.

Fonte: Questionário elaborado pela autora, aplicado aos gestores e profissionais do serviço.

É preciso identificar a real condição dos profissionais dos serviços para fazer o atendimento à população, o planejamento e a avaliação dos serviços. Muitos estão sem

atualização profissional e não frequentam os cursos de capacitação oferecidos pela GRS e as secretarias municipais de saúde, que os preparam para lidar com algumas situações específicas da ESF. No caso dos médicos entrevistados, apenas um tinha especialização em Saúde da Família ou outras capacitações que o habilitassem para lidar melhor com a atenção básica. Observa-se que estes profissionais apresentam uma tendência para se especializarem em outras áreas como apresentado na Tabela 9 (p. 83) e Quadro 2 (p. 72), não havendo procura pelos temas da atenção básica, mas por aquelas que estão em maior evidência no mercado de trabalho, reforçando a concepção do modelo flexneriano de formação e atenção à saúde. A institucionalização da ESF ainda é uma situação a ser incorporada aos serviços. A constatação desta realidade pode ser observada nos depoimentos dos profissionais:

Ainda temos também pouco investimento de certa forma na constituição da equipe, a equipe básica de saúde da família, na verdade ela permanece básica e atualmente está desfalcada a muitos anos. Falta capacitação da equipe, curso de atualização. Somente o profissional é que busca. A gente não tem uma política de educação continuada ainda adotada no serviço, a rotatividade de profissionais é um ponto que dificulta bastante o serviço. (E11)

Acho que deveria ter um curso, nós cobramos muito porque nós temos que saber mais, porque nós entramos nessa de “gaiato”, não sabíamos nada. Então sou uma dona de casa, mãe de família e é complicado virar o mundo assim... A gente está aprendendo, quebrando a cara mesmo e com a ajuda da enfermeira e do médico, a gente deveria ter mais, como se diz, ter uma ajuda maior, na unidade de saúde, curso, sei lá. Uma coisa melhor para nos ajudar porque irmos de cara dura assim é mais difícil, a gente erra muito, mas a gente procura consertar, mas acho que deveria ter mais ajuda do posto. (AC23)

Os depoimentos refletem as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no desempenho de suas atividades, em função da limitação de conhecimentos sobre as suas responsabilidades técnicas. A necessidade de “saber mais” para que possam “virar o mundo”, declarada por AC23 expressa o interesse e a necessidade de estarem preparados para compreender o universo onde atuam e as medidas de intervenção que podem aplicar frente aos problemas detectados. Os profissionais desenvolvem suas funções embasados nos conhecimentos previamente adquiridos durante a formação, no caso dos enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, ficando os ACS com as maiores limitações neste processo, em função de serem os únicos que não têm uma qualificação profissional formalizada.

As atribuições e responsabilidades dos ACS estão pouco esclarecidas para eles próprios e mesmo para os demais membros da equipe. Os profissionais têm desempenhado a rotina das visitas domiciliares para identificar se os procedimentos definidos pela equipe de saúde para o usuário, no controle dos seus problemas de saúde, estão sendo cumpridos e

tornando-se “*mensageiros*” entre as equipes da ESF e as pessoas da comunidade. Sua rotina de trabalho é repetitiva, estando concentrada nas visitas domiciliares, no acompanhamento das visitas dos outros profissionais da equipe e em levar informações dos serviços para os usuários, além da entrega de resultados e agendamentos de exames.

O investimento permanente na educação e preparo das equipes para que possam executar um trabalho qualificado que modifiquem o perfil de saúde da população deve constituir-se em uma das principais metas dos planos de saúde. Mendes (2002) considera como um dos obstáculos ao funcionamento adequado da ESF a falta de adequação dos profissionais aos pressupostos da nova concepção do modelo assistencial da saúde da família que, por sua vez, está relacionado com a formação básica dos profissionais da saúde cujo aprendizado sustenta-se no modelo flexneriano de atendimento, principalmente no caso do profissional médico. Para o autor, “os recursos humanos formados pelas universidades, no âmbito das graduações e pós-graduações, são preparados para o modelo convencional, com base nas especialidades e para a atenção a eventos agudos em sistemas de serviços de saúde fragmentados” (MENDES, 2002, p. 67). O Ministério da Saúde vem investindo há alguns anos na criação de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Estratégia Saúde da Família. Como outra estratégia de capacitação e formação de pessoal para atuar na rede do SUS, aprovou no ano de 2005 o PRÓ-SAÚDE com o propósito de superar deficiências na qualificação de profissionais, habilitando-os para atuar na ESF e na rede dos serviços de saúde.

A falta de protocolos municipais de atendimento que orientem o funcionamento dos serviços oferecidos na rede, entre eles o de referência e contra-referência secundária e terciária, para o atendimento das internações, é relatado pelos profissionais como outro fator que dificulta a oferta de um cuidado de qualidade e a integração como o nível terciário de atendimento:

Há falta de instrumentos, pra poder a gente lidar com a questão da internação. Falta um protocolo de atendimento municipal, inclusive em relação à questão de encaminhar às unidades hospitalares, até mesmo pra ter um vínculo entre a atenção básica e a atenção hospitalar. (E11)

Pode-se considerar que esta deficiência na estrutura contribui para a fragilidade dos serviços, quando estes não se organizam para manter pessoal qualificado, serviços sistematizados e infra-estrutura adequada para o desenvolvimento da atenção à saúde.

Outra fragilidade identificada nos serviços está relacionada ao processo de planejamento das estratégias a serem desenvolvidas nos municípios. Durante o levantamento

dos dados, observou-se que 88,0% dos ACS, 31,0% dos enfermeiros, 76,0% dos médicos e 63,0% dos técnicos de enfermagem informaram desconhecer o plano de saúde dos municípios onde trabalham. Os relatos apresentados confirmam esta situação:

O plano municipal eu conheço, certo? Só não sei falar nada dele. Eu ainda não parei para estar lendo porque ainda não tive prazo, mas eu conheço o plano municipal sim. (AC13)

Não [...] Eu não sei falar nada a respeito dele. Se me foi dito em algum momento eu não me lembro. (M10)

Conheço um pouco, o que vem das diretrizes do SUS. Não sei o que está descrito lá não. (E13)

A análise destes relatos permite inferir que os planos de saúde são elaborados pelos gestores ou equipes de gestão sem a participação ou repasse do seu conteúdo aos atores responsáveis pela sua execução. Além disso, não se realiza regularmente o preparo adequado das equipes para que se apropriem do conteúdo e implementem as ações propostas nos planos. O que pode contribuir para um descompasso entre o que está proposto é o que se realiza de fato na atenção básica. Isto pode explicar as dificuldades para se reduzir os índices de alguns agravos, como as internações hospitalares, a falta de observação dos critérios de funcionamento da ESF ao organizar os serviços de atenção básica, a redução de procedimentos básicos como as visitas domiciliares, a escassez de ações intersetoriais, a deficiência na organização do sistema de referência e contra-referência, além dos outros fatores citados como nós críticos do planejamento.

Entre os profissionais pesquisados, não foi identificada rotina de planejamento e avaliação dos serviços executados e a compreensão de sua implicação para a mudança do estado de saúde da população dos territórios. Os profissionais desenvolvem seu trabalho na atenção básica utilizando, muitas vezes, o conhecimento adquirido na sua formação técnica, atendendo a demanda apresentada pelos usuários ou aquelas identificadas pelos membros da equipe, principalmente o ACS.

Os gestores relataram que uma das grandes limitações para a operacionalização da atenção básica é o financiamento do sistema de saúde, cujos recursos disponibilizados são considerados insuficientes para o atendimento de todas as demandas que se apresentam, principalmente nos municípios de menor porte onde o sistema de saúde é totalmente financiado com os recursos do SUS.

Dificuldade que a gente vê hoje, às vezes, é a dificuldade voltada para o recurso, que o recurso que vem é pouco, então não dá para atender a demanda, porque o nosso município tem muitas pessoas carentes. Uma

consulta hoje é cara, independente do especialista, não tem condições de pagar, então é consulta, é carro, é remédio, é exame. (G2)

Então eu quero falar da dificuldade financeira que o município tem, o investimento pra poder suprir de forma a estar investindo na atenção primária, no básico. As dificuldades, primeiro que a gente não tem o apoio porque o SUS [...] é que não tem o financiamento necessário a promoção da saúde da população. (G6)

A “dificuldade financeira” destacada pelos gestores que não permite “atender à demanda” da atenção básica é motivo de constantes queixas dos mesmos durante as reuniões de avaliação e pactuação, nas quais alegam que gostariam de implantar a ESF, mas o custo operacional de implantação e manutenção das equipes é alto, o que inviabiliza sua manutenção pelos municípios, notadamente para aqueles de pequeno porte.

Pode-se observar que não são discutidos pelas equipes os resultados das medidas implementadas e seu efeito na redução dos custos das secretarias municipais de saúde. Muito pouco se discute sobre o impacto nos problemas de saúde da população atendida confirmando, como já discutido anteriormente, a falta de uma rotina de avaliação dos serviços executados.

Ao analisar o subfinanciamento da ESF no Brasil, Mendes (2002), identificou que em 2001, o MS investiu o correspondente a R\$ 1,44 per capita/mês com atenção básica, sendo que o custo médio mensal “*per capita*” com uma equipe básica de Saúde da Família é de R\$ 5,11, confirmando a deficiência de investimentos apresentada pelos gestores municipais. O autor considera que existe uma iniquidade na distribuição dos recursos em todo o país, pois os municípios menores têm recebido os menores investimentos, o que se constitui em um grande obstáculo para a implantação da ESF em níveis locais. A manutenção desta situação compromete desfavoravelmente a rede básica que, uma vez deficitária não apresenta resolução para os casos apresentados, entre eles as internações hospitalares por CSAA, onerando cada vez os níveis secundários e terciários de atendimento, criando um preocupante círculo vicioso que mantém e aumenta os riscos de doenças para a população (FIG. 9).

O estado de Minas Gerais tem feito investimentos na atenção básica com a implantação do “Saúde em Casa” o qual oferece incentivo estadual para todos os municípios, para que apresentem melhorias nos seus indicadores de saúde. Porém, para os gestores, estes ainda são insuficientes ao se considerar a realidade dos municípios.

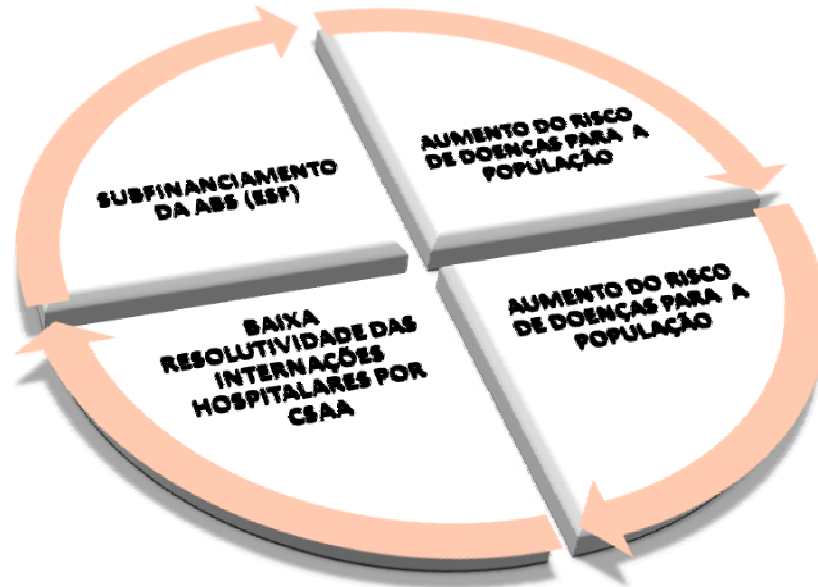


FIGURA 9 - Prováveis efeitos do subfinanciamento da Estratégia Saúde da Família.

Fonte: Questionário elaborado pela autora, aplicado aos gestores e profissionais do serviço.

Há necessidade de construção de um sistema de planejamento que contemple a realidade e necessidades de saúde de cada região e permita o envolvimento dos vários atores que executam as ações de saúde em sua elaboração. O Ministério da Saúde tem colocado à disposição dos gestores e profissionais de saúde cartilhas de orientação para a elaboração de planos estratégicos de saúde. Entre as orientações, encontram-se aquelas relativas à competência das secretarias municipais de saúde nas quais são identificadas suas várias responsabilidades. Entre elas, destacam-se as de capacitação em planejamento, monitoramento e avaliação na perspectiva da política de educação permanente, estímulo ao estabelecimento de políticas públicas de saúde de forma articulada e intersetorial e implementação do planejamento local com o monitoramento e avaliação das ações propostas e divulgação dos resultados alcançados (BRASIL, 2006f, p. 39).

Os obstáculos extraídos dos relatos dos sujeitos do estudo identificados como culturais e relacionados ao processo de trabalho referem-se à exigência da comunidade por especialistas e cuidados de maior complexidade, entre eles a internação hospitalar, cultuada

como a resposta mais efetiva para os seus problemas de saúde, conforme o relato de G1 e AC1.

É uma cidade que por ser pequena, é uma cidade antiga, então há muitas pessoas que tinham uma visão do hospital de que, se internar ela faz todos os exames. A gente começou a cortar, mostrar que não é por aí, com a internação ela pode causar uma infecção, alguma coisa assim, igual uma infecção hospitalar, mas é um trabalho árduo porque a mentalidade das pessoas tá voltada pra internar. (G1)

Outra dificuldade que a gente tem é o despreparo e as dificuldades com relação a alguns pacientes que ainda não mantêm a mente aberta no que diz respeito à prevenção que está sendo muito focada na saúde curativa e não na saúde preventiva. Isso acaba sendo uma dificuldade para gente chegar lá. Parece que a sociedade, às vezes, e até alguns profissionais de saúde, não estão com a mente aberta no que é PSF, então isso acaba sendo uma dificuldade para gente. (AC1)

Foram relatadas pelos participantes as dificuldades para desenvolver ações preventivas e de educação para a saúde com a população e mesmo com alguns profissionais. Constatou-se que eles apresentam concepções mais arraigadas sobre o processo saúde-doença valorizando as intervenções do modelo curativista. As dificuldades podem estar relacionadas à mudança dos padrões culturais, aquisição de novos hábitos de vida e de novos padrões de intervenções clínicas e terapêuticas que ocorrem por parte de alguns profissionais. Campos (2003) refere-se à complexidade das normas sobre saúde que, em suas dimensões culturais, políticas, técnicas, entre outras, faz a prevenção e a promoção da saúde agindo “sobre” os usuários e não “com” os usuários. A falta de envolvimento destes atores contribui para a baixa eficácia dos programas propostos, que tentam “manipular e controlar o desejo, o interesse, e os valores das pessoas em função das necessidades oriundas de normas estabelecidas pela epidemiologia ou pela lógica política ou administrativa” (CAMPOS, 2003, p. 25).

Há um freqüente retorno para novos atendimentos pelos mesmos usuários que utilizam o serviço, apresentando queixas repetidas, o que foi denominado pelos profissionais de “consultismo”. Este se caracteriza pelo comportamento repetitivo da população ao tentar aproveitar da disponibilidade dos profissionais nas UBS, principalmente dos médicos para dar uma “passada no posto de saúde”, reforçando as concepções do modelo flexneriano, o que pode ser observado nos relatos abaixo:

Estamos seguindo um modelo americano que é curativo, especialista, impopular e de alto custo, porque hoje nós usamos muitos exames complementares desnecessários. O paciente que está pedindo exame: hoje eu quero tomografia, eu quero isso, eu quero aquilo e não é por aí. Eu acho que teria de fazer um trabalho muito bom junto à comunidade pra eles verem o que é PSF, elas consultam por qualquer coisa. O paciente não está preocupado com as nossas outras atividades, eles pensam assim: “o Dr. está

no posto, então porque não atende?”. Então isso é um trabalho difícil, tirar esse consultismo das pessoas, porque as pessoas dão um espirro e vêm consultar, dão uma dor de cabeça e vêm consultar. Então hoje, se fosse implantar um PSF, eu daria sugestão de preparar a comunidade primeiro sobre o que é o PSF, os objetivos, porque os países do mundo estão preocupados com o PSF porque é muito mais barato prevenir do que tratar. (M11)

Tentar convencer a população da realização do trabalho da saúde preventiva ainda tem uma barreira, ainda tem um obstáculo, porque as pessoas querem consultar com o médico. Então quando é uma palestra, quando é um trabalho educativo, quando é um trabalho preventivo, eles têm barreira, tem dificuldades de aceitar, então eles querem o curativo, essa é a primeira dificuldade. Algumas dificuldades políticas que a gente tem, e financeira, de recurso mesmo. As políticas... é a questão do favorecimento, então infelizmente a gente tem essa dificuldade no município. (E3)

A situação agrava-se pela deficiência de interlocução entre os serviços da própria rede básica e com os demais níveis de atenção que atuam de forma isolada e dentro das especificidades de suas áreas de atuação. Ademais, geralmente são desconsideradas pelos níveis de maior complexidade a função, a capacidade e a qualidade das intervenções da atenção básica. Tal fato reforça a prática do cuidado voltado para a intervenção nas patologias, ocasionando nos serviços dificuldades para o atendimento às várias demandas da população, entre elas as internações hospitalares por CSAA. Esta realidade pode ser confirmada pelo depoimento de M14.

Sinceramente eu fico um pouco perdido. Eu tento acompanhar os casos de diarreia, alguns agravos tipo AVC, IAM, doenças infecciosas. A gente sempre tenta acompanhar mais, como as notificações, pacientes hansênicos. Mas de resto eu fico muito à mercê. Crianças eu realmente não tenho visto, até diarreia e desnutrição eu quase não acompanho aqui. Geralmente mais baixo desenvolvimento. Eu realmente fiquei sabendo das internações do ano passado e ao longo desse ano eu estou acompanhando e ninguém me disse nada, já estamos no meio do ano e eu não sei quanto temos até hoje. Então, eu não participo muito ativamente mesmo não. Se eu perguntasse, até veria, mas a gente fica na passividade, a gente critica mas fica do mesmo jeito. (M14)

O desempenho acrítico na rotina do trabalho surge como um dos fatores de repetição e manutenção de um modelo de saúde voltado para o atendimento médico e hospitalocêntrico, revelando-se pontual, fragmentado e com baixa resolutividade para os problemas mais frequentes do nível primário de atenção à saúde. A grande demanda de atendimento, principalmente para a consulta médica, pressiona para a manutenção deste foco, o que é reforçado pela cobrança dos gestores dos serviços e pela cultura popular que ainda concebe a saúde como a ausência de doenças. Resta-nos tentar identificar os determinantes desta “passividade” relatada por M14 que desvirtua e compromete a integralidade do cuidado. É

reconhecida e admitida pelos profissionais dos serviços, mas continua existindo plácida e impassível na prática destes atores.

Mendes (2002, p. 53), ao analisar os obstáculos à implantação da ESF no Brasil, refere-se àqueles de natureza ideológica que surgem em função da mudança cultural que deve ser introduzida pela ESF nos espaços em que esta se organiza. Esta mudança deve caracterizar-se pela ruptura com o paradigma flexneriano e pela estruturação de um sistema de serviços de saúde que se embasa no paradigma da produção social da saúde, para que as intervenções na saúde da população tenham uma maior resolutividade. Criar e mudar conceitos requer movimentos e aberturas para se introjetar novos valores e condutas no fazer saúde, o que se constitui um grande desafio para todas as pessoas.

A institucionalização da ESF ainda é uma situação a ser incorporada pelos serviços e pelos trabalhadores da saúde, o que pode ser considerado como um dos grandes desafios a serem enfrentados no equacionamento da capacidade de resolução da atenção básica.

Continuando na linha de avaliação do processo de trabalho, foram apontados pelos participantes da pesquisa como obstáculos referentes à dimensão política, a falta de autonomia dos gestores na condução dos serviços de saúde, estando sua atuação condicionada às decisões da equipe de governo do nível municipal; o fato do gestor não ser ordenador das despesas da área da saúde; a precariedade de interlocução e integração entre os serviços conveniados no atendimento às especialidades e às internações; a interferência de outras instituições assistenciais existentes nos municípios; no trabalho das equipes e no protecionismo e favorecimento político no atendimento ao usuário, desrespeitando as normatizações previstas para o atendimento na rede de serviços. Estes fatores mesclam-se na rotina do funcionamento dos serviços, às vezes, causando alguns efeitos indesejáveis ao dificultarem a atuação das equipes de trabalho, deficiências na infra-estrutura, atraso nos atendimentos mais complexos, culminando com o entendimento de falta de capacidade de resolução da rede básica, o que pode ser observado pelo depoimento de E3.

Na perspectiva de Campos (2003), há uma dimensão política da vigilância à saúde que é de responsabilidade de todos os atores nos serviços de saúde ou daqueles que o utilizam. O autor considera que as normas legais previstas para proteger a saúde da sociedade são resultantes de um conhecimento técnico, da disputa de interesses, de embates sociais e políticos que movimentam todo o cenário de atenção à saúde. Portanto, os obstáculos apontados pelos sujeitos da pesquisa precisam ser por eles entendidos como elementos do cotidiano do fazer saúde, para que não se transformem em barreiras intransponíveis ou justificativas para a ineficácia da sua atuação e dos serviços.

Como obstáculos relacionados ao acesso aos serviços, foram identificados a grande extensão territorial em cinco (71,0%) dos municípios, que possuem zona rural, a precariedade das estradas e o número insuficiente de veículos para transportar os profissionais até os domicílios e mesmo os usuários para tratamento fora do domicílio. Estas deficiências ocasionaram a redução das visitas domiciliares por dificuldade de locomoção para as micro-áreas, principalmente para os ACS, dificultando o acompanhamento dos usuários e a identificação precoce dos seus problemas de saúde. Entre eles, aqueles por CSAA. Aliado a estas dificuldades, foi relatado o descumprimento das pactuações no atendimento dos usuários encaminhados para o nível secundário e terciário em outros municípios, o que é confirmado por E9:

A dificuldade é na questão de referência. A gente não trabalha com o serviço de referência e contra-referência bem delimitados. O fluxo do paciente dentro do próprio sistema municipal não é muito bem organizado. Então, às vezes, a gente fica meio perdido para dar complementação no tratamento daquela pessoa, a gente não tem muito pra onde ir, para onde recorrer. Tanto o paciente fica perdido como a gente fica perdido. (E9)

Quando os usuários procuram os serviços em outros municípios, são informados da impossibilidade de atendimento, além da demora nos encaminhamentos para internações, o que faz com que o usuário “perambule” pela rede em busca de atendimento, sem conhecimento do seu direito à internação, uma vez que a pactuação já foi realizada. Os depoimentos a seguir contextualizam esta situação:

Em termos de internação hospitalar outra dificuldade que eu encontro aqui é quando a gente encaminha o paciente para o hospital. Há uma necessidade, há uma indicação clínica pra internação e esse hospital não retém o paciente. Esse paciente retorna para nós e ficamos com o paciente grave na unidade. Na unidade que eu falo é na residência. Então, acho que há uma dificuldade grande quando o profissional que está no hospital abre mão da função dele lá, achando que é nossa função. Às vezes, essa confusão dificulta mais o nosso trabalho. (M5)

Uma coisa que eu tenho visto assim [...] o paciente chega no hospital, se não tem vaga, a instituição não procura mandar pra outra. Eles falam que a gente poderia resolver aqui, mas se a gente manda pro hospital é porque acabou o recurso da unidade. Então eu tenho visto uma falha nesse sentido, mas é do hospital. Às vezes, a gente encaminha, mas não é dado muito crédito no que está no encaminhamento. Eles não aceitam nosso encaminhamento, não dão crédito no nosso encaminhamento. (TE3)

Observou-se um significativo desconhecimento dos profissionais em relação à organização da rede para dar suporte ao trabalho da atenção básica, ou mesmo sobre a capacidade da própria rede municipal para responder à demanda que bate à porta das UBS, que precisa ser organizada e atendida. Não é observado o princípio da continuidade da

atenção, apresentado por Mendes (2002, p. 57) como “aquele que viabiliza a função organizativa” da atenção básica, cuja base operacional é a implantação de sistemas integrados de serviços de saúde que supere a fragmentação da atenção vigente.

Os serviços conveniados tendem a manter sua autonomia de atuação e funcionam desvinculados dos demais serviços da rede. Observa-se que esta lógica é, de certa forma, mantida e aceita pelos profissionais da rede básica que aparentemente comportam como se somente o nível terciário tivesse capacidade de resolução para os agravos identificados e encaminhados para internação. Para Mendes (2002, p. 58) “este obstáculo tem a ver com a forma hegemônica de organização do SUS, ou seja, com a vigência de sistemas fragmentados dos serviços de saúde”, que em função da dificuldade de incorporar os preceitos da atenção básica atendem às situações de forma pontual e vinculada à concepção curativista de atenção.

A modalidade de gestão dos municípios pólos, apesar da adesão ao SINPACTO, ainda não permite o acompanhamento integral por parte dos gestores, sobre os serviços realizados no nível hospitalar, que na microrregião é privado e conveniado ao SUS municipal. Portanto, não existe o controle global das internações hospitalares. Esta realidade é confirmada por G4:

Pois é outra coisa complicadíssima é essa aí que você está me perguntando, porque eu tenho acesso ao relatório das internações hospitalares [...] eu sei do número de internações, número de partos, número de cesáreas, número de tal, mas não é uma coisa de domínio e nem de controle da gestão municipal. Eu fico sabendo pelos relatórios que você tira pela Internet, relatório que você tira através da secretaria do estado, algumas prestações de conta que passam por aqui, porque o Hospital é financiado pelo PRÓ-HOSP. Porque nós não temos gestão direta sobre o Hospital. Então tem muita coisa que eu não fico sabendo, porque não há um fluxograma, não está definido a partir da Secretaria de Saúde, a partir da Atenção Básica [...] as pessoas tem como porta de entrada o Hospital, chegam pra internação direto lá. Eu não fico sabendo. (G4)

A descentralização dos serviços de saúde, responsabilizando os gestores municipais pela implementação da atenção básica, modificou os mecanismos de gestão da atenção à saúde no nível local, o que foi reforçado no Pacto pela Saúde, a partir de 2006. Aos gestores compete responder por todo o sistema de atenção, cabendo-lhes o controle de todas as ações de saúde realizadas no âmbito municipal, sejam elas públicas ou privadas. Neste contexto, um sistema de informação eficaz que identifique os agravos que acometem a população, que seja de conhecimento do principal responsável pelo controle das políticas de saúde local, pode ajudá-los a ampliar o conhecimento, o domínio e o controle, sobre os procedimentos executados nos outros níveis de atenção. Outra vantagem está relacionada ao fato destas

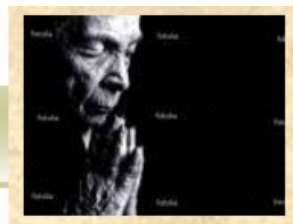
informações serem um importante instrumento de avaliação e análise da qualidade das intervenções implementadas e orientarem na redefinição de ações mais efetivas para redução destes agravos.

A perspectiva inovadora desta nova modalidade de gestão parece não ter sido incorporada pelos responsáveis das instituições de saúde, principalmente no que se refere à gestão do sistema de saúde, cuja maior responsabilidade gerencial, dentro da nova organização, está ligada ao gestor público. Pode-se considerar que, de alguma maneira, começa surgir uma modificação na autonomia e hegemonia do poder de decisão dos hospitais no tocante ao atendimento a ser oferecido à população no nível terciário. Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p. 815) se reportam ao “impacto na gestão municipal quando se referem à implementação da ESF, responsável por mudanças significativas nos princípios organizativos do SUS”. Porém, suas observações podem ser consideradas para todos os níveis de complexidade de atendimento. Destacam-se os aspectos da descentralização, da integralidade da atenção e do controle social para a implementação do modelo de saúde previsto para o SUS. No aspecto da descentralização e da integralidade, que interessa a essa discussão, considera entre outras, a transferência de autoridade da gestão administrativa e a delegação da responsabilidade aos gestores municipais sobre a saúde dos cidadãos que incluem planejamento das ações, implementação, avaliação e monitoramento, necessidade de integração da rede básica com as redes secundárias e terciárias, estimulando medidas de intervenção mais efetivas sobre a saúde da população sob sua responsabilidade.

*De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre a começar,
A certeza de que é preciso continuar,
E a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar.
Portanto, devemos:
Fazer da interrupção um caminho novo,
Da queda, um passo de dança,
Do medo, uma escada,
Do sonho, uma ponte,
Da procura, um encontro.*

Fernando Sabino

Considerações finais



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo identificar a relação entre a organização e o funcionamento dos serviços de atenção básica da microrregião de saúde de Coronel Fabriciano com a ocorrência das internações hospitalares por condições sensíveis ao atendimento ambulatorial. Considerou-se para fins desta pesquisa os serviços estruturados na lógica da ESF, por ser esta a estratégia prioritária de organização da ABS na atualidade e por prever um sistema de organização diferenciado, apesar do atendimento às internações por CSAA ser feito também pelos serviços convencionais de atenção básica. Partiu-se da premissa que as internações hospitalares por CSAA são agravos evitáveis e de atendimento hospitalar desnecessário, cuja resolução é de competência dos serviços da atenção básica.

Como instrumento para avaliação do atendimento destes agravos foi utilizado um indicador de morbidade hospitalar; o indicador das internações hospitalares por CSAA, que permite identificar a resolutividade dos serviços da atenção básica tendo por referência o acesso e a qualidade da assistência oferecida à população.

Como perspectiva analítica, foi avaliada a influência da organização e funcionamento dos serviços da ABS, considerada como elemento estruturador do atendimento a ser oferecido à população, na prevenção e redução das internações hospitalares por CSAA e de outros agravos. Nesta ótica, o conhecimento e o domínio sobre os mecanismos de gestão e avaliação dos serviços e a atuação dos profissionais das UBS foram pesquisados junto aos gestores municipais de saúde e integrantes das equipes da ESF de cada município da microrregião de Coronel Fabriciano, buscando caracterizar o contexto da atenção básica no atendimento às internações por CSAA.

Nesta perspectiva, após análise dos dados, foram definidas cinco categorias de análise atribuídas como pertinentes para a compreensão da relação entre a organização e funcionamento do atendimento na atenção básica e a ocorrência das internações hospitalares por CSAA na microrregião de saúde, quais sejam: a caracterização dos gestores e profissionais dos serviços da atenção básica; o panorama das internações hospitalares por CSAA no estado de Minas Gerais e na microrregião de saúde; a organização e funcionamento da atenção básica no controle das internações por CSAA considerando a perspectiva dos gestores e profissionais dos serviços; a avaliação do cuidado oferecido nos serviços; a utilização do indicador de internação hospitalar por CSAA e os aspectos organizacionais que

interferem no atendimento das pessoas que necessitam das internações, considerando os nós críticos identificados no atendimento das internações hospitalares por CSAA.

Os aspectos abordados permitiram conhecer, a partir a percepção dos sujeitos, como estes serviços estão organizados e o seu funcionamento no que se refere ao atendimento das condições sensíveis. Os resultados encontrados revelaram uma realidade deficitária relacionada principalmente aos aspectos estruturais das unidades de saúde e do processo de atendimento ao usuário.

A partir das falas dos sujeitos, foi identificada como deficiência no processo de atendimento a fragmentação da assistência, caracterizada por um cuidado compartimentalizado em que cada nível de atenção atua isoladamente, sem interlocução ou troca de informações sobre o estado de saúde dos usuários, comprometendo a integralidade e a continuidade do cuidado.

Entre as situações identificadas, encontra-se a falta de efetividade dos protocolos de referência e contra-referência para atendimento do usuário, o que compromete o fluxo de atenção na rede de serviços, ocasionando inconsistência no sistema de atendimento nos vários níveis e o conseqüente agravamento do estado de saúde das pessoas. Esta situação é reforçada pelos freqüentes encaminhamentos pelos profissionais da rede básica para o nível secundário de atendimento hospitalar, ao considerarem que os hospitais têm maior capacidade de resolução para os problemas de saúde da população. Esta perspectiva reforça a manutenção do modelo curativista e hospitalocêntrico ainda impregnado nas condutas dos profissionais da rede básica, em detrimento da atenção preventiva e de promoção da saúde. Neste cenário, evidencia-se a necessidade de mais investigações sobre os processos de formação dos profissionais que, pelas condutas identificadas, continuam marcados por uma visão reducionista e cujas práticas assistenciais têm foco nas patologias e seu tratamento, desfocados do cuidado integral.

No tocante aos serviços desenvolvidos para o atendimento das internações por CSAA, de acordo com os depoimentos apresentados, pode-se inferir que existem deficiências nos planos de saúde referentes às ações voltadas para a redução destes agravos ou mesmo para a avaliação dos determinantes da sua ocorrência. Esta situação é agravada pelo desconhecimento por parte dos profissionais responsáveis pela execução dos serviços, da programação e das metas previstas nos planos municipais de saúde para o atendimento da atenção básica.

No relato dos sujeitos, existem deficiências relacionadas ao funcionamento das UBS, representadas pela carência de material, equipamentos, pessoal, entre outros que interferem na

oferta do cuidado, gerando nos usuários o descrédito nos serviços da atenção básica. Com isto buscam outros serviços, principalmente aqueles de pronto atendimento e os hospitais. Esta situação ocorre com maior frequência, nos municípios de maior porte, também responsáveis pelo atendimento dos usuários de municípios menores, em função das pactuações.

Esta realidade fragiliza a organização da hierarquização do atendimento previsto no sistema de saúde e dificulta a efetivação de uma atenção de qualidade e resolutive. A conformação existente estimula o usuário para que busque soluções externas para o seu problema de saúde e não referencie a atenção básica no atendimento de suas demandas. Esta situação encontra-se agravada pela carência de pessoal em quantidade e qualidade, ocasionando a redução da oferta de serviços, a baixa capacidade de resolução dos problemas identificados traduzidas pelas intervenções limitadas e pouco resolutivas.

Os profissionais da rede sentem-se despreparados para o atendimento das demandas dos usuários da rede básica, alegando insegurança e falta de apoio técnico para a definição de intervenções mais eficazes, levando-os a optar pelos encaminhamentos para o atendimento hospitalar. Esta situação, em parte, esclarece a baixa capacidade de resolução para as internações por CSAA, sinalizando a necessidade de maiores investimentos na qualificação e atualização permanente dos profissionais da rede de serviços.

A escassez de investimento em educação permanente aliada à alta rotatividade dos profissionais ou mesmo a falta destes nas equipes repercute na capacidade de lidar com as exigências do nível primário de atenção. A dificuldade de atuação e deficiência na sistematização do cuidado oferecido desqualifica o atendimento, o que mais uma vez compromete a capacidade de resolução dos problemas identificados, agravando o estado de saúde das pessoas ou aumentando os encaminhamentos para atendimento hospitalar. Caracteriza-se, assim, um círculo vicioso e pernicioso, reforçando a cultura da supervalorização dos procedimentos e intervenções hospitalares considerado como resposta eficaz para a resolução dos problemas de saúde.

Pode-se considerar que as capacitações realizadas pelos gestores dos serviços até o período da pesquisa revelaram-se ineficientes no tocante a apropriação dos instrumentos de gestão que auxiliam na regulação das políticas de atenção implantadas nos municípios. É necessário, portanto, que outros investimentos sejam feitos nesta diretriz, materializados por processos de capacitação direcionados não somente aos gestores, mas para todos os profissionais dos serviços que, direta ou indiretamente, estão envolvidos com o cuidado ao usuário, fortalecendo e ampliando a capacidade de intervenção para redução dos riscos e agravos aos quais a população está exposta.

Apesar do apoio recebido da GRS de Coronel Fabriciano para o desempenho de suas funções, os secretários municipais de saúde dedicam um tempo reduzido para as ações estratégicas de planejamento, monitoramento e avaliação da saúde dos municípios. As maiores dificuldades neste campo são relatadas principalmente pelos gestores dos municípios de menor porte que, em função da deficiência de conhecimentos ou mesmo disponibilidade para atendimento de todas as demandas da função, delegam algumas responsabilidades para os médicos e enfermeiros das equipes da ESF. Esta situação, se por um lado proporciona agilidade de alguns atendimentos, por outro contribui para limitar ainda mais a compreensão e domínio sobre os processos de gestão dos serviços, além de desviar os técnicos de sua função primordial de assistência.

Entre os profissionais das equipes da ESF envolvidos com o cuidado à saúde, aqueles de nível médio e superior possuem qualificação para o desempenho técnico de seu trabalho. Esta qualificação revelou-se em muitos casos, principalmente para os técnicos de enfermagem, limitada aos conhecimentos adquiridos durante a formação básica. Os enfermeiros e médicos organizam-se individualmente para a aquisição e atualização de conhecimentos que, em sua maioria, são realizados externamente. Parte dos ACS tem qualificação profissional e participa das capacitações promovidas pelas SMS, assim como os técnicos e enfermeiros. Nas capacitações oferecidas pelo serviço, foi identificada uma menor participação dos profissionais médicos, que priorizam aquelas externas ao campo da atenção básica. Esta situação tem refletido no desempenho profissional revelando limitações na capacidade de intervenção, na realização de um atendimento integral e no desenvolvimento de ações que atendam ao perfil da atenção básica.

A atuação dos profissionais do serviço prioriza o modelo convencional de atendimento voltado para as ações de caráter curativo, segmentado e com foco nas patologias. Esta situação se repete mesmo nas atividades de visitas domiciliares, organização de grupos para educação em saúde, palestras nas escolas entre outras consideradas da atenção básica. Foi identificado um reduzido investimento em medidas de prevenção de riscos, prevenção de agravos e promoção da saúde, reforçados pela pressão da população e mesmo de alguns gestores para a manutenção do atendimento convencional, focado na produção e com registro no SIAB, que comprova os procedimentos realizados pela equipe.

Considerando o discurso dos sujeitos, as dificuldades de atuação estão relacionadas ao reduzido investimento na atualização profissional e preparo técnico para execução dos procedimentos da atenção básica. As maiores limitações são para os ACS, a quem são oferecidas poucas qualificações. Entre elas está o curso ministrado pelo MS em 2006, módulo

introdutório que, porém, não atendeu em sua primeira etapa a todos da rede de serviço. É importante lembrar que estes profissionais assumem papel fundamental na identificação das alterações do estado de saúde das populações dos territórios, visto que estão em permanente contato com estes usuários, sendo referência para muitos deles. Portanto, devem ser consideradas e implementadas com maior urgência as propostas de qualificação já existentes para estes importantes atores.

No que concerne ao monitoramento e avaliação dos resultados das medidas de intervenção adotadas para o atendimento das internações por CSAA, foi identificado que as equipes da ESF e os gestores não fazem avaliação sistemática dos serviços executados. Quando acontecem discussões sobre as internações hospitalares somente são avaliadas as causas gerais, sem referência às CSAA.

Ademais, as fontes de informação utilizadas para averiguação das internações que ocorreram no território não são padronizadas na rede de atendimento, sendo utilizado todo tipo de anotações e informações oficiais e informais que se relacionem com os casos de internações hospitalares (cadernos, fichas de anotações de procedimentos diários, SIAB, consolidados dos SIS, entre outros) ou com os informantes disponíveis (vizinhos, familiares, informações dos profissionais, entre outros).

Ficou caracterizado o desconhecimento e o despreparo dos atores envolvidos com a atenção básica da microrregião no que se refere à análise das causas das CSAA e os processos de avaliação e monitoramento que devem fazer parte do cotidiano do trabalho. Durante o estudo, não foi identificada a utilização de instrumentos técnicos, critérios ou indicadores padronizados para a avaliação das internações por CSAA ou mesmo para os demais agravos. Estes instrumentos foram elaborados pelo MS e algumas secretarias estaduais de saúde, sendo, portanto, importantes recursos de organização e planejamento dos serviços de saúde. Sua finalidade é apoiar os gestores e profissionais dos serviços nos processos de organização da assistência em todos os níveis, contribuindo com a melhoria da qualidade da rede de atenção. Esta constatação reforça a necessidade de qualificação para a gestão e a assistência viabilizando a melhoria do sistema de saúde, permitindo o monitoramento e a avaliação dos serviços existentes, a organização de políticas de qualificação e capacitação profissional, a criação de condições estratégicas para a coordenação dos serviços e a oferta de um cuidado integral, de qualidade e humanizado.

Os profissionais da ESF de um modo geral não participam das avaliações realizadas pela equipe de gestão sobre o desempenho da atenção básica e tampouco das definições das ações a serem desenvolvidas. Porém, compete-lhes a responsabilidade da execução das

atividades programadas para este nível de atendimento. Torna-se necessária a revisão dos processos de planejamento, permitindo e incentivando a participação dos atores responsáveis pela prática do cuidado nos serviços, envolvendo-os na responsabilidade pela oferta de uma atenção de qualidade.

Durante o estudo, não foi observado o desenvolvimento de avaliações das ações realizadas pelas equipes da ESF, dificultando, portanto, a identificação dos fatores que levam à ocorrência dos problemas de saúde. Percebe-se um conhecimento fragmentado sobre as causas das internações e suas implicações para a saúde da população, o que contribui para análises também fragmentadas e inconclusivas dos processos de adoecimento da população, desencadeando ações repetitivas, desfocadas da prevenção e promoção da saúde, levando a medidas de intervenção ineficazes.

Considerando a lógica de organização e funcionamento dos serviços proposta para o SUS, a atenção básica pode ser considerada como a atual protagonista do funcionamento do sistema de saúde. Deve atuar como elemento organizador das demandas secundárias e terciárias primando pela integração e proporcionando a integralidade do cuidado. Cada nível de gestão deve incorporar as responsabilidades de sua competência, fortalecendo mecanismos de integração entre todos os níveis de atendimento. Além disto, os níveis secundários e terciários precisam se constituir de fato em níveis de atendimento abertos às demandas de uma atenção básica organizada e como suporte técnico dos profissionais do nível primário de atenção à saúde.

Retomando o objetivo definido para este estudo e tendo em vista os resultados apresentados, pode-se constatar que os serviços de atenção básica têm um papel fundamental no atendimento às internações por CSAA. Constituem o principal serviço de atendimento oferecido à população de grande parte dos municípios, podendo, portanto, uma vez organizados, interferir positivamente na redução destes agravos. Para tanto, devem ser reforçados os investimentos na organização e funcionamento deste nível de atendimento, aliados à qualificação permanente dos gestores e profissionais envolvidos na dinâmica destes serviços, instrumentalizando-os para o exercício de sua capacidade administrativa e técnica no atendimento à população. Neste sentido, precisam compreender melhor a condução dos processos de trabalho no nível local, responsabilizando-se pela implementação de projetos e programas que modifiquem o perfil de saúde da população de seus territórios. Os serviços devem priorizar a qualidade no atendimento e as ações resolutivas, fruto de planejamentos estruturados no conhecimento sobre a realidade de vida das pessoas e populações atendidas e a capacidade real de atendimento e resolução dos municípios.

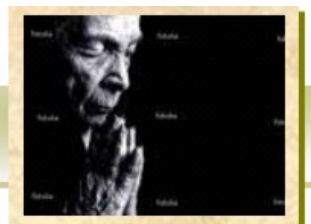
Como uma estratégia de intervenção, deve ser organizada a educação permanente dos profissionais dos serviços, oferecendo capacitações periódicas que os atualize sobre temas que auxiliem no desenvolvimento de suas atividades. Inicialmente, sugere-se que seja discutido com os atores envolvidos no processo de atendimento da atenção básica sua compreensão sobre o trabalho que realizam, sua finalidade e os resultados alcançados com as ações desenvolvidas.

Para tanto, uma das alternativas é promover a integração entre as instituições formadoras locais e os serviços para a implementação de estudos que avaliem as condições e características dos serviços locais ajudando-os na identificação e compreensão dos problemas existentes e na definição de alternativas viáveis de solução para as deficiências encontradas. Com base nestes estudos, viabilizar uma alternativa para mudanças, como a organização de cursos de capacitação na modalidade de especialização e cursos de pequena duração para os gestores e profissionais graduados. A abordagem deve prever metodologias ativas de aprendizado direcionadas para temas relativos à realidade encontrada nos municípios, ajudando na identificação, análise e resolução dos problemas detectados no campo da gestão e do cuidado em saúde, além do monitoramento e avaliação dos resultados. Dentro destas mesmas diretrizes, deve ser organizada a capacitação dos profissionais do serviço de todas as áreas, possibilitando a construção coletiva de estratégias de gestão e cuidando para o funcionamento adequado do sistema de saúde local.

Os responsáveis pela implementação da educação permanente precisam estar atentos para utilizar as políticas públicas de educação em serviço já implementada pela gestão federal e estadual otimizando assim as condições de capacitação e possibilitando a participação de todos os profissionais dos municípios. O aprendizado deve estimular e favorecer a adoção de novas condutas por todos os envolvidos com o atendimento dos serviços, promovendo melhorias na realidade da saúde local.

Os resultados deste estudo poderão ser utilizados para apresentação e discussão com os profissionais da rede dos serviços de saúde que por ele se interessarem sobre o atendimento das internações hospitalares por CSAA; na avaliação e análise de serviços executados; como fonte de informação e orientação para o exercício das atividades de supervisão das ações de atenção básica dos especialistas em políticas de gestão da saúde da GRS - Coronel Fabriciano e de outras regionais de saúde; para publicações de artigos; apresentação e exposição em congressos, e ainda outras formas de apresentação que possam contribuir para a apreensão e utilização da temática pesquisada.

Referências



REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Pacto Unificado de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia**. Salvador: SESB, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/pactuacao/arquivos/MANUAL%20PACTO%20UNIFICADO%202007.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2007.
- BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 11-41.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p. Título original: L'Analyse de Contenu.
- BRASIL Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Datasus. **Indicadores: Serviços Especializados**. Brasília: Datasus, 2008. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=31&VMun=311940&VTerc=00>. Acesso em: 1 fev. 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a. 528 p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 12).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 91/GM, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2007b. Seção I, p. 33-8.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorâmico/Brasil**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2007c. 56 p. (Painel de Indicadores do SUS, 3).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. v. 6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação Geral de Planejamento. **Organização e funcionamento do sistema de planejamento do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 68 p. (Série B - Textos Básicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 11.350, de 9 de junho de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 out 2006f. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Avaliação na Atenção Básica: caminhos da institucionalização**. Brasília: DAB, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.224/GM, em 5 de dezembro de 2002. Estabelecer o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, dez. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 29 de janeiro de 2001. Aprova a criação da Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 set 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Textos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 344 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Resolve aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 210, 16 out. 1996.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **DOFC**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

CAMARGO JÚNIOR, K. de. *et al.* Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 61-89.

CAMPOS, G. W. de S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAVALCANTE, M. das G. S. *et al.* Análise de implantação das áreas estratégicas de atenção básica nas equipes de saúde da família em município de uma região metropolitana do nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, n. 4, p. 437-445, out./dez. 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 29-47.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio: políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 157-81.

COSTA, G. M.; COSTA, H. S. M. Região metropolitana e competitividade intermunicipal: uma conciliação possível? SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 9., 2000, Diamantina. **Anais...** Belo Horizonte: CEDEPLAR, 2000. p. 1055-1076. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/diamantina2000/2000/GERALDO>>. Acesso em: 23 jan. 2008.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 211 p.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: _____. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

DAVEL, E.; MELO, M. C. de O. L. Singularidades e transformações no trabalho dos gerentes. In: _____. **Gerência em ação: singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 2005. 340 p.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2, p. 164-176, feb./mar. 2007.

FAUSTINO, R. L. H. *et al.* O trabalho de enfermagem em saúde da família na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n. 4, p. 464-9, out./dez. 2004.

FERLA, A. A.; LEAL, M. B.; PINHEIRO, R. Um olhar sobre práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 35-60.

FRANÇA, J. L.; VASCONCELOS, A. C. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. 8. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2007. 225 p.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 459-73.

HOMAR, J. C.; MATUTANO, C. C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por “ambulatory care sensitive conditions”: marco conceptual. **Aten. Primaria**, v. 31, n. 1, p. 61-65, enero, 2003.

HOMAR, J. *et al.* Avances en España en la investigación con el indicador “Hospitalización por Enfermedades Sensibles a Cuidados de Atención Primaria”. **Rev. Esp. Salud Pública**, Espanha, v. 31, n. 1, p. 6-17, 2003.

HOMAR, J. *et al.* Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. **Atención Primaria**, v. 31, n. 1, p. 6-17, 2002.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. 166 p.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFCS/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. 290 p.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p. 39-64.

MENDES, E. V. Os fundamentos da construção do SUS. In: _____. **SUS mudar para avançar**. 2008. No prelo.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org). **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 117-60.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Estratégia Saúde da Família**. 2007. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-saude-em-casa>. Acesso em: 22 de jan. 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SES/MG nº 1.093**, de 29 de dezembro de 2006. Estabelece condições que compõem o indicador Internações Sensíveis à Atenção Ambulatorial. Belo Horizonte: SES/MG, 2006a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Atenção Primária à Saúde. **Internações Ambulatoriais por Microrregião de Saúde**, 2000-2005. Belo Horizonte: SES/MG, 2006b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Atenção Primária à Saúde. **Internações Ambulatoriais por Microrregião de Saúde**, 2000-2005. Belo Horizonte: SES/MG, 2008a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Regulação da Gerência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano. **Piso de Atenção Básica**, 2007. Coronel Fabriciano: GRS Coronel Fabriciano, 2008b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Nota técnica nº 17/P. **As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial em Minas Gerais**. Belo Horizonte: SES-MG, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Saúde em casa**: guia de oficina de trabalho, guia do participante. Belo Horizonte: [200-].

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

OLIVEIRA, A. C. de. **Ensaio sobre atenção pública à saúde em Minas Gerais**. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Indicadores de salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico**, Washington, v. 22, n. 4, p. 1-5, dic. 2001.

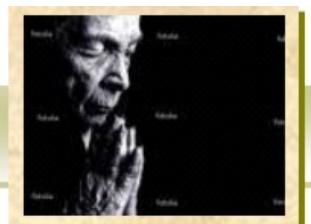
PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M.; PORTO, F. Equidade e resolutividade: da teoria à construção no cotidiano de profissionais de saúde. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2007.1>>. Acesso em: 27 dez. 2007.

PEREIRA, M. A qualidade dos serviços de saúde. In: _____. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1995.

PERPÉTUO, I. H. O.; WONG, L. R. Atenção hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: SEMINÁRIO SOBRE ECONOMIA MINEIRA, 12., 2006, Diamantina. **Anais...** Belo Horizonte MG: CEDEPLAR/FACE/UFMG, 2006.

- PINHEIRO, Roseni. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. **Cad. ABEM**, v. 1, p. 15-19, maio 2004.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ/CEPESC, 2005.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 484 p.
- PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1025-1035, out./dez. 2005.
- SENA, R. R. *et al.* O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação dos enfermeiros. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, 2007. (Versão preliminar)
- SILVA JÚNIOR, A. G. da. *et al.* Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. parte 1, p. 61-89.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, DIFID, Ministério da Saúde, 2002. 725 p.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.
- TURATO, E. R.; FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.
- VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 531-59.
- VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 288 p.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

Apêndice



APÊNDICE A

Formulário de Identificação dos Participantes

IDENTIFICAÇÃO

1. Data: ___/___/___ Horário de Início: _____ Horário de Término: _____
2. Local de realização da entrevista: _____
3. Unidade de Saúde: _____
4. População do território (cadastro da ESF): _____
5. Entrevistado: _____
6. Nível de qualificação: () Médio () Graduação () Especialização () Outros Qual? _____

- 6.1. Tempo de Formação: _____
7. Cargo que ocupa atualmente: _____
- 7.1. Tempo de serviço no cargo atual: _____
- 7.2. Jornada de trabalho diária: _____
8. Tempo de serviço na Instituição: _____
9. Tempo de serviço na ESF: _____
10. Trabalha em outro local? _____
- 10.1 Jornada de trabalho diária: _____
11. Cursos de capacitação para atuar na ESF: _____

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista para os Gestores dos Serviços

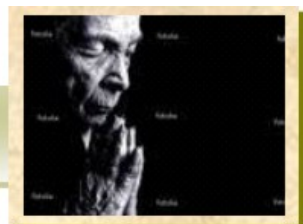
1. Descreva suas atividades como gestor municipal de saúde.
2. O que está previsto no Plano Municipal de Saúde para o funcionamento da atenção básica?
3. Fale sobre as internações hospitalares no seu município. Quais são os motivos das IH?
4. Como você é informado sobre os casos de IH que acontecem no seu município?
5. Fale sobre a organização do serviço para o atendimento das pessoas que necessitam de internações hospitalares.
6. Como gestor municipal você utiliza os dados das IH para avaliar o serviço que está sendo prestado no município? Como é feita esta avaliação / análise?
7. Que instrumentos são utilizados para fazer a avaliação / análise?
8. Quais são os critérios ou indicadores utilizados para avaliação / análise das IH?
9. Como são utilizadas as informações obtidas com a avaliação / análise das IH?
10. A gestão municipal tem estruturado um sistema de referência e contra-referência para as internações hospitalares?
11. Como se dá a interlocução entre o nível de gestão e a equipe executora das ações de saúde?
12. Quais são as principais dificuldades e facilidades que você vivencia como gestor municipal?
13. Você se sente preparado para fazer a avaliação do serviço de saúde municipal e para avaliar porque ocorrem as IH no seu território?
14. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

APÊNDICE C

Roteiro de Entrevista para os Profissionais do Serviço (Médico, ACS e Enfermeiro)

1. Descreva as atividades que você realiza diariamente na ESF.
2. Você conhece sobre o Plano Municipal de Saúde? O que ele prevê para o funcionamento da atenção básica?
3. Fale sobre as internações hospitalares que ocorrem na sua área de abrangência. Quais são os motivos das IH na sua área de abrangência? Como os casos são registrados?
4. Como você é informado sobre os casos de IH da sua área de abrangência?
5. Como é feito o atendimento ao usuário que necessita de internação hospitalar? Qual é a trajetória do usuário na rede de serviços?
6. Como é feito o acompanhamento dos usuários no período em que estão internados, pela equipe da ESF?
7. Como se dá o contato (interlocução) entre a Unidade Básica e o hospital quando ocorrem as IH?
8. Após a alta hospitalar qual é a assistência prestada aos usuários da sua área de abrangência?
9. A equipe utiliza os dados sobre as IH para avaliar o serviço que está sendo prestado? Como é feita esta avaliação?
10. Que instrumentos são utilizados para fazer a análise das IH que acontecem na sua área de abrangência?
11. São adotados critérios ou indicadores de saúde para fazer a avaliação / análise das IH?
12. Como você utiliza as informações obtidas na análise das IH?
13. Como (ACS, enfermeiro ou médico), você se sente preparado para avaliar porque ocorrem as IH na sua área de abrangência?
14. Quais são as principais dificuldades e facilidades que você vivencia como profissional da atenção básica?
15. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

Anexos



ANEXO A

Cartas de autorização para realização da pesquisa nos municípios de Coronel Fabriciano, Antônio Dias, Córrego Novo, Marliéria, Pingo d'Água e Timóteo

2 Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos nº 6627, CEP 31270-901, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Belo Horizonte - MG.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Coronel Fabriciano, 06 de março de 2007

Ilus^õ Sr. Rubens Almeida Castro

Secretário Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano

Venho por meio desta solicitar a V.S. autorização para realizar um levantamento sobre as internações hospitalares que ocorreram em seu município no ano de 2006, com o objetivo de coletar dados para a pesquisa "INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL: UM ESTUDO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE CORONEL FABRICIANO - MINAS GERAIS"

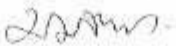
Esta é uma pesquisa do CURSO DE MESTRADO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (EEUFMG).


O objetivo da coleta de dados no nível local é identificar as causas das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial, na microrregião de Coronel Fabriciano e a sua relação com a organização e o atendimento dos serviços de atenção primária à saúde (atenção básica), pois as internações por condições sensíveis em Minas Gerais têm apresentado índices considerados elevados para os padrões internacionais, atingindo principalmente crianças e idosos justificando, portanto o seu monitoramento.

Ressalto que realizarei o levantamento de dados através de entrevistas e questionários a serem aplicados aos profissionais de saúde e gestores dos serviços, reforçando que o anonimato dos entrevistados será garantido de acordo com as diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos, recomendadas pela Comissão Nacional de Pesquisa- CONEP, expressas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os resultados serão apresentados aos profissionais e gestores da rede de serviços, divulgados na forma de dissertação de mestrado, artigos e publicação em simpósios, congressos e periódicos, sendo que o nome dos municípios somente será divulgado após aprovação pelos respectivos responsáveis.

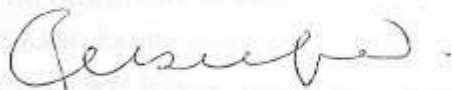
Atenciosamente,


 Vitória Augusta Teles Netto Pires (Mestranda)
 ENFERMEIRA
 COREn-19.546


 Dra. Marta José de Menezes Brito (Orientadora)
 Coordenadora do Colegiado de Graduação
 do Curso de Enfermagem / UFMG

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Rubem de Oliveira Lima, secretário municipal de saúde do município de Coronel Fabriciano, autorizo a realização da pesquisa "INTERNACÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL: UM ESTUDO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE CORONEL FABRICIANO – MINAS GERAIS" (título provisório) nesta instituição. Afirmando que fui devidamente orientado sobre as finalidades e objetivos do estudo, bem como da utilização dos dados para fins científicos e sua divulgação posterior.



1 Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos nº 6627, CEP 31270-901, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Belo Horizonte – MG.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Coronel Fabriciano, 06 de março de 2007

Ilmº Sr. Tenório Rosa de Araújo

Secretário Municipal de Saúde de Antônio Dias

Venho por meio desta solicitar a V.S. autorização para realizar um levantamento sobre as internações hospitalares que ocorreram em seu município no ano de 2006, com o objetivo de coletar dados para a pesquisa **“INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL: UM ESTUDO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE CORONEL FABRICIANO – MINAS GERAIS”**


Esta é uma pesquisa do CURSO DE MESTRADO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (EEUFMG).


O objetivo da coleta de dados no nível local é identificar as causas das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial, na microrregião de Coronel Fabriciano e a sua relação com a organização e o atendimento dos serviços de atenção primária à saúde (atenção básica), pois as internações por condições sensíveis em Minas Gerais têm apresentado índices considerados elevados para os padrões internacionais, atingindo principalmente crianças e idosos justificando, portanto o seu monitoramento.

Ressalto que realizarei o levantamento de dados através de entrevistas e questionários a serem aplicados aos profissionais de saúde e gestores dos serviços, reforçando que o anonimato dos entrevistados será garantido de acordo com as diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos, recomendadas pela Comissão Nacional de Pesquisa- CONEP, expressas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os resultados serão apresentados aos profissionais e gestores da rede de serviços, divulgados na forma de dissertação de mestrado, artigos e publicação em simpósios, congressos e periódicos, sendo que o nome dos municípios somente será divulgado após aprovação pelos respectivos responsáveis.

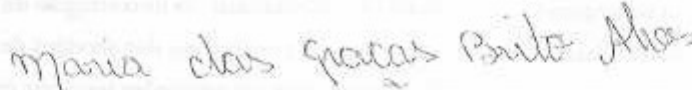
Atenciosamente,



Vitória Augusta Teles Netto Pires Dra. Maria José de Menezes Brito (Orientadora)
(Mestranda) 
E. I. - 1. - A
CORONEL FABRICIANO - 346

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, TENÓRIO ROSA ARAÚJO, secretário municipal de saúde do município de ANTÔNIO DIAS, autorizo a realização da pesquisa "INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL: UM ESTUDO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE CORONEL FABRICIANO – MINAS GERAIS" (título provisório) nesta instituição. Afirmo que fui devidamente orientado sobre as finalidades e objetivos do estudo, bem como da utilização dos dados para fins científicos e sua divulgação posterior.



3 Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos nº 6627, CEP 31270-901, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Belo Horizonte – MG.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Coronel Fabriciano, 06 de março de 2007

Ilm^o Sra. Mislene Mendes Barbosa

Secretário Municipal de Saúde de Córrego Novo

Venho por meio desta solicitar a V.S. autorização para realizar um levantamento sobre as internações hospitalares que ocorreram em seu município no ano de 2006, com o objetivo de coletar dados para a pesquisa **“INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL: UM ESTUDO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE CORONEL FABRICIANO – MINAS GERAIS”**

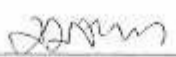
Esta é uma pesquisa do CURSO DE MESTRADO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (EEUFMG).


O objetivo da coleta de dados no nível local é identificar as causas das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial, na microrregião de Coronel Fabriciano e a sua relação com a organização e o atendimento dos serviços de atenção primária à saúde (atenção básica), pois as internações por condições sensíveis em Minas Gerais têm apresentado índices considerados elevados para os padrões internacionais, atingindo principalmente crianças e idosos justificando, portanto o seu monitoramento.

Ressalto que realizarei o levantamento de dados através de entrevistas e questionários a serem aplicados aos profissionais de saúde e gestores dos serviços, reforçando que o anonimato dos entrevistados será garantido de acordo com as diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos, recomendadas pela Comissão Nacional de Pesquisa- CONEP, expressas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os resultados serão apresentados aos profissionais e gestores da rede de serviços, divulgados na forma de dissertação de mestrado, artigos e publicação em simpósios, congressos e periódicos, sendo que o nome dos municípios somente será divulgado após aprovação pelos respectivos responsáveis.

Atenciosamente,


Vitoria Augusta Teles Netto Pires (Mestranda)
Vitoria Augusta T.M. Pires
ENFERMEIRA
COREN-19.546


Dra. Maria José de Menezes Brito (Orientadora)
Prof.ª Dr.ª Maria José Menezes Brito
Coordenadora do Colegiado de Graduação
do Curso de Enfermagem / UFMG

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, DALTON CAETANO CAMPOS, secretário municipal de saúde do município de CORONEL FABRICIANO - MINAS GERAIS, autorizo a realização da pesquisa "INTERNACÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL: UM ESTUDO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE CORONEL FABRICIANO - MINAS GERAIS" (título provisório) nesta instituição. Afirmando que fui devidamente orientado sobre as finalidades e objetivos do estudo, bem como da utilização dos dados para fins científicos e sua divulgação posterior.



5 Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos nº 6627, CEP 31270-901, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Belo Horizonte - MG.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Coronel Fabriciano, 06 de março de 2007

Ilm^ª Sra. Maria Aparecida de Sá Souza

Secretário Municipal de Saúde de Marliéria

Venho por meio desta solicitar a V.S. autorização para realizar um levantamento sobre as internações hospitalares que ocorreram em seu município no ano de 2006, com o objetivo de coletar dados para a pesquisa "INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL: UM ESTUDO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE CORONEL FABRICIANO – MINAS GERAIS"


Esta é uma pesquisa do CURSO DE MESTRADO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (EEUFMG).

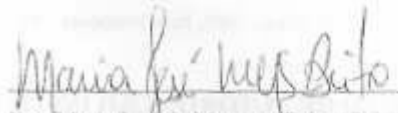
O objetivo da coleta de dados no nível local é identificar as causas das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial, na microrregião de Coronel Fabriciano e a sua relação com a organização e o atendimento dos serviços de atenção primária à saúde (atenção básica), pois as internações por condições sensíveis em Minas Gerais têm apresentado índices considerados elevados para os padrões internacionais, atingindo principalmente crianças e idosos justificando, portanto o seu monitoramento.

Ressalto que realizarei o levantamento de dados através de entrevistas e questionários a serem aplicados aos profissionais de saúde e gestores dos serviços, reforçando que o anonimato dos entrevistados será garantido de acordo com as diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos, recomendadas pela Comissão Nacional de Pesquisa- CONEP, expressas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os resultados serão apresentados aos profissionais e gestores da rede de serviços, divulgados na forma de dissertação de mestrado, artigos e publicação em simpósios, congressos e periódicos, sendo que o nome dos municípios somente será divulgado após aprovação pelos respectivos responsáveis.

Atenciosamente,


Vitória Augusta Teles Netto Pires (Mestranda)
Vitória Augusta T.N. Pires
ENFERMEIRA
COREN 19.546


Dra. Maria José de Menezes Brito (Orientadora)
Prof.ª Dr.ª Maria José Menezes Brito
Coordenadora do Colegiado de Graduação
do Curso de Enfermagem / UFMG

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Olsonia Aparecida de Paiva secretário municipal de saúde do município de Coronel Fabriciano, autorizo a realização da pesquisa "INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL: UM ESTUDO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE CORONEL FABRICIANO - MINAS GERAIS" (título provisório) nesta instituição. Afirmando que fui devidamente orientado sobre as finalidades e objetivos do estudo, bem como da utilização dos dados para fins científicos e sua divulgação posterior.

6 Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos nº 6627, CEP 31270-901, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005. Belo Horizonte – MG.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Coronel Fabriciano, 06 de março de 2007.

Ilm^ª Sra. Maria da Glória Teixeira Coelho

Secretário Municipal de Saúde de Pingo D'Água

Venho por meio desta solicitar a V.S. autorização para realizar um levantamento sobre as internações hospitalares que ocorreram em seu município no ano de 2006, com o objetivo de coletar dados para a pesquisa **“INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL: UM ESTUDO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE CORONEL FABRICIANO – MINAS GERAIS”**

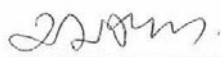
Esta é uma pesquisa do CURSO DE MESTRADO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (EEUFMG).

O objetivo da coleta de dados no nível local é identificar as causas das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial, na microrregião de Coronel Fabriciano e a sua relação com a organização e o atendimento dos serviços de atenção primária à saúde (atenção básica), pois as internações por condições sensíveis em Minas Gerais têm apresentado índices considerados elevados para os padrões internacionais, atingindo principalmente crianças e idosos justificando, portanto o seu monitoramento.

Ressalto que realizarei o levantamento de dados através de entrevistas e questionários a serem aplicados aos profissionais de saúde e gestores dos serviços, reforçando que o anonimato dos entrevistados será garantido de acordo com as diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos, recomendadas pela Comissão Nacional de Pesquisa- CONEP, expressas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

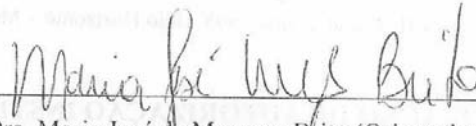
Os resultados serão apresentados aos profissionais e gestores da rede de serviços, divulgados na forma de dissertação de mestrado, artigos e publicação em simpósios, congressos e periódicos, sendo que o nome dos municípios somente será divulgado após aprovação pelos respectivos responsáveis.

Atenciosamente,



Vitória Augusta Teles Netto Pires
(Mestranda)

Vitória Augusta T.N. Pires
ENFERMEIRA
COREn-19.546



Dra. Maria José de Menezes Brito (Orientadora)

Profª Drª Maria José Menezes Brito
Coordenadora do Colegiado de Graduação
do Curso de Enfermagem / UFMG

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, *Manoel da Glória T. Coelho*, secretário municipal de saúde do município de *Pimenta d'Água*, autorizo a realização da pesquisa "INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL: UM ESTUDO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE CORONEL FABRICIANO – MINAS GERAIS" (título provisório) nesta instituição. Afirmando que fui devidamente orientado sobre as finalidades e objetivos do estudo, bem como da utilização dos dados para fins científicos e sua divulgação posterior.



7 Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos nº 6627, CEP 31270-901, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Belo Horizonte - MG.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Coronel Fabriciano, 06 de março de 2007

Ilm^a Sra. Maria Leonor Cardoso Nogueira

Secretário Municipal de Saúde de Timóteo

Venho por meio desta solicitar a V.S. autorização para realizar um levantamento sobre as internações hospitalares que ocorreram em seu município no ano de 2006, com o objetivo de coletar dados para a pesquisa **"INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL: UM ESTUDO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE CORONEL FABRICIANO - MINAS GERAIS"**

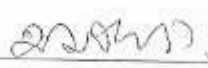
Esta é uma pesquisa do CURSO DE MESTRADO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (EEUFMG).


O objetivo da coleta de dados no nível local é identificar as causas das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial, na microrregião de Coronel Fabriciano e a sua relação com a organização e o atendimento dos serviços de atenção primária à saúde (atenção básica), pois as internações por condições sensíveis em Minas Gerais têm apresentado índices considerados elevados para os padrões internacionais, atingindo principalmente crianças e idosos justificando, portanto o seu monitoramento.

Ressalto que realizarei o levantamento de dados através de entrevistas e questionários a serem aplicados aos profissionais de saúde e gestores dos serviços, reforçando que o anonimato dos entrevistados será garantido de acordo com as diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos, recomendadas pela Comissão Nacional de Pesquisa- CONEP, expressas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os resultados serão apresentados aos profissionais e gestores da rede de serviços, divulgados na forma de dissertação de mestrado, artigos e publicação em simpósios, congressos e periódicos, sendo que o nome dos municípios somente será divulgado após aprovação pelos respectivos responsáveis.

Atenciosamente,


Vitoria Augusta Teles Netto Pires (Mestranda)
Vitoria Augusta T.N. Pires
ENFERMEIRA
COREN-19.546


Dra. Maria José de Menezes Brito (Orientadora)
Prof.ª Dr.ª Maria José Menezes Brito
Coordenadora do Colegiado de Graduação
do Curso de Enfermagem / UFMG

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, M. LEONOR CARDOZO NOGUEIRA, secretária municipal de saúde do município de TIUMOTÉO, autorizo a realização da pesquisa "INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL: UM ESTUDO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE CORONEL FABRICIANO – MINAS GERAIS" (título provisório) nesta instituição. Afirmo que fui devidamente orientado sobre as finalidades e objetivos do estudo, bem como da utilização dos dados para fins científicos e sua divulgação posterior.


Maria Leonor C. Nogueira
SEC. MUN. DE SAÚDE E ASSIST. SOCIAL

ANEXO B**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa intitulada: “Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial: Um Estudo na Microrregião de Saúde de Coronel Fabriciano – Minas Gerais” desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG, como parte integrante das exigências para aquisição do grau de Mestre em Enfermagem de autoria da mestranda Vitória Augusta Teles Netto Pires, sob a coordenação da Dra. Maria José de Menezes Brito.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, orientada pela metodologia do Estudo de Caso, que tem como objetivo identificar as principais causas das internações hospitalares por condições sensíveis ao atendimento ambulatorial na microrregião de Coronel Fabriciano e a sua relação com a organização e o atendimento dos serviços de atenção primária à saúde (atenção básica).

A justificativa deste estudo está relacionada à necessidade de análise dos índices das internações hospitalares por condições sensíveis em Minas Gerais que têm se apresentado elevados para os padrões internacionais, atingindo principalmente crianças e idosos e tem se tornado alvo de constante monitoramento. No ano de 2005 foram registrados 331.223 casos, que representaram 33,3% do total das internações hospitalares no Estado, com uma despesa de R\$ 166.171.568,15.

Sua participação consiste em responder algumas perguntas constantes de uma ficha de identificação e do roteiro de entrevista que será gravada e sua identificação mantida sob sigilo. O local, data e horário da entrevista serão previamente agendados, de acordo com a sua disponibilidade, ocasião em que esclarecerei os objetivos e finalidades do estudo. Seu nome não será divulgado e os resultados serão utilizados somente para fins científicos. Você poderá sair do estudo a qualquer momento, se assim o desejar, sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao trabalho, bem como solicitar informações adicionais. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da UFMG, tendo sido aprovado. O uso dos dados e informações é restrito para a pesquisa e a divulgação dos seus resultados será feita através de trabalhos técnico-científicos, preservando o anonimato.

Eu, _____ CI _____, declaro ter sido esclarecido sobre a finalidade da pesquisa e concordo em conceder a entrevista solicitada, sabendo que meu nome não será divulgado e os resultados serão utilizados para a dissertação de mestrado e divulgados em artigos posteriormente e meu nome será mantido em sigilo.

Assinatura pesquisador

Assinatura entrevistado

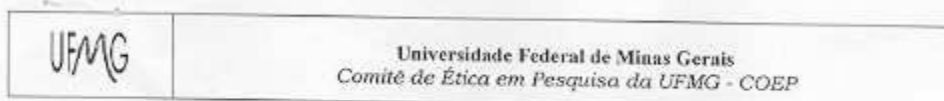
Telefones de contato

Vitória Augusta Teles Netto Pires
Telefone: (31) 3841 4910 ou 9966 9146
COEP UFMG (31) 3499 4592

Profa. Maria José Menezes Brito
Tel. (31) 3248 9833

ANEXO C

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG




Parecer nº. ETIC 068/07

Interessado(a): Profa. Maria José de Menezes Britto
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 23 de abril de 2007, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial na microrregião de Coronel Fabriciano**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP-UFMG