

JOSÉ RICHARD DE SOSA SILVA

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
MODALIDADES DE ATENDIMENTO E SUAS INTER-RELAÇÕES
- UM OLHAR DA ENFERMAGEM -**

Rio Grande

2006

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
MODALIDADES DE ATENDIMENTO E SUAS INTER-RELAÇÕES
- UM OLHAR DA ENFERMAGEM -**

JOSÉ RICHARD DE SOSA SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado em Enfermagem, da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientadora: Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

Rio Grande

2006

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S586s Silva, José Richard de Sosa
Sistema único de saúde: modalidades de
atendimento e suas inter-relações, um olhar da
enfermagem / José Richard de Sosa Silva. – Rio Grande,
2006.
229 p.

Dissertação (Mestrado) – Fundação Universidade
Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Rio Grande, 2006.

Orientador: Prof^a Dr^a. Hedi Crecencia Heckler de
Siqueira.

1. Sistema único de saúde. 2. Enfermagem.
I. Siqueira, Hedi Crecencia Heckler de. II. Título.

CDU 614.253.5

Bibliotecário responsável:
Silvane Ruas Manhago
CRB 10/1783.....

JOSÉ RICHARD DE SOSA SILVA

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
MODALIDADES DE ATENDIMENTO E SUAS INTER-RELAÇÕES
- UM OLHAR DA ENFERMAGEM -**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

Mestre em Enfermagem

e aprovada na sua versão final em 18 de dezembro de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Coordenador do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Presidente (FURG)

Dr^a. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro (UFSC)

Dr^a. Marta Regina Cézar Vaz
Membro (FURG)

Dr^a. Maria Elisabeth Carvalho Cestari
Membro (FURG)

Dr. Raúl Andrés Mendoza Sassi
Suplente (FURG)

“Não há nada que esteja só; nada pode estar em completa solidão: o que existe necessita de outro para ser.”

Leopoldo Schfer.

Dedico

A minha mãe Maria Célia pelo amor e compreensão dedicados sempre ao meu lado.

Ao Flávio pelo incentivo, carinho e dedicação dispensados nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha existência e por tudo o que me oferece.

A minha querida mãe Maria Célia pelo amor, apoio, força e valores dispensados em todos os momentos da minha vida.

A meu pai Danúbio, embora ausente tenho certeza que me acompanha sempre.

A meu querido amigo Flavio Peraça Vieira pelo apoio, incentivo e amor a mim dispensados em todas as horas.

A Prof^a Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, orientadora deste trabalho, incansável no seu profissionalismo, apoio e disponibilidade.

Aos membros da banca examinadora pela sua participação e oportunidade de compartilhar conhecimentos.

A minha amiga Camila Schwonke pelo seu grande incentivo, amizade e por acreditar nesta conquista.

A Deise Cardoso pela parceria e companheirismo.

A Graça pela ajuda e incentivo dispensados.

A todos os professores e colegas do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, 2005 que participaram desta caminhada.

A todos os participantes da pesquisa pela sua disponibilidade e receptividade, sem sua ajuda este trabalho não seria realizado.

A todos que de alguma maneira contribuíram para a realização deste trabalho, um profundo e sincero obrigado.

RESUMO

SILVA, José Richard de Sosa. Sistema Único de Saúde: modalidades de atendimento e suas inter-relações, um olhar da enfermagem. 2006. 231 f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. Orientadora: Prof^a Dr^a.Hedi Crecencia Heckler de Siqueira.

O presente estudo teve como **questão pesquisa** as modalidades de atendimento das instituições de saúde do SUS e as suas inter-relações. Desta maneira, **objetivou-se**, identificar as diferentes modalidades de atendimento ao cliente do SUS oferecidas pelas instituições/organizações/serviços de saúde do município do Rio Grande, assim como compreender as relações que mantêm entre si e de que forma se processam as suas inter-relações nos serviços e ações de saúde. Construiu-se **um referencial teórico** capaz de dar sustentação para o desenvolvimento da pesquisa, na perspectiva da saúde como um sistema, tendo como ponto de referência a teoria de sistemas com abordagem de Bronfenbrenner (1996), dentre outros. Para obter as informações utilizou-se como **caminho metodológico** a pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. A **coleta de dados** processou-se através do método da entrevista semi-estruturada, aplicado de agosto a setembro de 2006, a quatorze sujeitos: coordenadores dos diversos serviços de entrada e encaminhamento de clientes do SUS do município do Rio Grande. A última questão da entrevista era aberta, deixando espaço para os entrevistados propor sugestões que julgassem pertinentes. O processo de **análise** levou em consideração as categorias estabelecidas previamente: modalidades de atendimento, equipe multiprofissional e inter-relações das modalidades de atendimento. Evidenciaram-se na **análise e interpretação** dos dados as diferentes modalidades de atendimento oferecidas aos usuários do SUS, mostrando que cada uma apresenta peculiaridades próprias e que o desconhecimento de outras, talvez, seja o motivo do não oferecimento, pois as mesmas poderiam auxiliar na oferta de mais ações e serviços para esta clientela, trazendo soluções para a demanda reprimida e diminuindo o custo com a internação hospitalar. Percebeu-se no oferecimento das modalidades de atendimento, a presença constante da equipe multiprofissional como elemento fundamental na execução das ações e serviços, destacando-se a forte participação do profissional enfermeiro. Embora pressupondo, inicialmente, que as instituições/organizações/serviços oferecem as modalidades de forma desarticulada, constatou-se ao longo deste trabalho, que nem sempre acontece dessa maneira. Existe por parte dos trabalhadores das três instituições de saúde um grande empenho para conseguir tanto o encaminhamento do cliente para exames como para a possível internação ou outro atendimento a ser oferecido pelas instituições integrantes do SUS. Evidenciou-se, entretanto, que não existem articulações formais e informatizadas de referência e contra-referência que poderiam facilitar as inter-relações entre os serviços do SUS. Além disso, constataram-se diferentes problemas enfrentados individualmente e coletivamente, e desta maneira acredita-se que os resultados desta pesquisa sirvam como subsídios aos responsáveis e representantes de saúde a encontrar estratégias alicerçadas nos princípios do SUS que venham ao encontro de soluções e ainda consigam ser um instrumento motivador para desenvolver as inter-relações das instituições/organizações/serviços entre si e o usuário do SUS.

Descritores: Sistema Único de Saúde, Enfermagem, Serviços de Saúde.

ABSTRACT

SILVA, José Richard de Sosa. National Health System: modalities of assistance and their interrelations, a nursing vision. 2006. 231 p. Dissertation. (Master's Degree in Nursing) – Post-Graduation Program in Nursing, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. Adviser: Prof. Dr. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

The present study has had as survey question the modalities of assistance of health institutions from the National Health System (SUS) and their interrelations. So, it has been objectified to identify the different modalities of assistance for the client from SUS offered by institutions/organizations and health services in the municipal district of Rio Grande, understand the relations which they have, and the way that has been processed their interrelations in the health services and health actions. It has been built a theoretical referential to support the development of the survey, by the perspective of health as a system, and having as a reference the theory of systems with approach by Bronfenbrenner (1996), among others. To obtain information it has been used as methodological way the qualitative survey, descriptive, and explanatory. The collect of data was obtained from the method of semi-structured interview being developed from August to September of 2006, with fourteen subjects: coordinators of several services to provide entrance and routing for the clients from SUS in the municipal district of Rio Grande. The last question of the interview has been left opened, creating an opportunity for the interviewees to give pertinent suggestions. The process of analysis has taken into account the categories previously established: modalities of assistance, multi-professional team and interrelations between modalities of assistance. It has been evidenced, during the analysis and interpretation of data, the different modalities of assistance offered to the users of SUS, showing that each one presents its own peculiarities and the unknowledgement of others, and maybe this is the reason for not offering them, because they could help in the offer of more actions and services to this group of clients, bringing solutions for the repressed demand and reducing the cost of hospitalizations. It has been noticed the constant presence of the multi-professional team as a fundamental element in the execution of actions and services, standing out the strong participation of the nurses. Although it has been initially presupposed that the institutions/ organizations/ services offer the modalities in a disarticulated way, it has been noticed during the development of this work, that it does not happen this way. In the three health institutions there is a great effort by workers to get the routing of the clients for exams and for a possible hospitalization or for another kind of assistance to be offered by the institutions which integrate SUS. It has been evidenced, however, that there are not formal and computerized articulations, of reference and counter-reference that could facilitate the interrelations between the services of SUS. And besides it has been verified different problems that have been faced individually and collectively therefore we believe that the results of this survey will be subsidies, for the professionals in charge or representatives of health, to find the strategies based on the principles of SUS, in order to find solutions and to become a motivated instrument to develop the interrelations of institutions/organizations/services between themselves and the user from SUS.

Descriptors: National Health System, Nursing, Health Services.

RESUMEN

SILVA, José Richard de Sosa. Sistema Único de Salud: modalidades de atención y sus interrelaciones, una mirada de la enfermería. 2006. 231 p. Disertación (Maestría de Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. Orientadora: Prof^a Dr^a.Hedi Crecencia Heckler de Siqueira.

El presente estudio tuvo como pregunta de investigación las modalidades de atención de las instituciones de salud del SUS y sus interrelaciones. El objetivo fue identificar las diferentes modalidades de atención al cliente del SUS ofrecidas por las instituciones/organizaciones/servicios de salud del municipio de Río Grande, así como comprender las relaciones que mantienen entre si y de que forma se procesan sus interrelaciones en los servicios y acciones de salud. Se construyó una referencia teórica capaz de dar sustento al desarrollo de la investigación en la perspectiva de salud como un sistema, teniendo como punto de referencia la teoría de sistemas con un abordaje en Bronfenbrenner (1996) entre otros. Para obtener la información se utilizó como método la investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria. La recolección de datos se procesó a través del método de entrevista semi-estructurada, aplicado de agosto a septiembre de 2006, a catorce sujetos: coordinadores de los diversos servicios de entrada y orientación de clientes del SUS del municipio de Río Grande. La última pregunta de la entrevista era abierta, dejando espacio para que los entrevistados propusieran sugerencias que encontraran pertinentes. El proceso de análisis llevó en consideración las categorías establecidas previamente: modalidades de atención, equipo multiprofesional e interrelaciones de las modalidades de atención. Se evidenció en el análisis e interpretación de los datos las diferentes modalidades de atención ofrecidas a los usuarios del SUS., mostrando que cada una presenta peculiaridades propias y que el desconocimiento de otras, tal vez sea el motivo de no ofrecimiento, pues las mismas podrían auxiliar en la oferta de más acciones y servicios para estos clientes, trayendo soluciones para la demanda reprimida y disminuyendo el costo con la internación hospitalaria. Se percibió al ofrecer las modalidades de atención, la presencia constante del equipo multiprofesional como elemento fundamental en la ejecución de las acciones y servicios, destacando una fuerte participación del enfermero universitario. Sin embargo suponiendo inicialmente que las instituciones/organizaciones/servicios ofrecen las modalidades de forma desarticulada, se constató a lo largo de este trabajo que no siempre ocurre de esta manera. Existe de parte de los trabajadores de las tres instituciones de salud un gran empeño para conseguir el encaminamiento del cliente para exámenes así como para posible internación u otra atención a ser ofrecida por las instituciones integrantes del SUS. Se evidenció que no existen articulaciones formales e informatizadas de referencia y contrarreferencia que podrían facilitar las interrelaciones entre los servicios del SUS. Más allá de eso se constató diferentes problemas enfrentados individualmente y colectivamente, y de esta manera se cree que los resultados de esta investigación puedan servir como subsidios a los responsables y representantes de la salud para encontrar estrategias cimentadas en los principios del SUS encontrando soluciones y que logren ser un instrumento motivador para desarrollar las interrelaciones de las instituciones/organizaciones/servicios entre si y el usuario del SUS.

Descriptores: Sistema Único de Salud, Enfermería, Servicios de Salud.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1.	BREVE HISTÓRICO DA ASSISTENCIA	25
2.2.	CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE NO BRASIL EM UM PROCESSO HISTÓRICO	27
3.	REFERENCIAL TEORICO	38
3.1.	SISTEMA E SUAS CARACTERISTICAS	38
3.2.	A SAÚDE E SEU CONCEITO	46
3.3.	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	57
3.4.	MODALIDADES DE ATENDIMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE INTEGRANTES DO SUS	70
3.4.1.	Hospital	71
3.4.1.1.	<i>Internação Hospitalar</i>	73
3.4.1.2.	<i>Assistência Ambulatorial</i>	73
3.4.1.3.	<i>Hospital Dia</i>	74
3.4.1.4.	<i>Assistência Domiciliar e Programa de Internação Domiciliar</i>	76
3.4.2.	Unidade Básica de Saúde	90
3.4.2.1.	<i>Atividades na Unidade Básica de saúde</i>	90
3.4.2.2.	<i>Programa de Saúde Familiar</i>	90
3.4.2.3.	<i>Centro de Especialidades</i>	94
3.4.2.4.	<i>Centro de Saúde</i>	94
3.4.2.5.	<i>Centro de Atendimento Psicossocial</i>	95
3.4.2.6.	<i>Serviço de Atendimento Móvel de Urgência</i>	95
4.	METODOLOGIA	98
4.1.	TIPO DE ESTUDO	98
4.2.	LOCAL DO ESTUDO	99
4.2.1.	Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande	100
4.2.2.	Hospital Universitário	101
4.2.3.	Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande	104
4.3.	SUJEITOS DO ESTUDO	106
4.3.1.	Apresentação dos Participantes	106

4.4.	COLETA DE DADOS-----	108
5.	ANALISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS -----	111
5.1.	MODALIDADES DE ATENDIMENTO-----	112
5.2.	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL-----	141
5.3.	INTER-RELAÇÕES NAS MODALIDADES DE ATENDIMENTO AOS CLIENTES DOS SUS NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE -----	152
5.4.	IDEIAS, FORMAS E SUGESTÕES DOS PARTICIPANTES CAPAZES DE MELHORAR ENCAMINHAMENTO E AS RELAÇÕES ENTRE AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE-----	174
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	182
	REFERÊNCIAS	
	ANEXOS	
	APÊNDICES	

1 – INTRODUÇÃO

A formação do enfermeiro oportuniza a aquisição de uma gama diversificada de conhecimentos, competências e habilidades, que podem ser colocadas em prática nas mais diversas formas de atenção à saúde individual e coletiva do ser humano.

O ser humano ao longo de sua história existencial é acompanhado, permeado e influenciado pelas múltiplas e constantes mudanças socioeconômicas, culturais e tecnológicas que as descobertas e os avanços científicos introduzem de forma contínua na vida cotidiana, e essas interferem na maneira de seu pensar e fazer. O ser humano como parte integrante do contexto, desta totalidade, se interliga e se inter-relaciona com os demais elementos da natureza. Ele pode ser visto, conforme Siqueira (1998), como um sistema aberto com necessidades biológicas, psicológicas, sócio-culturais e espirituais, que ao interagir com as forças externas procura manter o seu equilíbrio. Essa forma sistêmica de olhar o mundo impõe um novo paradigma¹.

Este paradigma oportuniza refletir a respeito da complexidade do ser humano e dos demais elementos que compõem o mundo, que se encontram interligados e interdependentes. Essa percepção holística permite ver o indivíduo como um todo, biológico, social, cultural e espiritual se relacionando, influenciando e sendo influenciado formando e fazendo parte de um sistema que produz uma verdadeira teia de relações (CAPRA, 1996).

Para compreender a relação sistêmica das partes é necessário entender o todo, pois a soma de suas partes é maior que o todo (CAPRA, 1982). Portanto, o sistema é um conjunto de partes que se encontram inter-relacionadas, interagindo numa troca continua permeada de influências recíprocas (CHIAVENATO, 2004).

O novo paradigma sistêmico se contrapõe ao cartesiano, enfatizando que todas as partes estão em interconexão e intercambio, sendo que influenciam o todo e também são influenciadas em uma constante troca (BRONFENBRENNER, 1996).

¹ É utilizado o conceito de Thomas Kuhn que define paradigma como um modelo, padrão. O termo é utilizado para designar um modelo amplo referencial, modo de pensar ou esquema para entender a realidade. Um paradigma simplesmente estabelece as regras (escritas ou não), define limites e diz como alguém deve comportar-se dentro desses limites para ter sucesso (TARAPANOFF, 2001).

Alicerçado neste paradigma que se encontra ancorado em vários autores como Capra (1982, 1993, 1996, 2002), Brasil (1988), Bertalanfly (1993), Bronfenbrenner (1996), Siqueira (2001), Chiavenato (2004), conceitua-se o **sistema de saúde** a ser utilizado no presente trabalho, como um conjunto de serviços e ações que são colocados à disposição da coletividade, oferecidas por instituições/organizações/serviços de saúde, para atender suas necessidades de forma individual e coletiva, mas que buscam os resultados numa construção interconectada e inter-relacionada. Portanto, o resultado a ser construído no coletivo através de todos os serviços e ações que integram o sistema de saúde, obtido de maneira inter-relacionada representa o **produto saúde**.

Os avanços tecnológicos na área da saúde processam-se nos mais diversificados campos do conhecimento e, felizmente, atingem a área do conhecimento da saúde, introduzindo, assim tecnologias de ponta, aproveitamento não apenas da robótica, mas especialmente da microeletrônica, as descobertas científicas ligadas à genética e os rápidos avanços com o uso do conhecimento da informática e da comunicação. A vivência num mundo globalizado permite que a divulgação das descobertas científicas seja cada vez mais rápida e esses mecanismos já permitem o compartilhamento dos e entre os pesquisadores, facilitando a cooperação entre as pesquisas científicas.

Portanto, a complexidade se traduz não apenas pela natureza do ser humano, mas engloba também, cada vez mais, o sofisticado instrumental/ferramentas que devem ser utilizadas para atender as suas necessidades.

O atendimento à saúde do ser humano sofreu modificações ao longo do tempo. Várias propostas e modelos foram sendo experimentados no intuito de conseguir atender a demanda cada vez mais numerosa enquanto os recursos financeiros não correspondiam e continuam não correspondendo às reais necessidades da saúde da população.

A situação tornou-se cada vez mais problemática na área da Saúde e, assim, inicia-se um movimento de conscientização a respeito da necessidade de mudanças a serem inseridas neste contexto e, desta forma, proceder a uma reformulação sanitária.

Em 1986 é realizada em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que se constituiu em marco da participação de setores mobilizados da população, profissionais da saúde, sindicatos, traçando as bases e diretrizes para a Reforma Sanitária.

Os temas básicos em discussão foram o direito à saúde com o resgate da cidadania, reordenamento do Sistema Nacional de Saúde, alternativas do financiamento da atenção à saúde. O encontro culminou com um documento final no qual sistematiza-se o processo de construção de um modelo reformador da saúde e no qual ela é definida como:

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1988).

Portanto, com este documento surge o conceito ampliado de saúde, que para dar conta de sua amplitude necessita de uma grande rede de conhecimentos que em conjunto e de forma interligada devem garantir a saúde a toda a população. Para atender essa multiplicidade de necessidades é preciso uma equipe multiprofissional na área da saúde.

Assim sendo, nenhum profissional da área da saúde possui por si só o conhecimento suficiente para dar conta às exigências e a satisfação das necessidades humanas, num espectro tão variável e complexo (SIQUEIRA, 2001).

Portanto, não são somente as novas tecnologias e as descobertas científicas que influenciam na forma de atendimento nos serviços e ações de saúde à população, mas especialmente o novo paradigma que está a exigir, cada vez mais, o desenvolvimento técnico-científico ampliado e a funcionar de maneira inter-relacionada, constituindo a interdisciplinaridade² por parte dos profissionais.

Uma profunda modificação na saúde aconteceu com a promulgação da nova Constituição Federal de 1988 sendo contemplada, especialmente, através do Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo I - Disposição Geral, Seção II - Da Saúde, nos

² Interdisciplinaridade: Do ponto de vista epistemológico, consiste no método de pesquisa e de ensino voltado para a interação em uma disciplina, de duas ou mais disciplinas, num processo que pode ir da simples comunicação de idéias até a integração recíproca de finalidades, objetivos, conceitos, conteúdos, terminologia, metodologia, procedimentos, dados e formas de organiza-los e sistematiza-los no processo de elaboração do conhecimento (FAZENDA, 1993)

Artigos 196 até 200. Desta forma a saúde passa a ser assegurada constitucionalmente como um dos direitos básicos sociais a ser garantido pelo Estado (BRASIL, 1988).

Assim, a Constituição Brasileira passa a garantir o direito à saúde a toda a população conforme reza o artigo 196:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às **ações e serviços** para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Esta garantia culminou com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 que instaurou e regulamentou o **Sistema Único de Saúde (SUS)** garantindo acesso universal e gratuito à saúde a todo cidadão brasileiro. Essa modificação impõe uma rede de serviços e ações disponibilizados pelos gestores do sistema de saúde em cada uma das esferas de competência: Municipal, Estadual e Federal.

Desta forma na Constituição Federal de 1988 estão alicerçados os fundamentos de uma transformação do sistema de saúde brasileiro com base nos princípios de **universalidade, equidade e integralidade**, organizado de maneira descentralizado, hierarquizado e com participação da população (BRASIL, 1988).

Apesar da garantia constitucional à saúde para toda a população, a história da saúde brasileira é pautada em uma longa trajetória de embates políticos e sociais que procuraram e procuram um melhor atendimento à população.

Apesar da legislação vigente representar um avanço para a democratização da saúde, urge a necessidade de percorrer um longo caminho para que se torne efetivo, mobilizando permanentemente resistências que se opõem às mudanças para que os preceitos da lei sejam cumpridos. As resistências muitas vezes estão vinculadas ao desconhecimento, ao medo e à clareza dos objetivos a serem alcançados pela instituição/organizações/serviço. A reação, geralmente, não se refere à mudança em si, mas por temor que as suas consequências, os resultados possam causar prejuízos que naquele momento se encontram ocultos (SIQUEIRA, 1998).

Conforme Siqueira (2001, p. 112):

O processo de mudança, por sua vez, pode ser visualizado pelo estudo das necessidades das organizações e/ou das necessidades dos indivíduos, isto é, a condição inevitável da mudança sofre

influências dos valores que são atribuídos às interações com o ambiente, a organização, o grupo social e/ou ao indivíduo.

Reiterando o novo conceito de saúde ampliado, cumpre considerar que engloba um conjunto de fatores antes não considerados, resultantes das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e o próprio acesso aos serviços de saúde. Na nova concepção de saúde é necessário não apenas destacar os fatores que o integram, mas implementá-los e considerá-los como um todo articulado.

Perceber o SUS com esta configuração permite afirmar que ele surge como uma nova proposta de organização e (re)ordenamento das ações e serviços de saúde, mas que não se pode esquecer as desigualdades sociais e toda a problemática que os indivíduos trazem e que se encontram vinculados a sua história pessoal e coletiva.

Esta nova proposta de reordenamento das ações e serviços de saúde, por meio do SUS, para tornar-se efetiva está atrelada às esferas Federal, Estaduais e Municipais de saúde através do Ministério de Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, respectivamente como está definido no artigo 4º da Lei Federal 8080:

[...] o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público..., (e complementarmente) pela iniciativa privada (BRASIL, 1988).

Olhando o SUS nesta perspectiva é possível percebê-lo como um **todo formando um sistema**, interligado pelos serviços e ações que interagem entre si, em nível de todas as esferas de governo Federal, Estadual e Municipal com o objetivo comum de **produzir saúde**, influenciando e sendo influenciado pelas interações dos diversos níveis de ação e com a diversidade dos ambientes e seus fatores determinantes, envolvendo necessariamente a participação da comunidade.

Neste contexto o SUS com a sua nova proposta de (re)organização do sistema de saúde, se encontra ancorado na Constituição Federal, e está conquistando um novo espaço de atuação contemplando a toda a população e sendo entendido como a forma de atendimento **sistêmico e holístico**, trazendo a

promoção e a prevenção da saúde como fundamentos filosóficos básicos para a defesa e argumentação do novo modelo de saúde.

O novo paradigma sistêmico, preventivo enfrenta o modelo biomédico de atendimento que continua presente na assistência à saúde, centrando a sua atenção na doença, baseado na medicalização, e com forte embasamento no modelo cartesiano, cuja idéia principal é a fragmentação dos problemas em suas partes, com enfoque analítico reducionista, percebendo a doença como ausência da saúde.

Para efetivar os fundamentos filosóficos básicos da promoção e prevenção utilizam-se ações que procuram eliminar ou controlar os agravos e causas das doenças, assim como prevenir riscos e exposições às mesmas, embasadas no novo conceito ampliado de saúde. Isto não significa a eliminação ou a necessidade de separar as duas modalidades. Os resultados e os avanços obtidos na assistência médico-hospitalar conforme se percebe por todo o país, devem continuar traçando metas e obtendo êxito na aplicação do modelo baseado na especificidade, mas em contrapartida é preciso investir no novo modelo que além de ser de custo mais baixo, busca eliminar as causas dos agravos com a participação da sociedade utilizando-se da educação, para alcançar as metas que se propõe.

Para obter os resultados à saúde propostos pelo SUS e garantidos constitucionalmente é necessário que vários fatores e princípios se entrelacem e estejam em equilíbrio, cada um cumprindo o que lhe cabe dentro do modelo proposto. Um destes princípios é a descentralização que, na prática, leva a municipalização. Entretanto cabe esclarecer que apesar de ser “único” o sistema de saúde em todo o território nacional, ele é dirigido em cada esfera pelo órgão político-administrativo responsável, e desta maneira os serviços de saúde federais e estaduais, são transferidos pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica de Saúde (LOS) para a esfera municipal (CARVALHO, 1995).

A gestão plena do Sistema Municipal é definida pela Norma Operacional Básica do SUS, NOB-SUS 01/96 e condiciona os requisitos, de responsabilidades e competências e como deve ser o serviço de saúde prestado pelos municípios em cada uma das instâncias do SUS. Além disso, estabelece os mecanismos de repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 1997).

A NOB-SUS 01/96 Portaria Nº 1.742/1996/MS Instituiu a Gestão Plena Municipal da Saúde com responsabilidade dos municípios pela saúde O município

com Gestão Plena passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades de saúde do cidadão. Enquanto os estados passam a ser meros mediadores e a União normaliza e financia, o município gere e executa as ações e serviços de saúde a sua população (BRASIL, 1997).

A municipalização ao tornar-se plena assume autonomia total de seu município, em relação às ações e serviços de saúde, exercendo as diretrizes e princípios do SUS, com liberdade de estruturar seus serviços, o que prescinde da participação ou intervenção da União ou Estado. Além disso, se responsabiliza por executar as ações e serviços de saúde nos limites de seu território.

Gestão plena pode ser conceituada como o modelo de gestão que atribui ao poder municipal a definição da política de saúde, estabelecimento de diretrizes, normas e padrões de articulação com os níveis estadual e federal (BRASIL, 1997).

Os serviços do SUS necessitam ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada, para permitir conhecer os problemas de saúde da população de uma área determinada, e assim elaborar ações e estratégias epidemiológicas, sanitárias, de educação em saúde, como também elaborar ações de atenção primária, ambulatorial e hospitalar em todos os níveis e complexidades.

A população tem acesso à rede de atenção à saúde através dos serviços de atenção primária que necessitam ser qualificados para atender a demanda, e os problemas que não são resolvidos deverão se referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

Para garantir e oferecer acesso aos serviços de saúde cada município utiliza varias estratégias, considerando os recursos disponíveis, como também sua situação geográfica, índices epidemiológicos, economia, educação, cultura. Ao referir-se a recursos, indiscutivelmente o econômico é de grande relevância, sem, no entanto, deixar de considerar também os recursos humanos em quantidade e qualidade necessários para atender as necessidades de saúde da população.

Para que as ações e serviços em atenção básica sejam efetivados cada município oferece a sua comunidade diferentes modalidades de atendimento que podem ser realizadas através das Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde da Família (PSF), Unidade de Saúde Mental.

Existe uma especificidade no município do Rio Grande, o atendimento oferecido através do Centro de Especialidade. Além disso, está afeto a Secretaria Municipal de Saúde do seu Município, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

(SAMU), sendo que nem todas estas modalidades são oferecidas em todos os municípios.

Para poder assegurar atendimento a população de forma plena o município deve garantir, em caso de necessidade do usuário, o acesso ao serviço hospitalar e para isso deve contar com leitos, próprios ou conveniados em hospitais que podem se públicos ou privados, garantindo ao usuário o atendimento que necessita de internação hospitalar (CARVALHO, 1995).

Segundo Carvalho (1995) a rede pública não conta com leitos suficientes para atendimento aos usuários³ que utilizam o serviço público, e desta forma necessita contratar serviços complementares privados, o que se denomina de participação complementar do setor privado no SUS, que se dá através de contrato ou convênio.

A Constituição no seu artigo 199 e no artigo 24 da Lei 8080 permite a terceirização dos serviços quando o SUS não possui os serviços e ações próprias para oferecer à população. A terceirização pode ser efetivada através de parcerias, convênios e contratos com instituições privadas conforme o artigo 24 da lei orgânica 8080:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Diante do exposto busca-se compreender a participação do setor privado na forma complementar ao serviço público. Essa participação demonstra que o Estado tem necessidade de terceirizar os serviços para atender a demanda que é superior à oferta pública. A necessidade manifesta-se através da contratação de um grande número de leitos hospitalares, exames de laboratório, RX e demais serviços e ações de saúde não suficientes numericamente pelo próprio SUS.

Cabe ressaltar que, em grande parte, esse fato deve-se à dificuldade da implementação do novo modelo. Esta dificuldade encontra-se ancorada tanto na equipe de saúde como também na população que busca auxílio, principalmente, para não dizer, exclusivamente quando se encontra com algum agravo e muito poucas vezes para garantir a manutenção da sua saúde, assim como também nas indústrias farmacêuticas, de instrumentos hospitalares, de toda uma relação internacionalizada de dependência estrutural e organizacional.

³ A utilização de usuário tem no presente trabalho a mesma conotação que cliente/paciente

Assim sendo, permanece como principal forma de atenção à saúde à população o atendimento hospitalar: “o hospital seja ele público ou privado, representa a emergência de interesses na saúde” (RIBEIRO, 1993, p.30).

O Ministério de Saúde define hospital como:

[...] parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica é prover à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob **quaisquer regimes de atendimento**, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, de capacitar recursos humanos e de pesquisas na área de saúde, bem como encaminhamentos de pacientes, supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Com base nesta definição, percebe-se o hospital integrando uma organização cuja função é prover assistência à saúde à população. Ainda que o Ministério de Saúde tenha definido o hospital, anteriormente à instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) este na atual relação exerce uma função de complementação através de diferentes modalidades de assistência.

Diferentes modalidades de atendimento hospitalar podem ser exercidas através desta organização, tais como: a internação hospitalar, pronto atendimento, socorro de urgência, assistência ambulatorial, hospital dia e a internação domiciliar.

Estudos realizados por Gerschman (1999), Campos (2003), Matos, Pompeu (2003), Elias (2004), entre outros, são pesquisas que contemplam aspectos relacionados ao tema.

Para que o hospital chegasse às características atuais, passou por inúmeras transformações e influências científicas, tecnológicas e econômicas, que oportunizaram a troca destes conhecimentos que conduziram e conduzem ao surgimento de instituições cada vez mais complexas, demandando maiores controles financeiros, e como também a necessidade de ampliação e troca desses conhecimentos de forma permanente, entre os profissionais da equipe multidisciplinar (TREVIZAM, 1995).

Dentro deste contexto, cabe salientar a importância do trabalho de uma equipe multiprofissional, onde a partir da definição do papel de cada um é estabelecido um plano de cuidados, capaz de promover a recuperação e a reabilitação do cliente.

A participação e cooperação de uma equipe multiprofissional é uma necessidade em todos os espaços em que se praticam ações de saúde, porque hoje em dia com o crescente desenvolvimento científico e tecnológico, o aumento da

complexidade dos serviços e ações de saúde, enfrenta-se um intenso processo de especialização na área de saúde, tornando-se impossível que apenas alguns profissionais exerçam com eficiência⁴ necessária ao amplo campo das ações de saúde.

Para Peduzzi (2005) a equipe multiprofissional é uma realidade, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuando juntos, e destaca o trabalho em equipe como uma modalidade de trabalho coletivo, que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. É nesta interação coletiva que a saúde é produzida.

Segundo Laham (2005) o trabalho em equipe permite a divisão de responsabilidade na tomada de decisões quanto ao direcionamento dos tratamentos, significando que várias pessoas, pensando sobre os casos clínicos a partir de pontos de vista diferentes antes de decidir a respeito das condutas, cuidados, possuem maior possibilidade de encontrar as melhores estratégias a serem utilizadas.

Olhando nesta perspectiva destaco a importância de cada componente da equipe multiprofissional, atuantes nas instituições/organizações de saúde, evocando Siqueira (2001 p 26):

O melhor caminho a ser seguido é o da participação de todos os indivíduos/trabalhadores da organização por serem sujeitos construtores deste processo organizativo, respeitando as suas particularidades proporcionando condições para o desenvolvimento de suas potencialidades, seus valores, seu saber, utilizando-se da reflexão dialógica, da negociação, para encontrar, em conjunto, as melhores estratégias/attitudes [...].

Ainda conforme a mesma autora, é através das relações de trabalho que podem surgir modificações e estas novamente, na medida em que vão sendo exercidas, podem introduzir novos conhecimentos e mudanças. O trabalho deve ser visto em benefício da comunidade como um comprometimento de cada pessoa em relação à outra, dedicando-nos com satisfação e com amor em benefício da comunidade.

⁴ Eficiência: em relação aos serviços de saúde se refere às necessidades reais da população (SIQUEIRA, 2001, p.87). Segundo Oliveira (1998, p.36)... “eficiência é fazer as coisas de maneira adequada, resolver problemas, salvaguardar os recursos aplicados, cumprir o seu dever..” Ambas consideram as necessidades reais da saúde da população.

É importante ressaltar a participação do enfermeiro como membro partícipe da equipe de saúde. É através desta prática participativa que ele pode prestar o cuidado ao usuário e assim obter os resultados desejados. A ele cabe um papel de destaque, uma vez que diversos autores (WALDOW, 1998; GONZÁLES, 1999; COLLIERE, 1999), afirmam que o cuidado é o foco de trabalho do enfermeiro.

Para Waldow (1998) o cuidar na enfermagem tem como finalidade prioritária aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer. Sendo assim deve-se destacar que o cuidado se apresenta como uma ferramenta e pode ser considerado o alicerce fundamental na enfermagem e que é destaque em toda sua trajetória profissional.

É necessário salientar que a enfermagem surgiu no transcurso da história e acompanhou e acompanha o desenvolvimento e evolução das práticas de saúde. Inicialmente era praticada de forma instintiva, garantindo a sobrevivência do ser humano e aos poucos se modificou através dos tempos, acompanhando as mudanças e as transformações ao longo da história da humanidade.

A **relevância** deste estudo consiste na construção do conhecimento em relação às modalidades de atendimento, que as Instituições de Saúde, integrantes do Sistema Único de Saúde, oferecem à clientela do Rio Grande a partir dos trabalhadores/profissionais de saúde. Esse conhecimento poderá ser capaz de contribuir para compreender as relações que as Instituições/organizações/serviços de Saúde do Rio Grande mantêm entre si e como se processam as referências e contra-referências, num processo de cooperação e participação das Instituições de Saúde do município empenhadas em atender as necessidades de saúde da população. Além disso, este estudo poderá oferecer subsídios para entender como se processa a inter-relação das diversas modalidades de assistência oferecidas pelo SUS no Rio Grande. As vantagens e benefícios obtidos através das inter-relações poderão direcionar para uma assistência cada vez mais integradora visando obter resultados mais positivos através da assistência prestada pelo atendimento integrado no SUS. Ao analisar e destacar as vantagens e benefícios das diversas modalidades assistenciais, apontados pelos sujeitos que representam os órgãos integrantes do SUS do Rio Grande será possível oferecer subsídios, não apenas para a academia, mas especialmente, para modificar e melhorar as formas de organização do Sistema como um todo, revertendo em benefício das Instituições

integrantes do SUS e, principalmente no que se refere à melhoria da qualidade de atendimento à clientela/população atendida.

Portanto, a análise das modalidades de atendimento poderá beneficiar as instituições integrantes do SUS do Rio Grande, o usuário, a família, a sociedade, a própria equipe multiprofissional, como também produzir conhecimento a ser divulgado no meio acadêmico. Os benefícios poderão traduzir-se através de um trabalho mais humanizado e de maior interação envolvendo os gestores, os prestadores da assistência, a família, o cliente num processo de cuidado holístico.

Ao olhar a saúde como um sistema pretende-se através deste trabalho identificar a respeito das diferentes **modalidades de atendimento** oferecidas aos usuários das instituições de saúde que compõem o SUS do município do Rio Grande e buscar compreender as **relações que essas instituições mantêm entre si**, e de que **forma se processam essas relações**.

É através da percepção da saúde como um sistema que se procura ter o embasamento necessário para elucidar as inter-relações e interconexões das instituições entre si e o usuário. Sabemos que existem diversas modalidades de atendimento, mas essas ainda não foram identificadas na sua totalidade. Ao estudar as inter-relações dos serviços e ações integrantes do SUS do Rio Grande busca-se, especificamente, conhecer como se processam essas relações entre as instituições/organizações/serviços neste município. Portanto, com uma visão sistêmica se pretende desvelar e entender as modalidades de atendimento oferecidas à clientela do SUS e assim, descobrir como se processam as relações e as articulações entre os serviços e ações de saúde.

Optou-se pela teoria sistêmica, com a abordagem de Bronfenbrenner, como ponto de referência, por entender que a mesma representa um caminho para a análise e para a síntese de um ambiente complexo e dinâmico, como é a saúde. Vendo o SUS como um todo articulado poderá ser possível compreender as relações e os inter-relacionamentos que se estabelecem nos diversos serviços e ações de saúde, oferecidos pelas instituições, para conseguir dar conta da sua proposta de atendimento.

Diante dessas considerações proponho a seguinte **questão de pesquisa**:

Que modalidades de atendimento as Instituições/organizações/serviços de Saúde, integrantes do SUS do Rio Grande, oferecem à clientela e como se processam as suas inter-relações, nos serviços e ações de saúde?

Com base na questão de pesquisa elenco os seguintes **pressupostos** em relação à construção deste estudo:

- Existem diversas modalidades de atendimento exercidas pelas Instituições/organizações/serviços de Saúde, integrantes do SUS do Rio Grande;
- Algumas modalidades de atendimento, ainda que legalmente permitidas, são desconhecidas da maioria das Instituições/organizações/serviços de Saúde, integrantes do SUS do Rio Grande;
- As Instituições/organizações/serviços de Saúde, integrantes do SUS do Rio Grande exercem as modalidades de atendimento de forma desarticulada;
- Existem dificuldades em articular as relações entre as Instituições/organizações/serviços prestadores de ações e serviços de saúde integrantes do SUS do Rio Grande.

Com base no exposto e buscando atender a questão de pesquisa e os pressupostos elencados, traço o **objetivo** da pesquisa:

Identificar as modalidades de atendimento que as Instituições/organizações/serviços de Saúde, integrantes do SUS do Rio Grande, oferecem à clientela e compreender como se processam as suas inter-relações nos serviços e ações de saúde.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

No presente capítulo, será realizado uma revisão de literatura com a finalidade de construir subsídios para um melhor entendimento da temática em estudo. Serão descritos os aspectos de maior significado histórico relativos à evolução da assistência e a saúde no Brasil no período do descobrimento até 1988 quando foi promulgada a Nova Carta Magna modificando o sistema de saúde brasileiro.

2.1 - BREVE HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA

No período pré-cristão as doenças eram consideradas como um castigo dos deuses e os sacerdotes ou feiticeiras acumulavam a função de cura, afastando os maus espíritos muitas vezes por meio de sacrifícios; mais tarde acrescentaram conhecimentos relativos a plantas e ensinaram outras pessoas delegando-lhes funções de enfermeiro.

No Egito as medicações eram tomadas com recitação de fórmulas religiosas, interpretação de sonhos e hipnotismo; já na Índia existem documentos do século IV aC com referências a conhecimento de anatomia e realizavam suturas, amputações e trepanações. O budismo contribuiu para o desenvolvimento da enfermagem, sendo os únicos que nesta época citaram os enfermeiros, como também exigiram deles qualidades morais.

Na China os doentes eram cuidados por sacerdotes que dividiam as doenças em três categorias: benignas, médias e graves. Os gregos eram ligados à mitologia. Estas práticas de saúde mágico-sacerdotais marcaram a fase empírica da evolução dos conhecimentos em saúde; e em Roma o indivíduo recebia cuidado por parte do estado e era destinado a ser guerreiro, pois precisavam de indivíduos saudáveis para poder ser utilizados na guerra.

A partir do século V a.C. estas práticas relacionam-se ao surgimento da filosofia e do progresso, antes místico-sacerdotal, agora baseada na experiência, no

conhecimento da natureza, no raciocínio lógico. Este período é conhecido por período hipocrático, porque propôs uma nova concepção em saúde.

O cristianismo apresenta-se como a maior revolução social, tendo desde o início os pobres e enfermos como principal objetivo de cuidado por parte da Igreja, e esta preocupação se reflete com as construções dos hospitais situados no pátio das mesmas e dos mosteiros para o acolhimento dos necessitados: pobres doentes e viúvas.

No período monástico-medieval aparece a enfermagem como prática desenvolvida por religiosos que deixou como legados a abnegação, o espírito de serviço, a obediência entre outros.

Na época renascentista e da reforma Protestante, século XIII d.C. a início do século XVI, as práticas de saúde eram realizadas nos hospitais religiosos, onde homens, mulheres e crianças, os mais humildes e carentes, utilizavam as mesmas dependências em leitos coletivos, tornando-se um depósito de pessoas doentes e muitas vezes sendo objeto de experiências. No entanto, as classes sociais mais elevadas recebiam atendimento em sua própria residência, percebendo-se assim a existência do cuidado diferenciado (GRAÇA, 2005).

Nesta época a prática de enfermagem era realizada por pessoas de classe social baixa, e era considerada indigna pela classe social elevada e caracterizava-se pela queda dos padrões morais. Foi a partir da Revolução Industrial no século XVI que estas práticas começaram a ser vistas sob uma ótica mais positiva, considerando-a uma profissão institucionalizada. E sendo neste cenário que tivemos o surgimento de Florence Nightingale, que revolucionou o atendimento hospitalar e de enfermagem.

No Brasil, no início do período colonial a prestação de cuidados aos doentes, era realizada por um grupo, composto na sua maioria por escravos que atendiam a domicílio.

Baseando-se nas Casas de Misericórdias de Portugal, surge à primeira Casa de Misericórdia na Vila de Santos em 1543, dando início a criação de outras, que se espalharam pelo país, sempre sob influências religiosas. Os escravos tiveram grande importância, pois auxiliavam os religiosos no tratamento aos doentes, e aos poucos o cuidado passa a ser institucionalizado nos hospitais.

Pode-se perceber durante toda a história a transformações e evolução na assistência até os dias atuais.

2.2 - CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE NO BRASIL EM UM PROCESSO HISTÓRICO.

Todo o processo histórico de saúde no Brasil recebeu inúmeras influências político-sócio-econômicas nacionais e internacionais que nos conduziram a atual situação de saúde que o país apresenta.

Logo após o seu descobrimento o Brasil foi colonizado por aventureiros europeus, portanto sem organização estrutural e funcional estabelecida, carecendo de qualquer tipo de atenção à saúde. Os recursos disponíveis vinham da própria natureza, como as plantas e ervas; os conhecimentos sustentados empiricamente, refletidos na imagem dos curandeiros⁵ que desempenhavam a arte de cuidar, eram os únicos conhecimentos que a população dispunha (POLIGNANO, 2005).

Os relatos que chegavam a Portugal, logo após o descobrimento, referenciavam o Brasil como “paraíso tropical”, o que logo foi substituído pela versão oposta, marcado por conflitos com os indígenas, as diversas enfermidades, as dificuldades geográficas, foram alguns dos obstáculos enfrentados no estabelecimento dos colonizadores (BERTOLLI FILHO, 2004).

Em 1789 existiam apenas quatro profissionais médicos no Rio de Janeiro para o atendimento de toda a população, sendo inexistentes nos demais estados. Alicerçada em toda esta estrutura deficitária na carência de recursos financeiros e profissionais na saúde, oportunizou o surgimento dos então chamados boticários⁶ (POLIGNANO, 2005).

Ainda para o mesmo autor a primeira organização de uma estrutura sanitária surgiu para receber a Família Real na cidade de Rio de Janeiro. Em 1808 D. João VI, restabeleceu as funções de Físico-mor⁷ encarregado de inspecionar as boticas,

⁵ Curandeiro: aquele que cura; indivíduo que se atribui (ou a quem é atribuída) a função, capacidade, poder ou conhecimento para curar. Aquele que cura sem título nem habilitações, em geral por meio de rezas e feitiçarias (POLIGNANO, 2005).

⁶ Boticários: eram pessoas chamadas desta forma que cabia à manipulação de formulas médicas, mas que na realidade eram eles próprios que tomavam a iniciativa de indicá-los (POLIGNANO, 2005).

⁷ Físico-mor: competia inspecionar as boticas (POLIGNANO, 2005).

Cirurgião-mor⁸ designação que compreendia os médicos e Juizes-comissários⁹ que competia fiscalizar, julgar e punir á parte da justiça comum.

Em novembro de 1808 foi criado o cargo de Provedor-mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, que daria origem a atual Diretoria de Saúde dos Portos.

Por ordem real foram fundadas as academias médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro em 1813, e da Bahia em 1815, sendo depois transformadas nas primeiras escolas de medicina do país (BERTOLLI FILHO, 2004).

[...] a medicina consolidava-se como profissão institucionalizada no campo da saúde do país. É reconhecida como detentora legal dos conhecimentos científicos de saúde, estabelece regras para sua formação e prática, bem como passa a controlar a formação e emitir regras para regulamentação da prática de outras profissionais de saúde, como as parteiras, os farmacêuticos, os enfermeiros e os dentistas. Esses profissionais que eram independentes passam a ter a formação e a prática controlado pelos médicos (PIRES, 1998p.85).

No ano de 1828 foi criada a Inspetoria de Saúde de Portos, cuja finalidade era controlar todas as embarcações. As consideradas suspeitas de transportar passageiros doentes deviam permanecer em quarentena numa ilha próxima a baía de Guanabara.

Os doentes que possuíam dinheiro procuravam tratamento na Europa ou nas clínicas particulares que começaram a surgir na região serrana fluminense, já os menos favorecidos, sem condições financeiras, recorriam aos curandeiros (BERTOLLI FILHO, 2004).

É necessário destacar que na segunda metade do século XVIII o fato de profunda repercussão em toda a estrutura social, e por tanto na saúde pública foi a Revolução Industrial que provocou um êxodo rural para as cidades, as quais não estavam preparadas para receber esta população, o que propiciou condições para o desenvolvimento de doenças epidêmicas (BRASIL, 2005).

A situação da cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário grave e caótico que se estendeu por muito tempo, acentuado pela presença de diversas doenças, como malária, febre amarela, peste, entre outras, que se projetava e refletia de forma direta na economia do país, acrescentado pelo fato que

⁸ Cirurgião-mor: assim chamado aos médicos (POLIGNANO, 2005).

⁹ Juizes-comissários: exerciam suas atividades fiscalizadora, julgadora e punitiva à parte da justiça comum. Tinham autoridade, inclusive para arrecadar tributos e taxas relativas aos seus serviços (POLIGNANO, 2005).

os navios estrangeiros se negavam atracar no porto da cidade, em função da situação sanitária existente.

A preocupação estava voltada para o controle dessas endemias¹⁰, que interferiam nas exportações brasileiras, e que tornava necessário o aumento das mesmas para poder obter uma melhoria no desenvolvimento do país.

Em 1889 acontece a Proclamação da República, e seu objetivo é modernizar o Brasil, com o lema positivista¹¹ inscrito na bandeira nacional de Ordem e Progresso.

Segundo Bertolli Filho (2004) as descobertas de Pasteur começaram a ganhar forma no Brasil, voltado para o campo da prevenção das doenças e nas formas de atuar ante os surtos epidêmicos, e teve varias conotações como medicina pública, medicina sanitária, higiene ou saúde pública. Isto foi complementado por um núcleo de pesquisas das doenças que atingiram a população, que se chamou de epidemiologia.

Foram criados em 1892 os laboratórios bacteriológicos, que tempo depois passaram a ser o Instituto Butantã, Biológico e Adolfo Lutz. Para que isto fosse possível foi necessário contratar pesquisadores estrangeiros, o que permitiu criar o Instituto Pasteur (BERTOLLI FILHO, 2004).

Em meio a toda esta situação assume como Presidente do Brasil em 1902 Rodrigues Alves, nomeando Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública. Ele introduziu conceitos e princípios novos sobre epidemiologia e profilaxia, que repercutiram sobre a forma de administrar os problemas de saúde do país, e desta maneira tornando-se marco de uma nova era para a higiene nacional. (POLIGNANO, 2005).

Em janeiro de 1904, foi reestruturada a Diretoria Geral de Saúde Pública, que atenderia os problemas de saúde da capital do país, e que ficou conhecida com o nome de reforma Oswaldo Cruz. Entre os diversos pontos destacam-se o registro demográfico, que possibilitou conhecer a composição e os fatos de maior importância na população trabalhadora, atividades profiláticas baseadas na epidemiologia e experiência científica, introdução do laboratório como auxiliar de diagnóstico, fabricação de produtos profiláticos para uso em massa,

¹⁰ Endemia doença que existe constantemente em determinada região e ataca um número de vítimas previamente esperado (BERTOLLI FILHO, 2004).

¹¹ Positivismo: sistema filosófico, o qual afirma que o conhecimento científico se limita a descrição dos fatos observados e experimentados (BERTOLLI FILHO, 2004).

descentralização executiva, embora limitada ao âmbito do Distrito Federal (POLIGNANO, 2005).

O mesmo autor destaca que o modelo utilizado tinha uma visão militar, uso da força e da autoridade, que se refletia nas atitudes como a queima de colchões e roupas dos doentes, muitas das vezes sem levar em consideração a opinião das pessoas.

Este modelo de assistência à saúde fica conhecido como campanhista, por estar atrelado aos movimentos de controle de doenças (CONH, 1999).

Estas atitudes fizeram com que aumentasse o índice de insatisfação por parte da população, e foi reforçada em outubro de 1904 com a obrigatoriedade em todo o país da vacinação anti-varíola, que gerou um grande e impactante movimento popular conhecido como revolta das vacinas.

Em 31 de outubro de 1904, foi aprovada pelo Congresso Nacional a lei que estabelecia a obrigatoriedade da aplicação da vacina contra a varíola, causando confrontos e mortes. Em 16 de novembro de 1904, no bairro Saúde no Rio de Janeiro, local de maiores conflitos, foi ocupado por forças da polícia e exército, colocando ponto final a Revolta da Vacina. Apesar de toda esta situação de insatisfação conseguiram grandes avanços no controle de doenças epidemiológicas.

Em 1918 os laboratórios de Manguinho tornam-se o Instituto Oswaldo Cruz, até hoje principal centro de pesquisas médico-epidemiológicas do país. Outros laboratórios foram criados, inclusive no Rio Grande do Sul, mas com escassos recursos pouco conseguiram fazer pela população.

Apesar de este novo olhar a respeito da doença, os governantes não estavam dispostos a investimentos necessários com os órgãos de saúde e, portanto, a população continuava a sofrer com as doenças.

A população rural em 1918 era em torno de vinte milhões, sendo que 17 eram portadores de doenças parasitárias intestinais, 3 portadores de doença de chagas, 10 atacados por malária e 5 com tuberculose. Acrescentado a este quadro a subnutrição e o alcoolismo, o que se percebe que a população rural brasileira era uma personagem doente (BERTOLLI FILHO, 2004).

Novo marco importante da evolução da saúde pública brasileira acontece em 1920, chamado de reforma de Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz.

Com ela surgiram várias modificações, como propaganda e educação sanitária, criação de órgãos especializados na luta contra a tuberculose, lepra,

doenças venéreas, expansão das atividades de saneamento em âmbito nacional e a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery (POLIGNANO, 2005).

É necessário destacar que a economia brasileira naquele momento basicamente estava alicerçada na exportação de café. Os capitais aumentaram principalmente na região de São Paulo - Rio de Janeiro, em que se encontravam a maioria das fazendas produtoras do café.

Toda esta situação promoveu o processo de aumento da urbanização em torno a este centro comercial de forma desordenada, sem planificação, que foi acrescentado pela imigração européia, que buscava no Brasil uma solução aos problemas enfrentados em seus países, com a ilusão de melhoras e a busca da estabilidade econômica.

Estes imigrantes chegavam em condições de saúde precárias, após meses de viagem em condições sub-humanas, ingressando ao país, com o desejo de progredir e desta forma melhorar suas condições de vida. Esta mão de obra foi inserida e absorvida rapidamente por apresentar algumas vantagens específicas, como não ter direitos trabalhistas, jornadas mais extensas, trabalho com a participação da maioria do núcleo familiar e baixa remuneração (POLIGNANO, 2005).

Junto a este tipo de imigração veio implícito e foram introduzidas idéias do movimento operário europeu sendo de grande valia e influência para organizar os trabalhadores brasileiros. Esta situação de péssimas condições de trabalho foi motivo desencadeante de duas greves gerais em 1917 e 1919 iniciando a luta operária pela conquista de direitos sociais, sem deixar de lado à saúde (POLIGNANO, 2005).

Em 24 de janeiro de 1923 foi aprovada a Lei Eloi Chaves, dando início a previdência social no Brasil, que institui as caixas de aposentadoria e pensões (CAPs) que abrangem somente ao operário urbano, sendo organizadas pelas empresas que aportavam 1% da renda bruta e pelos empregados com 3% de seus salários. Além das pensões e aposentadorias, proviam os serviços funerários, médicos e assistência aos acidentados de trabalho.

A economia nacional estava baseada no setor agro-exportador, destacando-se o café como seu produto principal, que se vê modificada com a crise de 1929 dando início a industrialização (POLIGNANO, 2005).

A revolução de 1930 coloca na presidência a Getúlio Vargas, que suspendeu a vigência da Constituição de 1891, e passou a governar por decretos até 1934, época na qual foi aprovada a Nova Constituição. No ano de 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública.

Este governo se caracterizou por sua política centralizadora e repressiva as reivindicações sociais, através de medidas populistas¹², em que o governo federal centralizou o controle dos serviços de saúde.

O Estado anunciava zelar pelo bem estar sanitário da população, enquanto que os médicos foram excluídos das decisões sanitárias sendo tomadas pelos políticos e burocratas que careciam de conhecimentos epidemiológicos (BERTOLLI FILHO, 2004).

Em 1933 os CAPs são substituídos pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), que se destacam por ser os trabalhadores organizados por categoria profissional, e não por empresas. Desta maneira o Estado é inserido nas instituições e centraliza as políticas e recursos, tornando-se a saúde um fator de acúmulo e reprodução de capital. Portanto a saúde passa a ser acessível aos que tem o poder de compra, ficando a maioria da população marginalizada para o atendimento.

Algumas garantias a Constituição de 1934 acrescentou aos operários, como assistência médica, licença remunerada a gestante trabalhadora e jornada de oito horas diária.

Também salienta-se o movimento de educação na área de saúde, orientando a população a respeito de hábitos de higiene. A partir de 1938, essa campanha passou a ser divulgada através das emissoras de rádio. No mesmo período desenvolve-se o curso de enfermeiras sanitárias, que percorriam os bairros mais carentes ensinando normas de higiene, e encaminhando os doentes mais graves para os hospitais públicos ou filantrópicos.

A estratégia utilizada era a de uma comunicação simples, capaz de se compreendida até pela população não alfabetizada.

Apesar das medidas utilizadas no governo Vargas, o Brasil permanecia como um dos mais doentes do continente (BERTOLLI FILHO, 2004).

¹² Populismo: ideologia que atribui ao Estado o papel de árbitro dos conflitos sociais, preservando as relações de dominação de classe, apesar de algumas concessões feitas à população (BERTOLLI FILHO, 2004).

Em 1937, após o golpe militar foi criado o Estado Novo, em que continuava como presidente Getúlio Vargas.

Acontece em 1941 um fato marcante para a saúde, que instituí-se como reforma Barros Barreto, destacando-se a instituição de órgãos normativos e supletivos, destinados a orientar à assistência sanitária e hospitalar, criação de órgãos com ação direta contra as endemias de malária, febre amarela e peste que continuavam assolando o território nacional, descentralização das atividades normativas e executivas por oito regiões sanitárias, construção de esgotos, criação de serviços especializados contra as doenças degenerativas (POLIGNANO, 2005).

No mesmo ano de 1941, e depois em 1950 foram realizadas as duas primeiras conferências de saúde. É importante destacar que as questões relacionadas à saúde continuavam subordinadas ao Ministério da Educação e Saúde.

Foi criado em 1953 o Ministério da Saúde como órgão independente, desmembrando-se da educação, porém sem que houvesse um aporte de recursos e um efetivo comprometimento com os problemas de saúde pública.

O Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) foi criado em 1956 que passou a centralizar os serviços já existentes de febre amarela, malária e peste.

O Ministério da Saúde em 1956 desenvolve um programa voltado para a assistência infantil, que trouxe o aumento de postos de puericultura, com acompanhamento aos usuários, vacinação e assistência às mães.

Até 1960 o modelo médico-sanitário prevaleceu na assistência à saúde, preocupado em controlar as doenças a nível social e caracterizando o atendimento médico exclusivamente ao usuário que fizesse parte do sistema previdenciário (BERTOLLI FILHO, 2004).

No início dos anos 60 a desigualdade social, baixa renda per capita, acúmulo da riqueza em poder de poucos, propiciam e ganham a dimensão no discurso dos sanitaristas a respeito das relações saúde e desenvolvimento.

As propostas sugeridas pelos sanitaristas foram relevantes na formulação da Política Nacional de Saúde, com o objetivo de redefinir as políticas a serem adotadas pelo Ministério com uma identificação da situação econômico-social vigente daquele momento, o que levou a ser sancionada a Lei Orgânica de Previdência Social que veio estabelecer a unificação do regime geral da própria previdência abrangendo todos os trabalhadores sujeitos ao regime da Consolidação

das Leis do Trabalho (CLT), ficando excluídos trabalhadores rurais, empregadas domésticas e servidores públicos. Após três anos, os trabalhadores rurais foram incorporados ao Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

Destaca-se no período de 1961 a 1964 como características principais a recessão, a estagnação da economia, acompanhada da diminuição do salário mínimo, provocando a perda e poder aquisitivo, aumento da inflação e do desemprego.

Em 1963 aconteceu a III Conferência Nacional da Saúde (CNS), convocada pelo ministro de saúde Wilson Fadul, árduo defensor da municipalização. No ano seguinte, 1964, instalou-se o regime militar, fato que se repetiu na maioria dos países da América Latina, assumindo como ministro da saúde Raymundo de Brito, reiterando a proposta de fixar um Plano Nacional de Saúde segundo as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2006).

Com a implantação da Reforma Administrativa Federal em 1967, estabelecia que o Ministério da Saúde coordenasse e formulasse as políticas nacionais de saúde, que até então continuavam no papel, abrangendo entre elas atividades médicas e para-médicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária. (BRASIL, 2006).

No mesmo ano fica implantado o Instituto de Previdência Social (INPS), produto da fusão dos IAPS, caracterizando-se por se um modelo centralizado, em que os financiadores eram os próprios trabalhadores, porém sem que tivessem qualquer poder decisório.

A década de 70 caracteriza-se pelo crescimento da economia, fato que ficou conhecido como **milagre econômico**, proporcionando o aumento substancial de recursos financeiros.

Em 1971 foi criada a Central de Medicamentos (CEME), para atender a demanda da população carente e estimular a indústria farmacêutica nacional, que enfrentou a competição desigual das multinacionais, o que não viabilizou seu desenvolvimento e conduziu a sua incorporação ao INAMPS no futuro. Também neste mesmo ano os trabalhadores rurais (FUNRURAL) e em 1973 as empregadas domésticas passam a se incorporadas ao INPS, mas continuam mesmo desta forma as desigualdades ao acesso aos serviços de saúde entre a clientela urbana e rural (POLIGNANO, 2005).

Ao produzir-se esta unificação no sistema previdenciário trouxe como consequência o aumento de contribuintes, o que fez com que o governo militar naquele momento, recorresse à iniciativa privada para atender a demanda, e desta maneira foram realizados convênios e contratos com a maioria dos médicos e instituições hospitalares em todo o país, o que gerou aumento do consumo de medicamentos e equipamentos hospitalares, formando-se um complexo sistema médico-hospitalar (POLIGNANO, 2005).

A partir de 1975, a economia entra em crise, e, portanto o setor saúde também, reflexo da crise mundial que o capitalismo internacional estava enfrentando e trazendo como consequência a diminuição do capital estrangeiro. Este período é marcado pela acentuação das diferenças sociais em que os pobres ficaram mais pobres, e os ricos mais ricos, gerando desemprego, aumento da mortalidade infantil, da marginalidade, crescimento das favelas entre outros.

O modelo de saúde encontra-se em crise sem conseguir solucionar os problemas de saúde coletiva, porque era baseado em um modelo de medicina curativa, com custos elevados na atenção médico-hospitalar.

A população encontrava-se marginalizada do sistema de saúde, que para obter acesso a este serviço necessitava de sua **carteira de trabalho** assinada, situação permeada por desvios de verbas do sistema previdenciário para cobrir outros setores e obras realizadas.

Em 1976 foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), o que oportunizou a retomada das ações de saúde pública (BRASIL, 2006).

Neste período, em outros países estava desenvolvendo-se experiências em medicina comunitária, destacando a importância da atenção primária à saúde. Estas experiências foram destacadas na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Alma-Ata em 1978, patrocinada pela Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) em que a meta definida foi “saúde para todos no ano 2000”.

Esta situação em que se encontrava o sistema de saúde do Brasil articulou a criação em 1978 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Já em 1980 aconteceu a 7ª Conferência Nacional de Saúde, que discutiu a implantação da rede básica de serviços de saúde e também no mesmo ano foi

criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que na realidade nunca não saiu do papel (BERTOLLI FILHO, 2004).

Para combater a fraude e tentar conter os custos, o governo em 1981 criou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONAP), ligado ao INAMPS, que tinha como objetivo uma fiscalização rigorosa da prestação de contas das prestadoras de serviço, aumento da produtividade do sistema, melhoria da qualidade na prestação de serviço à população, sistema de auditoria médica assistencial, entre outros, que encontraram uma forte oposição da Federação Brasileira de Hospitais, que junto com os parlamentares conseguiram que o modelo de saúde PREV-SAÚDE fosse arquivado (POLIGNANO, 2005).

A partir de 1982 o cenário da política brasileira apresenta importantes mudanças, entre elas destacou-se as eleições diretas para governadores acompanhada de outros conflitos sociais, entre eles a desigualdade de acesso ao atendimento aos serviços de saúde, que como característica principal tinha a centralização do poder, conduz para a ampla campanha das diretas para Presidente da República, que culmina em 1985 com a eleição de Tancredo Neves, marcando o fim do regime militar. Em todo este processo o setor médico privado se beneficiou com os recursos financeiros obtidos do setor público.

Neste ano consolidou-se a proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS) que apresentava como princípios a universalidade, integralidade, equidade do atendimento, descentralização do poder decisório e regionalização, entre outras, com o propósito de atender as necessidades prioritárias da população.

Todos estes períodos foram permeados por diversas modificações e tentativas para melhorar a qualidade na saúde no Brasil. Em 1986 é realizada em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que se constituía em marco da participação de setores mobilizados da população, profissionais da saúde, sindicatos, traçando as bases e diretrizes para a Reforma Sanitária (BERTOLLI FILHO, 2004).

Os temas básicos foram o direito à saúde com o resgate da cidadania, reordenamento do Sistema Nacional de Saúde, alternativas do financiamento da atenção à saúde, o que conduziu para o seu documento final.

Em 1987 dá início ao processo de implantação da reforma sanitária brasileira proposta na 8ª Conferência de Saúde, que conta com uma nova fase, que é a

participação popular do próprio usuário na administração, gestão e controle das unidades locais de saúde (TEXEIRA, 1989).

No mesmo ano é implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), tendo como base as diretrizes de universalidade, equidade e integralidade dos serviços de saúde.

Os anos 80 foram extremamente importantes á respeito da organização da sociedade civil, fatos que se refletiram na luta pelos direitos dos trabalhadores, realizada pelos sindicatos.

Os anos 80 e 90 se caracterizam pelo processo de re-democratização do país, acompanhado de uma profunda crise nas políticas de saúde, e ao mesmo tempo acontece uma re-estruturação na organização social, em que o movimento sindical se fortalece e se organiza para luta pelos direitos dos trabalhadores, contando com a adesão da população, e que também tem a participação dos trabalhadores do setor da saúde.

Nas bases discursivas da Reforma Sanitária que nortearam o SUS, se enfatiza a Promoção a Saúde¹³ como proposta transformadora nas políticas de saúde (MINAYO, 2002).

Em 1988 acontece a reforma constitucional, que representa o marco de avanço no sentido da universalização de direitos, onde fica estabelecido no artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Assim as Leis 8080 e 8142 de 1990, estabelecem os princípios legais para o funcionamento do SUS (PIRES, 1998).

¹³ Promoção a saúde, termo usado por Henry Sigerist para denominar as ações embasadas em educação sanitária e ações do Estado para a melhoria das condições de vida (MINAYO,2002).

3 - REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo é apresentado o referencial teórico construído para servir de sustentação à temática estudada. Inicialmente explora-se os referenciais especificamente sobre Sistema e suas características, a seguir discute-se sobre saúde e seus conceitos, com o intuito de conseguir entender de forma mais clara o Sistema Único de Saúde e suas modalidades de atendimento/assistência no município do Rio Grande e suas inter-relações: objeto desta pesquisa.

3.1 - SISTEMA E SUAS CARACTERÍSTICAS

A palavra **sistema** abarca variadas conotações e envolve um amplo e múltiplo espectro de conceitos, dependendo sob que ângulo é discutido e percebido.

Sistema pode referir-se a um conjunto de elementos interdependentes e interagentes, ou também a um grupo de unidades combinadas formando um todo organizado, em que o seu resultado é maior que os resultados das unidades que o compõem, se estes funcionassem independentemente. Olhando o ser humano nesta perspectiva, ele é um sistema em que órgãos e membros funcionam de maneira interdependente e coordenadamente para obter um comportamento eficaz (CHIAVENATO, 2004).

Segundo Chiavaneto (2004, p.280) sistema:

[...] é um conjunto de objetos unidos por alguma forma de interação ou interdependência, qualquer conjunto de partes unidas entre si pode ser considerado um sistema, desde que as relações entre as partes e o comportamento do todo seja o foco de atenção. Um conjunto de partículas que se atraem mutuamente (como o sistema solar), ou um grupo de pessoas em uma organização, uma rede industrial, um circuito elétrico, um computador ou um ser vivo podem se visualizados como sistemas.

A teoria dos sistemas surgiu nos anos 50 quando Bertalanfly verificou que algumas ciências têm validade para outras ciências, e não podem existir separadamente, indicando que estão alicerçadas umas com as outras. Desta forma

percebeu que o sistema é um conjunto de unidades relacionadas de forma recíproca, o que foi chamado de Teoria Geral dos Sistemas (BERTALANFLY, 1993).

Essa forma de perceber o mundo trouxe uma mudança de paradigma ao se contrapor à teoria cartesiana de Descartes, ao propor uma nova forma de pensar e agir representada na idéia sistêmica, introduzindo o princípio da relação, conexão, contexto e interdependência.

Enquanto o pensamento cartesiano tinha como preocupação a fragmentação das partes, buscando a compreensão de todas a partir das características individuais, a teoria dos sistemas refere-se ao todo, resultado obtido pelas relações e interações entre as partes e cujo produto é maior do que a soma das partes dita de forma individual (RODRIGUES, ARNOLD, 1990).

Os autores fazem comentário da grande diferença entre o pensamento cartesiano e o sistêmico, cuja diferença maior consiste em perceber o mundo com um olhar de inter-relações, e não, mais de forma exclusivamente individual e fragmentada, com ênfase na análise das partes.

Portanto, no novo paradigma sistêmico o alicerce principal é a interconexão e o intercambio que acontece no sistema, sendo que cada parte influencia e também é influenciada em uma constante troca (CAPRA 1982) O mesmo autor enfatiza, e ressalta a necessidade de compreender e conceber todos os desenvolvimentos e trocas que se processam no todo sob o olhar sistêmico, e assim perceber a sua importância.

Motta (1998) ao citar os pressupostos e orientações de Bertalanfly em sua teoria geral dos sistemas, afirma a existência de uma tendência para a integração das ciências naturais e sociais, que leva a teoria a desenvolver princípios que unificam e atravessam verticalmente os universos de cada ciência o que pode levar a uma integração de extrema necessidade na educação científica.

Segundo a idéia da teoria geral sistêmica existem muitas propriedades nos sistemas que não podem ser descritos separadamente. Ela se fundamenta em três premissas básicas: os sistemas existem dentro de sistemas; os sistemas são abertos, recebendo e influenciando outros sistemas, trazendo um intercâmbio infinito e se este intercâmbio cessa, o sistema se desintegra; e as funções de um sistema são dependentes de sua estrutura (CHIAVENATO, 2004).

Ainda para o mesmo autor, a Teoria de Sistema proporciona identificar os fenômenos dentro de uma abordagem global, o que oportuniza as inter-relações, as

integrações e as interconexões de assuntos de índole completamente diferentes, mas que a partir da definição de Bertalanffy, em que o sistema é um conjunto de unidades reciprocamente relacionadas, surgem dois conceitos que retratam as características básicas de um sistema: o de propósito ou objetivo que afirma que todo sistema tem propósitos ou objetivos; e o de globalismo ou totalidade refere-se a que qualquer estimulação em qualquer unidade formadora do sistema afetará de forma global ao todo, porque existe uma inter-relação entre causa e efeito, provocando a entropia ou a homeostasia (CHIAVENATO, 2004).

Entende-se por entropia a tendência que existe nos sistemas ao desgaste, desintegração, afrouxamento dos padrões e para o aumento de aleatoriedade, o que indica que o aumento da entropia produz divisão em estados mais simples. A homeostasia, ao contrário da entropia, pode ser definida como o equilíbrio dinâmico entre as partes que compõem o sistema, procurando adaptar-se às mudanças externas do meio ambiente transformando-o positivamente (CHIAVENATO, 2004).

O sistema, segundo o mesmo autor, por ser considerado aberto, é influenciado pelo meio ambiente que ao mesmo tempo, influi sobre ele, e assim é possível alcançar um estado de equilíbrio dinâmico, através de um contínuo processo de interação e intercâmbio.

Este novo paradigma permite ao ser humano participar deste processo sistêmico, e assim, aprende, ensina, cresce e se transforma, sendo influenciado pelo grupo. A estrutura (o conteúdo e a forma) sistêmica é composta de elementos que se inter-relacionam, e as alterações de um ou mais elementos componentes influenciam os outros, e surge uma nova realidade a partir das idéias que emergiram e se modificaram no decorrer da reflexão dos integrantes. Essa nova construção é capaz de continuar construindo indefinidamente o novo (SIQUEIRA, 2001).

Com embasamento nestes autores pode-se entender que o sistema é um todo formado por partes, dotadas de funções que se entrelaçam entre si estabelecendo interconexões e que influenciam provocando uma troca infinita de reações, enquanto as partes integrantes do sistema mantêm sua individualidade e características próprias, buscam obter o propósito, o objetivo que o sistema como um todo se propõe a alcançar. Olhando a saúde como um sistema, se pretende através deste trabalho, identificar as modalidades de atendimento oferecidas à clientela do SUS e compreender as relações que as instituições de Saúde do Rio

Grande mantêm entre si, e de que forma se processam estas relações para alcançar o que em conjunto desejam obter.

Ao perceber a saúde como sistema procura-se através do embasamento sistêmico elucidar as inter-relações e interconexões entre estas instituições e o usuário. Sabe-se que com a municipalização da saúde, cabe ao município elaborar as estratégias e o direcionamento das ações a serem desenvolvidas para garantir o atendimento à população. Existem diversas modalidades de atendimento, legalmente instituídas, mas nem todas estão identificadas e praticadas e oferecidas aos usuários do sistema único de saúde.

Com uma visão sistêmica é possível conhecer e desvelar as modalidades de atendimento oferecidas ao usuário do SUS e descobrir se estes serviços e ações acontecem de forma articulada ou não entre as instituições/organizações/serviços que atendem ao usuário do SUS.

Esta percepção leva a olhar a saúde com base em novos arcabouços e esses conduzem a analisar a realidade em que está inserida e, assim percebê-la em constante transformação porque mantém uma rede de interligações que nela interferem e influenciam. As rápidas e constantes modificações que se processam na atual era da globalização trazem na sua dinâmica não apenas os benefícios, mas também as imposições negativas que se alastram e envolvem a todos.

O paradigma sistêmico encontra resistência ante o modelo biomédico que continua presente e muito forte até o momento nas modalidades de atendimento do SUS, e que necessita ser modificado para ceder espaço para implantar este novo modelo, com base na promoção e prevenção. A percepção do modelo biomédico continua sendo observado na grande maioria dos municípios brasileiros que tem entre os principais motivos o próprio desconhecimento e a falta de vontade de muitos profissionais da saúde em modificar o modelo, a carência de recursos e ações para implantar o novo sistema e a própria cultura não apenas dos usuários como também dos profissionais da saúde em relação à saúde e o cuidado.

Seguindo na vertente sistêmica o ser humano é percebido como um sistema que interage com outros, portanto podemos afirmar que é um ser biológico, social, espiritual e cultural, e desta forma faz parte e interage no contexto como um todo, influencia e é influenciado.

Segundo Capra, (2002, p.23):

Não existe nenhum organismo individual que viva em isolamento. Os animais dependem da fotossíntese das plantas para ter atendidas as suas necessidades energéticas; as plantas dependem do dióxido de carbono produzido pelos animais, bem como de nitrogênio fixado pelas bactérias em suas raízes; e **todos juntos**, vegetais, animais e microrganismos, regulam toda biosfera e mantêm as condições propícias à preservação da vida.

Entretanto esta percepção sistêmica nos permite ter uma nova visão, capaz de traduzir-se numa transformação de valores, o que nos leva a ter uma nova compreensão do mundo.

Segundo Siqueira (2001, p. 46) “A Teoria dos Sistemas dinâmicos pode ser vista como uma filosofia, uma maneira peculiar de perceber as coisas e como se comportam em relação ao seu contexto”. Este contexto é singular a cada fenômeno e por isso possui características específicas que não pertencem aos demais, mas são interpretados conforme a percepção de cada um. Assim sendo, a verdade recebe interpretações diversificadas, isto é, conforme o entendimento de quem a percebe.

A compreensão desta teoria como um todo integrado, nos oportuniza olhar para o ser humano de forma holística, isto é, como um todo, e não pela análise de suas partes. As suas necessidades não devem ser atendidas de maneira fragmentada, cuidando apenas de um aspecto, mas devem envolver o ser humano de maneira integral, envolvendo os aspectos bio-psico-sociais e espirituais sem fragmentação olhando-o por inteiro integrado e inter-relacionado.

Esta percepção também se refere ao próprio sistema de saúde e ao mesmo tempo o usuário, e é a partir deste olhar que se procura entender as modalidades de atendimento do SUS no presente trabalho, e desvelar como estão acontecendo estas relações entre as instituições que oferecem seus serviços e ações ao usuário do SUS.

Olhando sob este enfoque é possível perceber o mundo como uma teia dinâmica de eventos inter-relacionados, sendo que qualquer uma das partes que a compõem é de extrema importância, determina e influencia na estrutura de toda a teia (CAPRA, 1996).

Reafirmando as definições anteriores a concepção sistêmica vê o mundo em termos de relação e integração, enfatizando os princípios básicos da organização, em uma constante transformação, influenciado por novas tecnologias que moldam

novas estruturas sociais, econômicas e culturais, que é denominado de globalização. Assim sendo, o todo é maior do que a soma de suas partes, porque ele é o resultado das interações das partes entre si (CAPRA, 1996).

A idéia da teia permite uma compreensão, mais ampla e simples dos sistemas, e re-afirma a relação de interligação que existe entre eles, e a realidade dos inúmeros processos que forma o todo de maneira interdependente.

Capra (2002) refere-se aos organismos vivos como seres capazes de se auto-organizarem dentro de seu próprio sistema, mas que não deve ser confundido com independência, já que não podem sobreviver sem interagir com o ambiente, com o meio que vivem.

O autor ressalta a extrema importância das inter-relações e a influência que tem os sistemas, permitindo-nos refletir como seres individuais, com os nossos próprios sistemas e ao mesmo tempo como membros participantes do planeta terra, influenciar e continuar a obra cósmica.

Essa reflexão oportuniza o re-pensar a magnitude e a importância que o sistema exerce no desenvolvimento de qualquer que seja a atividade a ser realizada. Os grandes problemas enfrentados no mundo são sistêmicos, portanto interligados e interdependentes, e somente podem ser entendidos e solucionados se aprendermos a pensar sistemicamente em termos de relação, conexão e contexto (CAPRA, 1993).

As questões da saúde, da riqueza, da produção, como as da fome, da miséria, devem ser pensadas com essa conotação e não como questões isoladas e independentes.

Os sistemas existem dentro de sistemas, os quais se encontram interligados e exercem influência entre eles. Para refletir sobre esta premissa básica, Bronfenbrenner (1996) realiza uma abordagem do sistema, considerando-o como microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema, os quais se encontram interligados e exercem influência entre si.

Conceitua o microssistema como padrão de atividades, papéis e relações interpessoais num dado ambiente com características físicas e materiais específicos. O ambiente para ele, é o local onde as pessoas interagem, exercem atividades e acontecem as relações interpessoais, se desenvolvem e ao mesmo tempo são partes construtoras deste microssistema, o que o autor chama de bidirecional caracterizado por reciprocidade.

É neste contexto que as pessoas podem interagir facilmente face a face, permeando situações em que influencia e é influenciado, surgindo os elementos construtores deste microssistema.

Para compreender e explicar o sistema de saúde, no presente trabalho, considera-se como **microssistema** cada uma das Instituições/organizações/serviços de Saúde com as suas diversificadas modalidades de atendimento oferecidas aos usuários do SUS. Entretanto, é necessário considerar que ao olhar estas Instituições/organizações/serviços é facilmente perceptível, que cada uma é constituída por seus próprios microssistemas, formando sistemas dentro de sistemas e assim sendo, o sistema de saúde do município, formam um todo depende sob que ótica o mesmo é analisado, podendo ora ser considerado como micro, meso, exo ou até mesmo macrossistema..

Conforme Bronfenbrenner (1996) o **mesossistema** engloba dois ou mais ambientes que atuam em conjunto para alcançar os objetivos propostos pelo sistema. Estes ambientes representam as ações e serviços de saúde oferecidos aos usuários do SUS no Município do Rio Grande através das diferentes modalidades de atendimento que as Instituições/organizações/serviços de Saúde, públicas ou privadas observando os seus princípios e filosofia, buscam desempenhar as suas ações num sistema hierarquizado, regionalizado e ao levar em consideração a complexidade das necessidades dos usuários.

O conjunto das Instituições de saúde e suas inter-relações, para Bronfenbrenner constitui o mesossistema. Ao buscar conhecer as diferentes modalidades de atendimento e como se dão as relações e inter-relações das instituições que oferecem os Serviços e Ações aos usuários do SUS, é possível compreender o sistema de Saúde como um todo.

Para Bronfenbrenner as relações que se estabelecem entre os microssistemas podem ser de diferentes maneiras: participação multiambiente, ligação indireta, comunicação interambiente e conhecimento interambiente.

As relações de participação **multiambiente** acontecem entre dois ou mais ambientes, quando a mesma pessoa participa ativamente de atividades nestes ambientes. As relações denominadas de **ligação indireta** são aquelas em que não existe participação ativa da pessoa entre os ambientes que integram o sistema.

A **comunicação interambiente** compreende as mensagens que são transmitidas de um ambiente para outro com a intenção de dar informações

específicas para outro ambiente. Essa comunicação pode ser realizada através de diversos meios de comunicação: escrita, falada, televisionada, informatizada dando informações sobre dados, situação, tratamento, encaminhamento do cliente que esteve sob os cuidados de saúde no ambiente que está encaminhando para o outro com a finalidade de dar continuidade ao cuidado. Por último temos, conforme Bronfenbrenner (1996) o **conhecimento interambiente** que é a informação ou experiência que o membro de um ambiente possui a respeito do outro ou outros ambientes que integram o mesossistema.

Utiliza-se esta terminologia, no presente trabalho, como alicerce para explicar as relações entre as instituições/organizações/serviços de saúde integrantes do SUS do município Rio Grande.

Seguindo nesta perspectiva, ao estudar os microssistemas e o mesossistema que integram o Sistema Único de Saúde do Rio Grande é possível perceber as formas de relações que acontecem entre as instituições que oferecem os serviços. Além disso, podem ser evidenciadas as suas relações com os usuários e gestores, bem como as referências e as trocas dessa interdependência.

O **exossistema** compreende um ou mais ambientes que não envolvem diretamente as pessoas como participantes ativos, mas no qual ocorrem eventos que afetam ou são afetados, por aquilo que acontece naquele ambiente (BRONFENBRENNER, 1996). Neste sentido apontam-se as intercorrências, influências e interferências ambientais, sócio-econômicas, culturais, entre outras que acontecem na sociedade e que interferem no Sistema de Saúde, ainda que de forma indireta.

Quanto ao **macrossistema**, neste trabalho, foi considerado o Município do Rio Grande em toda sua abrangência, com suas macro e micro diferenças globais e regionais e as divergências sociais, econômicas, culturais e ambientais, influenciando no sistema como um todo.

Atualmente com um sistema de saúde em que se apresentam inúmeros e divergentes dilemas relacionados à equidade, igualdade, universalidade e justiça distributiva, implica na necessidade de refletir e procurar soluções, estratégias, em relação aos problemas de saúde cada vez mais complexos de uma sociedade diversificada

Portanto, a teoria sistêmica na perspectiva de Bronfenbrenner representa um caminho para a análise e para a síntese de um ambiente complexo e dinâmico,

como é a saúde, considerando as partes que o integram e seus inter-relacionamentos. Dessa forma é possível perceber que o cenário do SUS depende de inúmeros fatores para produzir um produto mais qualificado. A descentralização pode ser apontada como uma questão de partilha econômica desigual para os municípios, exigindo estratégias por parte dos mesmos para enfrentar as dificuldades e poder garantir o acesso aos serviços de saúde por parte da população.

A responsabilidade repassada aos municípios, em relação à cobertura das necessidades de saúde da população, muitas vezes, não encontra o respaldo financeiro correspondente por parte do governo federal e estadual, co-responsáveis pela efetivação da questão de saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado em prover os meios e estratégias necessárias para atender a esse direito do cidadão.

Todas as concepções dos diferentes autores servem para salientar a importância da visão sistêmica e assim auxiliar no esclarecimento do envolvimento e a influência de todos os seres em todos os processos que são realizados. Olhar e compreender o mundo, suas inter-relações e as mudanças que ocorrem com velocidade constante e acelerada significa que tudo influencia no todo, e o todo é influenciado por tudo.

3.2 - A SAÚDE: SEU CONCEITO

A preocupação com a **saúde** se expressa através de diversificadas formas e abordagens, e pode ser acompanhada durante a história do desenvolvimento humano e dos grupos sociais. O ser humano nasce e vive em algum tipo de comunidade, nela se desenvolve, influencia e é influenciado pela forma de pensar e agir desse grupo, portanto é difícil pensar que viva de forma isolada. É na comunidade, através do seu processo de viver, que enfrenta as questões relativas à saúde e doença.

Conceituar **saúde** tem sido preocupação de inúmeros autores ao longo da história. As abordagens e os pontos de vista diferentes têm mudado nas diversas etapas do desenvolvimento humano. Por ser um tema complexo, envolvendo um

extenso número de fatores que influenciam na sua efetivação e variando conforme os diferentes olhares aborda-se a temática conforme a percepção de alguns autores.

Para compreender a complexidade que envolve a saúde é preciso analisar a multiplicidade de fatores e processos que influenciam de forma direta e indireta na sua concretização, e aceitar as modificações que ocorrem na medida em que surgem novas concepções e discussões a seu respeito. Esse processo é dinâmico e se efetiva em cenários diversificados.

As inúmeras conceituações dadas à saúde através da história, iniciou com os povos primitivos que atribuíam uma idéia mágica à doença como causa da ausência de saúde.

Entre os índios, o doente era considerado vítima de demônios e espíritos malignos, cabendo ao xamã¹⁴ convocar os espíritos capazes de erradicar o mal, e reintegrá-lo ao universo do qual é parte (SCILIAR, 1987).

Assim durante todos os períodos da história tem se tentado conceituar a saúde. Em 1947 a Organização Mundial da Saúde a conceituou como “o estado de mais completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”.

Para Sciliar (1987) este conceito deu lugar a muitas críticas e posicionamentos, por parte de diferentes autores ao que se entenderia por completo bem estar físico. As críticas quanto a este conceito acentuadamente se referem ao seu caráter estático, e a idéia utópica de bem-estar, o que foi considerado amplo demais e pouco concreto, levando as discussões que se concentraram em outros componentes, como os fatores sociais.

De uma forma geral, o conceito de saúde está associado à ausência de doença, existindo harmonia e equilíbrio das funções fisiológicas do indivíduo, que são regulados por normas. Se uma das normas é alterada aquelas funções também são alteradas, então curar é fazer voltar à norma que tinha se afastado (CANGUILLEN, 1982).

¹⁴ Xamã também chamado de feiticeiro competia curar ao doente através de rituais que somente competiam a ele. Para isto ele passa por um treinamento longo e rigoroso, com prolongada abstinência sexual e alimentar, aprendendo neste período as canções xamanísticas e uso de plantas alucinógenas que ajudam a chamar os espíritos capazes de combater a doença (POLIGNANO, 2005).

Para este autor existem dois sentidos da palavra saúde: um considera o bem orgânico, o outro define saúde como a reação de um organismo individual em relação a doenças passivas, “o homem se sente em boa saúde – que é precisamente, a saúde - quando se sente mais do que normal; isto é, não apenas adaptado ao meio e as suas exigências, mas também normativo capaz de seguir novas normas de vida” (CANGUILLEN, 1982, p.161).

Este conceito vê a saúde além das funções fisiológicas do ser humano, e estende o olhar para o meio social, cultural, econômico e ambiental em que o indivíduo está inserido, e é assim que as normas se apresentam de formas diferentes influenciadas por estes fatores.

A saúde para Pimentel (2003, p. 02) “é o ponto de encontro da economia e o social, do individual e do comunitário, do público e do privado, da eficiência e da equidade, do conhecimento e da ação, da tecnologia e da cultura”.

Para o mesmo autor, existe uma relação simbiótica entre a saúde e a economia, em que ambas se retroalimentam positivamente, sendo que um maior grau de desenvolvimento econômico terá influências positivas em maior nível de saúde e vice-versa.

No Brasil o tema saúde é abordado na Constituição Federal de 1988 em seu Artigo 196 nos seguintes termos:

[...] **a saúde** é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação.

Observa-se que a saúde, a partir dessa definição, se apresenta como um direito de cidadania, incumbindo ao Estado, representado pelos governos Federal Estadual e Municipal, viabilizar o exercício desse direito, oferecendo os serviços e ações de saúde necessárias para atender a demanda da população e viabilizar o acesso aos mesmos.

Torna-se importante destacar o conceito ampliado de saúde, definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde como:

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

Este conceito ampliado de saúde é o resultado de um processo de discussão teórica e política, portador das dificuldades que enfrentou historicamente, e que incita a transformar a concepção de saúde, dos serviços e ações oferecidos à população e da própria sociedade. Portanto, se expressa como um retrato das condições de vida, tornando-se necessário incorporar novas dimensões e conquistas até então desvinculadas.

Os demais artigos relacionados à saúde tratam de assuntos diversos, porém igualmente importantes, em que se destaca o “Art.6º. São direitos sociais a educação, **a saúde**, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Assim começa a se delinear um novo paradigma, com a idéia de que a saúde é produzida socialmente, no coletivo, considerando um conjunto de valores como solidariedade, equidade, democracia, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social. A partir desta amplitude conceitual é necessário lançar um olhar para as dimensões sociais, culturais, econômicas, políticas, nas quais os indivíduos encontram-se inseridos (BUSS, 2000).

Os grandes avanços tecnológicos têm ajudado na melhoria dos tratamentos das diferentes patologias que, apoiados em avançados métodos de diagnóstico, permitem que muitas delas tenham sido combatidas de forma eficiente, e em alguns casos foram erradicadas, porém ao mesmo tempo temos o surgimento de outras que aumentam preocupações e necessitam de estratégias para enfrentá-las.

A saúde tem seus próprios ritmos que se modificam através do tempo, constituindo a sua historia. Cada sociedade possui uma forma de pensar, sentir e vivê-la com base nas suas crenças, valores e sua cultura. Portanto, em cada momento histórico a saúde apresenta múltiplas e variadas influências sendo vividas e desenvolvidas através de ações específicas em cada sociedade, cada grupo, em busca de mantê-la em equilíbrio beneficiando os seus membros e modificando-se com base no conhecimento adquirido com as experiências vividas.

Assim sendo, Martín (1984) refere que para melhorar a saúde é necessário elevar o nível de vida global da população, evitando com isso o surgimento de problemas a serem enfrentados nos serviços de saúde. Entre estes problemas o autor faz referência especial a elevação de custos e como consequência a

incapacidade de atendimento da demanda das crescentes necessidades da população dos serviços de saúde levando-os a tornar-se ineficiente.

Essa forma de pensar a saúde remete à promoção e prevenção, que sempre é a forma mais indicada e custa menos do que resolver os agravos. Estes além de interferir na qualidade de vida, reduzem a participação do ser humano no desenvolvimento, enfraquecem a sua auto-estima e obrigam a comunidade a investir cada vez mais na recuperação da saúde, trazendo dificuldades para solucionar os problemas que se apresentam.

Os serviços de saúde atuais refletem a sua crise, através da insatisfação da população por serem altamente medicalizado, imposto, burocratizado, dispendioso e desigualmente distribuídos tornando-o ineficazes (MARTIN,1984).

Passadas mais de três décadas em que o autor se refere às dificuldades que o sistema de saúde encontrava, percebe-se que, atualmente, os mesmos problemas permanecem presentes.

A partir do SUS o cidadão teve a garantia em termos legais ao acesso dos serviços e ações de saúde de forma universal, igualitária e integral, mas os caminhos percorridos, até agora, tem demonstrado as grandes dificuldades que se teve, e continua encontrado para sua implantação (CARNEIRO, SILVEIRA, 2003).

O sistema de saúde atual se caracteriza por ser uma ambiciosa e abrangente política pública de saúde em estruturação, acompanhado de inúmeros problemas, exigindo um olhar voltado para a saúde como uma necessidade social (ELIAS, 2004).

Elevar o nível de saúde pode ser considerado não apenas uma necessidade inerente à natureza do ser humano uma vez que a saúde deveria ser o seu estado natural. Em grande parte o nível de saúde poderá ser elevado trabalhando, educando, conscientizando o ser humano que ele é um todo indivisível e que necessita do cuidado de si para manter-se saudável.

Hipócrates, considerado o “pai da medicina”, em relação à saúde, já afirmava que: “o poder interior de cura é a maior força de que dispomos para chegar à saúde”. Essa força refere-se à necessidade humana básica de sentir-se satisfeito, realizado, bem-quisto, sentir-se útil, importante. A ausência dessa necessidade leva ao desequilíbrio, não apenas emocional, mas leva consigo a fisiológica, a social e a espiritual porque o ser humano é um todo integrado que precisa sentir-se saudável

para progredir e sentir-se valorizado, mas para isso acontecer cada um necessita do auto-conhecimento (CAPRA, 1982)

Segundo Capra (1982, p. 292):

[...] a evolução humana progride, através de uma interação dos mundos interno e externo, dos indivíduos e das sociedades da natureza e da cultura. Todos esses domínios são sistemas vivos em interação, apresentando modelos semelhantes de auto-organização.

Olhando para a saúde como um sistema que se inter-relaciona com os aspectos biológico, social, psicológico, econômico e espiritual pode-se perceber que ela é profundamente ecológica e se harmoniza com as idéias hipocráticas. A idéia sistêmica da saúde conduz a encarar a saúde como um processo contínuo que se constrói em conjunto com a coletividade ao longo de toda vida, constituindo um fenômeno multidimensional.

Essa forma de analisar a saúde leva a conceituá-la como o equilíbrio dinâmico, reconhecendo que as forças curativas são inerentes a todo organismo vivo, que busca voltar ao seu estado de equilíbrio ao encontrar-se perturbado, ou seja, quando falta a integração entre as diversas dimensões (CAPRA, 1982)

Essa prática ainda não encontra uma ressonância com o atual sistema de saúde, que em grande parte continua centrado na doença, na medicalização, na fragmentação dos problemas que cada ser humano busca solucionar porque se considera doente.

Os serviços de saúde, ainda, em grande parte, com essa visão mecanicista, centrado na doença, se encontram ligados ao processo social de produção e de consumo em determinada sociedade. E, assim sendo, quando as necessidades sentidas pela população em relação a sua saúde são superiores ao que se dispõe, impõe-se a sua ineficiência. Entretanto, a realidade social admite que todo ser humano tem direito à saúde, e ao mesmo tempo, depara-se em diferenças sociais que refletem o antagonismo do discurso de saúde igualitária.

Portanto, é necessário considerar a forte influência que o desenvolvimento econômico exerce na saúde, que não necessariamente pressupõe desenvolvimento social, e sim está fundamentado no lucro sem medir consequências, levando às vezes a degradação da natureza, poluição do ambiente, entre outros, impondo um consumo progressivo e por vezes desnecessário, o que chamamos de sociedade de consumo.

A sociedade de consumo ganhou maior ênfase com o surgimento do capitalismo que instituiu uma série de mudanças em nível mundial, que influenciaram e influenciam a economia, cultura, política, sociedade, e conseqüentemente os serviços de saúde, implicando em dissonância com as necessidades sociais do ser humano.

Sabe-se que as atividades do sistema de saúde estão ligadas ao sistema econômico produtivista das sociedades atuais, com ênfase na medicalização e o desenvolvimento tecnológico de última geração, não estão preocupadas, em princípio, com a promoção e prevenção.. Este modelo não possui a capacidade necessária para atender as necessidades do grande número da população e se manifesta como eletista, excludente e reduz a qualidade de vida.

Para Siqueira (1998, p.36):

Ao indivíduo, mergulhado no mundo capitalista, não é permitido, pela imposição selvagem da produção, pensar que o antagonismo polar da saúde-doença, poderá sofrer inversão, instalando-se de forma lenta ou súbita, deteriorando o bem-estar, causando a desarmonia e o desconforto. Como não pensa, nesta possibilidade, tem a impressão de que jamais adoecerá e luta, ferozmente, na maioria das vezes, e com todas as armas, menos com as da prevenção, enfrentando, o mundo hostil. “estressante” e violento que deixa, dia-após-dia, as suas marcas que podem, aos poucos, debilitar o indivíduo, causando-lhe desconforto e falta de um desenvolvimento harmonioso.

Essas mudanças ao reduzirem a qualidade de vida, trazem desequilíbrio e provocam agravos à saúde que necessita maior volume de gastos para a recuperação. A maior preocupação com a saúde deveria ser com a sua proteção e promoção, beneficiando e estendendo-se a maioria da população.

Segundo Rosen (1994) proteger e promover a saúde da população é uma das funções mais importantes do Estado moderno, e representa a consubstanciação de uma série de considerações políticas, econômicas, sociais e éticas. Para ter um entendimento significativo da situação presente da saúde torna-se necessário olhar para o passado e para o futuro de forma consciente e reconhecer a sua importância.

Para Bronfenbrenner (1996) as pessoas interagem e se desenvolvem com o ambiente, e o reconhecimento desta relação proporciona uma conscientização em que a estrutura dos ambientes numa sociedade pode ser alterada e produzir mudanças correspondentes no comportamento e desenvolvimento.

Olhando nesta perspectiva percebe-se o ser humano convivendo de forma permanente com o meio ambiente, e através deste contato pode participar e desenvolver o convívio social, permeando uma troca constante e, assim, conscientizando-se para resgatar e instaurar o equilíbrio entre ambos.

A **educação em saúde** exerce um papel importante na conscientização para o resgate do equilíbrio entre o meio ambiente e o convívio social porque o descuido ecológico traz o aumento dos riscos de doenças, ao alterar o ecossistema, e como consequência pode provocar mudanças comportamentais na sociedade, que se refletem e influenciam, diretamente, no sistema de saúde.

Na opinião de Rosen (1994) o êxito de qualquer programa de saúde está vinculado a sua aproximação com a comunidade, e do entendimento que ela tem a respeito deste programa e como poderá inserir-se para produzir resultados mais efetivos. A compreensão da comunidade nos programas de saúde é relevante, porque é através de seu entendimento que se torna viável uma efetivação e abrangência para obter resultados positivos.

O preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde afirma que uma opinião informada e a colaboração do público são de importância extrema para a melhoria da saúde do povo (ROSEN, 1994).

A **participação da população**, consciente de seus problemas e da sua importância no contexto, busca um serviço igualitário, sob a ótica de uma concepção global, como um direito assegurado e como um dever a ser cumprido pela União/Estado/Município.

Para tentar compreender o problema precisamos da participação da população de forma efetiva com a finalidade de identificar as reais necessidades de cada comunidade, e assim poder obter uma melhor resolutividade. Desta forma torna-se iminente não deixar exclusivamente o poder das decisões sob responsabilidade de um setor da sociedade, e sim chegar a elas através da participação popular.

Pensar erroneamente que a solução destes problemas, está exclusivamente alicerçada em aumento dos recursos econômicos, conduz a um resultado ineficaz, torna-se necessário (re) ver os problemas sociais da população e sua integração com o meio ambiente, para poder manter um equilíbrio biológico, e partindo desta situação criar estratégias que possam conduzir a uma melhoria do sistema de saúde (MARTÍN, 1984).

Segundo Bronfenbrenner (1996) o desenvolvimento humano está ligado ao meio ambiente, portanto sua integração com ele é fundamental; é concebido como uma extensão muito além da situação imediata afetando diretamente as pessoas.

Reitera-se que é possível entender que a saúde como um fenômeno multidimensional que engloba aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais de forma interdependente. Sob o ponto de vista sistêmico a saúde, o sentir-se saudável ocorre quando essas dimensões se encontram equilibradas e integradas (CAPRA, 1982).

Para Capra (1982, p. 317): Ser saudável significa, portanto, estar em sincronia consigo mesmo – física e mentalmente – e também com o mundo circundante.

A participação de cada indivíduo, exercendo seus direitos e deveres de cidadão pode colaborar na obtenção da melhoria da saúde individual e coletiva. Aceitar a participação de cada indivíduo na solução dos problemas de saúde implica acolher cada um com as potencialidades que possui e assim, motivá-lo a colaborar consigo mesmo e com a comunidade, construindo benefícios de saúde a todos.

Esta participação de cada indivíduo engloba a premissa de perceber a educação em saúde como elemento essencial, pois ela é o instrumento fundamental para conscientizar a cada um a respeito da sua responsabilidade no que tange a seus direitos e deveres na elevação das condições de saúde tanto individual como da comunidade.

Desenvolver a responsabilidade individual e a conscientização da participação de cada cidadão é indispensável para refletir sobre o atual sistema de saúde, e desta forma compreender a necessidade de (re)orientar as políticas de saúde para encontrar novas estratégias de ação. Esta participação abrange todos os setores que atuam no desenvolvimento social entrelaçados em um trabalho interdisciplinar.

Para Siqueira (1998, p. 46), quanto à finalidade de conscientização é preciso:

Com a finalidade de transformar o meio em que se vive, é preciso desenvolver uma consciência crítica, porque é, somente, através desta, que o homem consegue refletir, propor e agir em benefício próprio e da coletividade. Esse comportamento crítico, profissional que o homem assume, é capaz de constante mudança.

Os problemas que interferem na situação de saúde variam para cada população, e dependem de fatores nacionais, regionais e locais. Portanto, a efetivação de soluções está intrinsecamente ligada a cada comunidade, dependendo

do seu nível de vida, seus costumes, suas crenças, atitudes, comportamentos e com os recursos, os serviços de saúde e o acesso que a comunidade tem a esses serviços. Como são facilmente entendidos, estes fatores devem ser considerados em relação a toda a população e não somente tomar por base os dados epidemiológicos, que por vezes se apresentam de forma incompleta o que poderia oferecer informações duvidosas e não representativas. O fator de muita significação para a melhoria da saúde de qualquer comunidade reside, especialmente, no nível de conscientização e de responsabilidade com o qual cada membro integrante participa na solução dos problemas que se apresentam. Essa politização é capaz de mudanças e melhorias em âmbito individual e coletivo.

Na compreensão de Martín (1984) é relevante a participação da população na planificação e descentralização da saúde, para que o processo se inicie na base, ou seja, em nível de comunidade, e assim desenvolver interesse e responsabilidade pela saúde individual e coletiva, para que desta forma a educação em saúde possa tornar-se uma realidade.

O processo de transformação do próprio homem, a sua maneira de pensar e agir e a mudança do meio em que se encontra pode ocorrer:

À medida que cada indivíduo inicia a transformar as circunstâncias e, como cada um educa o outro e a si mesmo, o processo de mudança torna-se realidade. Esse processo é o resultado da transformação dos homens e daquilo que os rodeia (SIQUEIRA, 1998, p 46).

Fundamentado nestes aspectos a política de prevenção necessita ser amparada socialmente, melhorando o meio ambiente e as condições de vida da população. Desta maneira os serviços de saúde são uma responsabilidade compartilhada por cada indivíduo e por toda a sociedade, representada pela União/Estado/Município.

A saúde para ser mais eficiente necessita possuir uma base política formulada conforme as necessidades da população, para Foucault (1977, p. 37) “a primeira tarefa do médico é política, a luta contra a doença deve começar por uma guerra contra os maus governos: o homem só será total e definitivamente curado se não for primeiramente liberto”.

O mesmo autor destaca que se a medicina fosse politicamente eficaz não seria mais medicamente indispensável, e o médico passaria a ser um conselheiro para os cidadãos, não devendo dar apenas técnicas de cura e sim entender o homem como um ser natural e social.

Esta reflexão nos remete a reafirmar a necessidade de perceber o ser humano de uma forma holística e não desestruturado em partes para desta maneira entender as necessidades que a população carece nos sistemas de saúde atuais e assim, poder alcançar objetivos concretos para todos os cidadãos.

Outra consideração a ser feita em relação à saúde são as **desigualdades sociais** que se encontram em processo contínuo de aumento entre países e regiões e impedem a distribuição de forma igualitária dos serviços de saúde. Esta situação está permeada por uma distribuição desproporcional do poder e dos recursos sócio-econômicos entre as populações gerando exclusão na participação e nos benefícios

Assim para compreender a saúde é necessário analisar os diferentes fatores determinantes da saúde e verificar como se comportam na sua totalidade. Entre estes fatores merecem destaque especial a política econômica, social e ecológica num contexto global e suas repercussões sobre a população.

O epidemiologista César Victora (2006) apresentou à Comissão Nacional a temática sobre Determinantes Sociais da Saúde abordando uma série de dados sobre as diferenças em saúde no Brasil. Destacou a desigualdade na distribuição de renda como determinante que afeta a saúde da população. Pontuou entre outros dados que 24% da população economicamente ativa vivem em estado de pobreza.

Torna-se importante esclarecer e não confundir crescimento econômico com desenvolvimento social. O desenvolvimento social necessita envolver a humanização da população, considerando a cultura, qualidade de vida, direitos e deveres, com integralidade do ser humano com a natureza, e com uma visão democrática e realista, visando as suas reais necessidades e objetivos (MARTÍN, 1984).

Percebe-se o forte indicativo da influência das classes sociais e sua cultura frente a estes fenômenos em que a estratificação das sociedades diante dos problemas enfrentados por cada uma delas produzem relações que estão em permanente modificação gerando determinantes sócio-econômicos que criam situações que interferem em sua saúde.

Vivenciamos um sistema de saúde que não atende as necessidades de sua população, enquanto se reconhece que doença não é somente de origem biológico, então o nível de saúde é inseparável do sistema político-social-econômico de cada país.

3.3 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde no Brasil foi permeada de modificações ao longo de sua história. Diversas tentativas buscaram encontrar fórmulas, estratégias acompanhadas de várias propostas e modelos procurando atender as necessidades da saúde da população.

Na década de 80 inicia-se um movimento de conscientização a respeito da necessidade de mudanças no sistema de saúde. Este movimento foi caracterizado por inúmeros fatores, e acompanhado de uma grave crise econômica-financeira em que se encontrava o país. Entre estes fatores é possível destacar um sistema de saúde desintegralizado, com uma cobertura desigual nas diferentes regiões e, portanto aos usuários, recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento, ausência de definições de competências entre os órgãos que faziam parte do sistema, portanto uma baixa qualidade dos serviços oferecidos à população (JOVCHELOVITCH 1993).

Em 1986 realiza-se em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, caracterizada pela participação de diferentes setores da população, como profissionais da saúde, sindicatos, entre outros, mobilizados pela forte crise em que se encontrava a saúde. Os debates e discussões da 8ª Conferência levaram a traçar as bases das diretrizes para a Reforma Sanitária, caminhando na direção da elaboração de um documento final, em que a saúde por envolver aspectos múltiplos foi definida como:

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

A nova Constituição Federal do Brasil de 1988 modifica a fundamentação política da saúde e estabelece no seu artigo 196:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às **ações e serviços** para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Portanto, como resultado dos embates e das propostas em relação ao setor de saúde, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua definição consta no artigo 4º da Lei Federal 8080:

O conjunto de ações e serviços de saúde prestadas por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde, SUS.

O SUS foi regulamentado através de lei própria: a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, de 19/09/90 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento da SUS, sendo suas ações e serviços regionalizados conforme a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) que estabelece as competências para a esfera municipal, estadual e federal (BRASIL, 2004).

Assim, o SUS surge como uma nova forma de (re)ordenamento e organização dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição, reconhecendo a saúde como um direito, a ser assegurado pelo Estado, a cada cidadão.

Temos uma Constituição anunciando, em seu Artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação.

Pode-se observar que a saúde, agora, se apresenta como um direito de cidadania, competindo ao Estado, representado pelos governos federais, estaduais e municipais, viabilizar o exercício desse direito.

Os demais artigos relacionados à saúde tratam de assuntos diversos, porém igualmente importantes porque indicam as normas a serem seguidas no SUS. Compete também ao estado o detalhamento das suas responsabilidades na definição das regras do sistema de saúde, bem como sua fiscalização, controle e a forma pela qual deverá ser organizado o SUS.

A (re)definição do papel político da saúde como um direito de todos e dever do Estado, apresenta-se como um fato novo, olhando a saúde não como restrita a assistência médica, mas como expressão coletiva das condições objetivas de uma população (JOVCHELOVITCH, 1993).

Ressalta-se que o conceito de saúde emergiu como resultado de um processo de discussão teórica e política, portador das dificuldades que a população enfrentou historicamente, e que incitou a transformar a concepção de saúde, dos serviços oferecidos à população e da própria sociedade. Portanto, ele se expressa como um retrato das condições de vida, tornando-se necessário incorporar novas dimensões e conquistas até então desvinculadas da real necessidade da população.

Além disso, a proposta estrutural do SUS procura integrar todas as instituições, serviços e ações de saúde enquanto descentraliza as decisões, as responsabilidades e, os recursos financeiros em níveis de comando único através dos governos federal, estaduais e municipais, do Ministério de Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Para regular a nova organização do SUS surgem às normas operacionais, abrangendo a definição das formas de transferências de recursos governamentais, definição dos tipos de assistência e definição do modelo de promoção, prevenção, cura e recuperação (LECOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001).

Qualquer ação ou serviço de saúde a ser prestado às pessoas deve seguir rigorosamente as regras determinadas pela LOS, que tem aplicabilidade às unidades públicas e privadas, como hospitais, clínicas, ambulatórios e profissionais liberais de variadas categorias, médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos e auxiliares.

No texto da LOA, percebe-se a necessidade de organização dos serviços e ações do SUS de forma regionalizada e hierarquizada. Assim, para atender as necessidades da saúde da população o Estado deve disponibilizar os recursos para oferecer os serviços e ações de saúde compreendendo desde os mais simples aos mais complexos para recuperar a saúde do indivíduo. Ressaltam-se os diferentes tipos de atenção a serem oferecidos: a primária abrange as UBS, a secundária e terciária incluem os hospitais de pequeno, médio e grande porte, diferenciados desta forma, não pelo tamanho físico, e sim pelo seu potencial de atendimento em relação aos casos mais complexos de agravo à saúde (CARVALHO, SANTOS, 1995).

O SUS tem como meta converter-se em um importante mecanismo de promoção da igualdade no atendimento das necessidades de saúde, oferecendo estes serviços a toda a população, com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pelos cidadãos e que compõem os recursos do governo Federal, Estadual e Municipal. Apresenta como princípios básicos a integralidade,

universalidade, equidade, organização, descentralização, hierarquização e a participação popular na tomada de decisões.

A **universalidade** refere-se ao direito que as pessoas têm ao acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência sem distinção alguma. Como já foi abordado em capítulo anterior, antes do SUS tinham direito ao acesso aos serviços de saúde às pessoas que contribuía com a previdência social e que eram denominados de **beneficiários** ou **segurados**, os demais não tinham direito. Hoje o acesso ficou garantido constitucionalmente a todos e ficando o Estado obrigado a prover os recursos financeiros necessários para a sua cobertura (CARVALHO, 1995).

A **equidade** garante que todo cidadão é igual perante o SUS e para isso deve-se considerar os diferentes grupos sociais e regionais que compõem o Brasil. As crenças, valores, cultura interferem na subjetividade da saúde de cada um, e para que possam ser atendidos conforme suas necessidades é preciso considerar as particularidades individuais para perceber estas diferenças, garantir e efetivar um atendimento a toda à população.

A **integralidade** indica que as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas para prevenção¹⁵, promoção¹⁶ e recuperação¹⁷ com uma visão integral do usuário.

A proposta é prestar atendimento integral à população e para tanto é prioridade que todas as modalidades de serviço de atendimento dos usuários do SUS venham a se apresentar igualmente fortalecidas para poder cumprir seu papel.

Através das ações de promoção se busca eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos, ou seja, o que determina ou condiciona o aparecimento de casos, e a proteção são ações específicas para prevenir riscos e de exposições às doenças.

Portanto a rede de serviços e ações do SUS necessita estar organizada regionalizada e hierarquizada, para que desta forma permita conhecer os problemas de saúde da população de determinada área, e assim favorecer, permear e

¹⁵ Prevenção: são ações específicas para prevenir riscos e exposições às doenças, ou seja, para manter o estado de saúde (BRASIL, 1988).

¹⁶ Promoção: São ações que buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos, ou seja, o que determina ou condiciona o aparecimento de casos (BRASIL, 1988).

¹⁷ Recuperação: são as ações que evitam as mortes das pessoas doentes e as seqüelas; são as ações que já atuam sobre os danos (BRASIL, 1988).

instrumentalizar os processos de planejamento das ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade (CARVALHO, SANTOS, 1995).

A regionalização e a hierarquização da rede pública apresentam-se amparadas no art. 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

A população precisa ter acesso aos serviços de saúde, e que tem como porta de entrada a Unidade Básica de Saúde e estas necessitam ser qualificadas para atender e resolver os principais problemas de demanda, sendo que os que não forem resolvidos na atenção básica deverão ser referenciados para serviços de maior complexidade tecnológica. Percebe-se que não significa distribuir as necessidades da população entre as instituições que atendem a clientela do SUS, mas sim organizá-los com o indispensável suporte técnico, recursos humanos e poder decisório definido.

É necessário ressaltar a proposta de criação de mecanismos para o **controle social**, no qual a população, através de seus representantes, adquire poder para participar da administração do Sistema Único de Saúde. Esta proposta inovadora, democrática e legítima assegura a participação da comunidade através do exercício do controle social ao exercer o direito e a possibilidade de avaliar o desempenho do SUS, e torna-se efetiva mediante a integração em órgãos colegiados decisórios, que são os Conselhos de Saúde Nacionais, Estaduais e Municipais. É através deles que os usuários atuam nas estratégias no controle, na execução e na política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. É a expressão viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado.

Esta participação possibilita o fornecimento de subsídios às autoridades gestoras do sistema de saúde propondo e reivindicando medidas específicas de interesse da coletividade, e participando nas decisões (CARVALHO, SANTOS, 1995).

A NOB-SUS 01/93, **normatiza a descentralização** da gestão do sistema e serviços de saúde com diferentes níveis de responsabilidades para o Governo Federal, Estadual e Municipal, e para este último estabelece a gestão semiplena.

Como parte da estratégia de descentralização das ações e serviços de saúde assim como da gestão financeira, através da transferência direta e automática dos recursos federais (teto financeiro), para assunção pela direção municipal do SUS da totalidade das responsabilidades gerenciais e do reordenamento do modelo assistencial.

A gestão semiplena se reporta a situação administrativa que, ao invés do Governo Federal credenciar os hospitais e clínicas junto ao SUS, é o próprio município que recebe os recursos e se responsabiliza pelo credenciamento das instituições.

A descentralização no sistema de saúde avançou depois da implantação da gestão semiplena, conferindo poder aos gestores municipais.

A NOB-SUS 01/96, foi publicada no Diário Oficial da União, através da Portaria GM/MS, de 06/11/96, na qual permite o estabelecimento do princípio constitucional do comando único em cada nível de governo, descentralizando e propondo as responsabilidades sanitárias de cada gestor como principal operador da rede de serviços de saúde do SUS e permitindo aos usuários perceber os responsáveis pelas políticas públicas que determinam o seu estado de saúde e condições de vida.

A gestão municipal de saúde pode ser contemplada de diversas formas: Plena da Atenção Básica (GPAB) e Plena do Sistema Municipal (GPSM). A gestão estadual também compreende duas modalidades: Avançada do Sistema Estadual (GASM) e Plena do Sistema Estadual (GPSMA)

A Gestão Plena da Atenção Básica incumbe entre outros “a elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual” (BRASIL, 1997).

Entre as responsabilidades para a Gestão Plena do Sistema Municipal destaca-se “Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual” (BRASIL, 1997).

Essa mesma NOB definiu quatro papéis básicos ao Ministério da Saúde: exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional; promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais de modo a conformar o SUS Estadual; fomentar a harmonização, a integração e a

modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS Nacional; e exercer as funções de normalizações e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

A NOB-SUS 01/96 Portaria Nº 1.742/1996/MS instituiu a Gestão Plena Municipal da Saúde com responsabilidade dos municípios pela saúde. O município com Gestão Plena passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades de saúde do cidadão. Enquanto os estados passam a serem meros mediadores e a União normatiza e financia, o município gere e executa as ações e serviços de saúde a sua população.

A municipalização ao tornar-se plena assume a autonomia total de seu município, em relação às ações e serviços de saúde, exercendo as diretrizes e princípios do SUS, com liberdade de estruturar seus serviços, o que prescinde da participação ou intervenção da União ou Estado. Além disso, se responsabiliza por executar as ações e serviços de saúde nos limites de seu território.

A figura a seguir permite visualizar o SUS e sua estrutura na esfera Federal, Estadual e Municipal.

FLUXOGRAMA DA ESTRUTURA DO SUS NO BRASIL

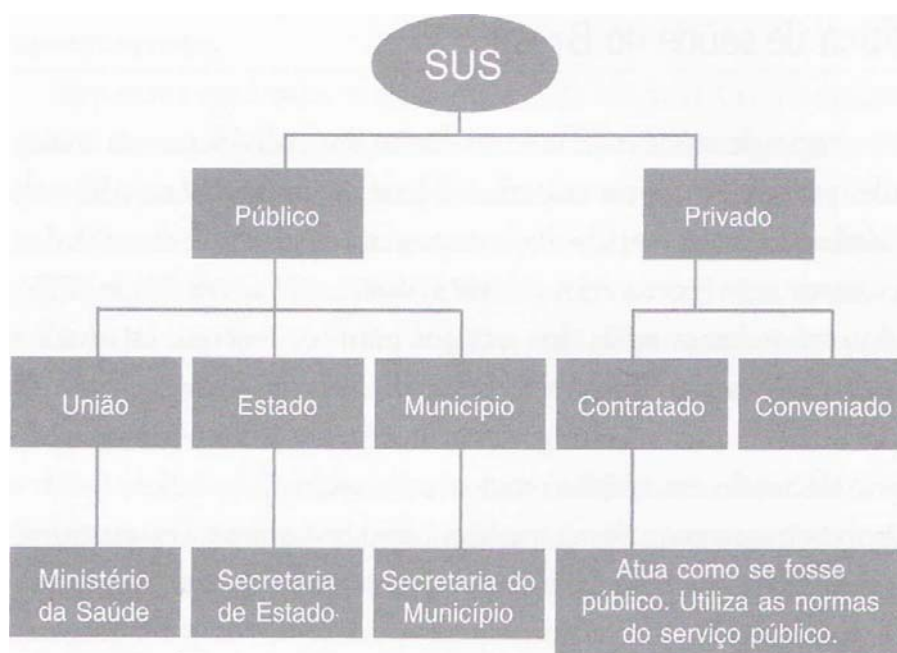


Figura Nº 1 - Pianucci, 2005

Gestão plena pode ser conceituada como o modelo de gestão que atribui ao poder municipal à definição da política de saúde, estabelecimento de diretrizes, normas e padrões de articulação com os níveis estadual e federal.

É necessário ressaltar as responsabilidades das esferas gestoras em atenção básica. O nível **Federal** elabora as diretrizes da política nacional de atenção básica, atua nas finanças, ordena a formação de recursos humanos, propõe mecanismos para a programação, controle, regulação, avaliação da atenção básica e mantém as bases de dados nacionais.

Na esfera **Estadual**, acompanha a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território, regula as relações inter-municipais, coordena a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território, financia e auxilia na execução das estratégias de avaliação das ações de atenção básica.

No âmbito **Municipal**, define e implanta o modelo de atenção básica em seu território, contratualiza o trabalho, mantém a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento, financia as ações, alimenta os sistemas de informação, avalia o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

Cada esfera de governo é autônoma, nos limite do seu território, desde que respeitadas a competência atribuída por lei para realizar os objetivos do SUS, para praticar todos os atos referentes à organização e a execução dos serviços de saúde (CARVALHO, SANTOS, 1995).

É importante ressaltar, que o processo de transformação social e o avanço tecnológico na área de saúde, estão levando as pessoas à longevidade. Doenças desconhecidas e tratamentos muitas vezes longos e de altos custos, obrigam a uma (re)adequação do sistema de saúde para poder garantir este direito à população (GERSCHMAN, 1999).

O acesso à utilização dos serviços e ações de saúde está relacionado a fatores como a necessidade de saúde, gravidade e urgência da doença, as características demográficas, geográficas, sócio-econômicas, culturais e psíquicas.

Na utilização dos serviços e ações de saúde se produz uma interação, entre o usuário, que procura atendimento, e o profissional da equipe multiprofissional, responsável pelo primeiro contato, que o conduz dentro do sistema de saúde a procura da resolutibilidade dos problemas.

Percebe-se, desta forma que acesso é um conceito complexo, variando entre os autores, sendo interpretado e modificado ao longo do tempo, e de acordo com o contexto. Assim pode-se conceituar como um elemento do sistema de saúde, ligado a organização oportunizando ao usuário a entrada ao serviço e à continuidade do tratamento (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

Utilizar os serviços e ações de saúde compreende um contato direto, que acontece nas consultas e hospitalizações, ou indireto na realização de exames preventivos e diagnósticos, o que resulta na interação do usuário com o serviço de saúde.

Percebe-se que o direito à saúde é garantido na Constituição, mas na perspectiva de efetivação para obter usufrutos a esse direito de forma homogênea para toda a população, exige reflexão, questionamento e elaboração de estratégias direcionadas para esse objetivo.

No entanto, vários fatores como financiamento, clientela, alterações no padrão demográfico e epidemiológico, entre outros, se constituíram e se constituem em obstáculos/dificuldades que expressam a sensação de inviabilidade do SUS.

Desta forma percebe-se o SUS como princípio fundamental à consagração da saúde como um direito universal, exigindo uma busca incessante na relação usuário/Estado, considerando também a relação público/privado, surgindo uma nova consciência sanitaria universal, com a participação dos cidadãos, solidamente alicerçado, a procura da efetivação da saúde como um direito (ELIAS, 2004).

Todo esse processo de transformação do sistema de saúde brasileiro ao longo de toda a sua história, com múltiplas mudanças, conduziram e influenciaram a definição das competências do Ministério da Saúde, entre elas:

[...] exercer política nacional de saúde, coordenação e fiscalização do SUS; saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva; inclusive a dos trabalhadores e dos índios; informações de saúde; insumos críticos para a saúde; ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; vigilância de saúde, especialmente drogas, medicamentos e alimentos; pesquisa científica e tecnológica na área de saúde (BRASIL, 2005).

Mesmo decorridos dezoito anos da criação do SUS buscando implantar uma nova filosofia, uma política pública com base nos princípios da integralidade, universalidade e equidade, na prática, o atendimento à clientela se encontra fragmentado e desigual.

A desigualdade acentuada evidencia-se pela concentração de renda, que traz como conseqüências o aumento da pobreza e exclusão social, que juntamente com a carência de qualidade e integralidade dos serviços da saúde interfere para que o SUS possa ser um sistema eficiente, tornando um desafio para garantir os direitos de saúde à população (BRASIL, 2004).

O SUS num país populoso e marcado pela desigualdade social procura avançar na construção de um modelo universal de saúde, ainda que enfrentando a exclusão social.

Perante esta realidade surgem dúvidas, de como efetivar as ações de saúde frente às inúmeras diferenças, e leva a refletir a maneira de como proceder para inverter a situação promovendo a inclusão social.

Para o SUS poder alcançar seus objetivos é necessário abarcar políticas de saúde que contemplem as diferentes dimensões do conceito ampliado de saúde, habitação, trabalho, lazer, entre outros (CARNEIRO JR, SILVEIRA, 2003).

Para obter uma efetivação da saúde conforme preconiza a Constituição, torna-se necessário adotar diferentes tipos de providências, iniciando pelo próprio Estado ao qual compete tornar a saúde um direito de todos os cidadãos, procurando novas modalidades de gestão na relação público/privado, e assim, tornar viável o sistema de saúde (ELIAS, 2004).

Desta maneira o Estado para garantir à cobertura assistencial à população necessita das instituições privadas, sendo que as instituições públicas carecem de recursos suficientes para poder atender a demanda do SUS. Esta parceria é garantida nos artigos 24, 25 e 26 da LOS e artigo 199 da Constituição Federal, o que se chama de participação complementar¹⁸ do setor privado no SUS (CARVALHO, SANTOS, 1995).

A Constituição Federal permite a participação da iniciativa privada no SUS como complemento, de forma lucrativa ou não. Isto significa a compra, por parte do Estado, de serviços privados para complementar o serviço público (MATOS, POMPEU, 2003).

¹⁸ Participação complementar é quando os serviços do SUS são insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Poder Público, poderá recorrer aos serviços privados de saúde, mediante celebração de contrato ou convênio, observadas as normas de direito público (art. 24 e parágrafo único) e o disposto no art.125 da Constituição (CARVALHO, SANTOS, 1995).

Assim, a municipalização dos serviços de saúde é considerado como único meio para uma maior racionalização administrativa, controle financeiro, participação democrática da população na definição dos problemas que a saúde enfrenta.

Estimulando este sistema pretende-se alcançar um tratamento realmente holístico do usuário, alicerçado nos reais problemas de saúde da comunidade, com um serviço eficiente e menos oneroso.

Desta forma é possível perceber a realidade da municipalização de saúde como:

A municipalização se apóia na descentralização, fortalecimento administrativo, participação comunitária e enfoque integrador da administração local. Para a existência de um governo local forte, é necessário de dotação satisfatória de recursos, clara divisão de competências entre os diferentes níveis de governo, eficientes procedimentos administrativos, existência de pessoal profissional (recursos humanos) necessários em nível local, capacidade de gestão, planejamento participativo em nível local e participação popular (JOVCHELOVITCH, 1993, p.30).

Esta participação possibilita o fornecimento de subsídios às autoridades gestoras do sistema de saúde propondo e reivindicando medidas específicas de interesse da coletividade (CARVALHO, SANTOS, 1995).

Vale lembrar que no Rio Grande do Sul, o processo de municipalização, o INAMPS/RS teve papel importante, sendo um dos pioneiros do Brasil em repassar a rede de assistência médica em 1987, dando início ao processo de descentralização (JOVCHELOVITCH, 1993).

Portanto é necessária uma política de saúde que permita superar as causas que colocam o SUS em uma situação de inviabilidade, e neste contexto, inserir o profissional da saúde participando, através da equipe multiprofissional com uma visão geral que contemple a realidade e acompanhe as mudanças do mercado nacional e internacional, junto ao desenvolvimento científico.

Assim ao referir-se a **equipe multiprofissional**, especificamente de saúde no SUS, é necessário destacar a importância da atuação da enfermagem na promoção, prevenção, assistência, educação e gerenciamento em saúde que desenvolve junto aos demais componentes desta equipe, reconhecendo que os conhecimentos técnicos, nas mais diversas áreas de atuação humana, evoluíram, enormemente nas últimas décadas.

Para atender a multiplicidade de necessidades de saúde da população é preciso uma equipe multiprofissional, sendo que nenhum profissional da área da saúde possui por si só o conhecimento suficiente para dar conta às exigências e a satisfação das necessidades humanas, num espectro tão variável e complexo (SIQUEIRA, 2001).

O trabalho em equipe existe há muito tempo, sem poder precisar o momento histórico em que surgiu, tendo sofrido transformações ao longo do tempo. Alguns dos motivos que levaram ao surgimento da equipe foram as necessidades do ser humano de unificar esforços para alcançar objetivos que de forma isolada e individual seriam obtidos de maneira mais trabalhosa, inadequada ou até mesmo não seriam objetivados; assim como também o desenvolvimento e complexidade do mundo moderno.

Desta forma: "o trabalho em equipe, pode ser entendido como uma estratégia, concebida pelo homem, para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador" (PICANASTELLI, FARIA, SILVEIRA 2006 p.45).

Dentro deste contexto percebe-se a necessidade e importância do trabalho de uma equipe multiprofissional na participação dos serviços e ações de saúde.

O constante aumento da demanda e as diversificadas necessidades manifestadas nos serviços e ações de saúde são alavancados pelo desenvolvimento tecnológico e científico. Para corresponder a essas exigências existe a procura de estratégias e mecanismos para poder efetivar o trabalho da equipe com qualidade e eficiência.

Portanto, a equipe multiprofissional é formada por um grupo de pessoas com objetivos comuns, com metas específicas, considerando as competências individuais, a interação e o reconhecimento de interdependência entre seus componentes.

Entendemos que equipe é um conjunto de pessoas com objetivos comuns, atuando no cumprimento de metas específicas. A formação da equipe deve considerar as competências individuais necessárias para o desenvolvimento das atividades e atingimento das metas. O respeito aos princípios da equipe, a interação entre seus membros e especialmente o reconhecimento da interdependência entre seus membros no atingimento dos resultados da equipe, deve favorecer ainda os resultados das outras equipes e da organização como um todo. É isso que torna o trabalho desse grupo um verdadeiro trabalho em equipe (BASSO, p.76 2006).

Desta maneira, compreende-se a necessidade de uma equipe multiprofissional em todos os espaços que se praticam serviços e ações de saúde. Salienta-se, a participação desta equipe dentro do sistema de saúde, e ao mesmo tempo dentro do contexto da teoria de Bronfenbrenner (1996), em que se destaca a influência do ambiente e as inter-relações entre os diferentes sistemas.

Considerar estas inter-relações exige perceber a complexidade da equipe, em que, cada trabalho individual constitui um processo de saberes e instrumentos próprios que se articulam de maneiras diferentes dentro da equipe de saúde em resposta aos objetivos comuns a todos os participantes.

Para Peduzzi (2005) a equipe multiprofissional é integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de forma conjunta, e no qual o trabalho se destaca de maneira coletiva, e se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes, sendo assim produzida a saúde.

O trabalho em equipe permite a divisão de responsabilidades no momento das decisões, sem com isso diminuir seu comprometimento e participação. Desta forma é permeada uma integração entre todos os componentes participantes da equipe multiprofissional, alicerçado no respeito, na ética, visando uma atitude humanística para com o nosso usuário, e que oportuniza o processo de ensino-aprendizagem, entre a própria equipe e também junto a nosso usuário.

Assim, os componentes da equipe necessitam conhecer e respeitar a especificidade, a competência e atuação individual de cada membro, adequados a sua realidade, compartilhando objetivos, decisões, responsabilidades, avaliando constantemente os processos e resultados do trabalho.

O trabalho realizado desta forma permite a divisão de responsabilidade na tomada de decisões, o que significa que várias pessoas, a partir de diferentes pontos de vista emitem sua opinião antes de decidir a respeito das melhores condutas e estratégias a serem utilizadas (LAHAM, 2005).

Baseado nesta perspectiva destaca-se a importância de cada participante da equipe multiprofissional de saúde evocando Siqueira (2001, p.26).

O melhor caminho a ser seguido é o da participação de todos os indivíduos/trabalhadores da organização por serem sujeitos construtores deste processo organizativo, respeitando as suas particularidades proporcionando condições para o desenvolvimento de suas potencialidades, seus valores, seu saber, utilizando-se da reflexão dialógica, da negociação, para encontrar, em conjunto, as melhores estratégias/attitudes [...]

Conforme a mesma autora as modificações poderão surgir através das relações de trabalho, à medida que vão sendo exercidas, e acrescentar novos conhecimentos, em benefício da comunidade com o comprometimento da cada pessoa em relação à outra.

Articular os diferentes aspectos de cada componente da equipe multiprofissional, não é uma tarefa fácil, mas requer um esforço contínuo de todos os componentes para formarem uma equipe alicerçada na integração.

3.4 – MODALIDADES DE ATENDIMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE INTEGRANTES DO SUS

Com a finalidade de auxiliar na compreensão do presente trabalho apresenta-se, a seguir, as instituições/organizações/serviços de saúde que fazem parte integrante do SUS: os hospitais e Atenção Básica de Saúde com suas diferentes modalidades de atendimento que comumente são oferecidas. O **Hospital**, geralmente, oferece a Internação Hospitalar, Assistência Ambulatorial, Hospital Dia, Assistência Domiciliar e a Internação Domiciliar.

A **Atenção Básica de Saúde** oferece, principalmente, atividades de promoção e prevenção da saúde sem excluir, no entanto, as ações em relação ao tratamento terapêutico e a própria reabilitação. Utiliza-se de diversas estratégias/modalidades para cumprir essas funções, entre as quais, destaca-se o Programa de Saúde da Família, os Centros de Atendimento Psisossocial (CAPs), Unidades Básicas de Saúde, como também, os Centros/Unidades de Especialidades destinados ao usuário do SUS.

Torna-se necessário destacar que a literatura ainda traz e destaca o hospital como a principal forma de atenção à saúde à população. É possível justificar a preponderância deste tipo de atendimento em relação às demais modalidades porque continua existindo dificuldade na mudança do modelo biomédico para o da promoção e prevenção de saúde.

3.4.1- Hospital

Instituição destinada a atender portadores de doenças das várias especialidades médicas, e poderá ter sua ação limitada a um grupo etário (hospital infantil), a uma determinada camada social da população (hospital militar, hospital previdenciário) ou a finalidade específica (hospital de ensino) e hospital especializado a pacientes necessitados de assistência de uma determinada especialidade médica (MIRSHAWKA, 1994).

O hospital teve suas origens como uma instituição filantrópica, para auxiliar aos necessitados, e simultaneamente como uma instituição religiosa e espiritual, destacando-se o cuidado espiritual, as orações e os ofícios religiosos.

Mac Eachern apud Mirshawka(1994) o pioneiro da administração hospitalar nos Estados Unidos (USA) definiu o hospital como: “a representação do direito inalienável que o homem tem de gozar saúde e o reconhecimento formal, pela comunidade, da obrigação de prover meios para mantê-lo são ou de restaurar-lhe a saúde perdida”.

Etimologicamente, a palavra vem do baixo latim Hospitale, lugar onde se recebem pessoas que necessitam de cuidados, alojamento, hospedaria.

Do latim Hospitalis, relativo à Hospites ou Hospes, que significa hospedes, convidados, que dá agasalho, que hospeda.

Do étimo latino surgiram os termos aceitos por vários idiomas como hospital, hospedale entre outros. No início da era cristã a terminologia mais usadas eram as seguintes:

- Nosocomium: lugar para tratar doentes, asilo de enfermos;
- Nosodochium: lugar par receber doentes;
- Ptochotrophium: asilo para pobre;
- Poedotrophium: asilo para crianças;
- Xenotrophium ou Xenodochia: asilo e refúgio para viajantes estrangeiros;
- Gynetrophium: hospital para mulheres;
- Gerontokomium: asilo para velhos;

Hospitium: lugar onde os hóspedes eram recebidos, daí o nome de hospício para estabelecimento que recebia enfermos pobres, incuráveis ou insanos (MIRSHAWKA, 1994).

Para Antunes (1991) o hospital moderno configurou um novo tipo de instituição, com características próprias, no qual percebe-se como integrante de uma organização cuja função é prover assistência à saúde à população, exercendo uma função de complementação através das diferentes modalidades de atendimento e atrelado às normas que regem o SUS.

Estas diferentes modalidades de atendimento hospitalar podem ser exercidas através desta organização, tais como: a internação hospitalar, pronto atendimento, pronto socorro, assistência ambulatorial, hospital dia, assistência domiciliar e a internação domiciliar.

No Brasil, além das variações regionais e transformações demográficas, evidenciava-se, uma transição epidemiológica com alterações relevantes no quadro da morbidade. Estes fatos trazem como consequência o aumento de internações hospitalares, acarretando a super lotação das instituições, a diminuição da qualidade no atendimento, aumento dos custos e, muitas vezes o distanciamento dos profissionais, especialmente, do enfermeiro na interação com seus pacientes. Sendo assim, surge a Internação Domiciliar (ID) como uma das opções para reverter esta situação, com o objetivo de humanizar o atendimento aos usuários e familiares, transferindo-os o mais rapidamente possível para os seus domicílios, continuando o seu tratamento com o programa de reabilitação e recuperação. Desta forma é possível, reduzir custos, reintegrar o paciente a seu meio familiar, e possibilitar uma maior aproximação da família com a equipe de saúde, propondo um cuidado em parceria, usuário-família-equipe multiprofissional. Neste cuidado, pretende-se resgatar de acordo com o estado clínico do paciente, sua recuperação, independência funcional, autonomia, procurando mantê-lo como um cidadão ativo, participativo e produtivo. Como consequência, se obtém a redução de custos, de infecção hospitalar, o aumento da qualidade de vida, preservando-o junto da família e do meio ambiente do qual faz parte, evitando também sua institucionalização (MENDES, 2001).

3.4.1.1 - A Internação Hospitalar

É considerada internação hospitalar como a admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período superior a vinte e quatro horas (SANTOS, 1995).

A internação hospitalar acontece na instituição, hospital, que possui planta física, equipamentos, organização, profissionais da saúde e condições adequadas conforme a diversificada área de atendimento para que seu usuário receba o tratamento que necessita. A internação hospitalar é recomendada ao usuário que necessita de atendimento médico diário e um constante cuidado de enfermagem nas 24h do dia.

3.4.1.2 - Assistência Ambulatorial

É uma modalidade de atuação realizada por um ou mais integrantes da equipe de saúde a pacientes em regime de não internação (ANVISA, 2002).

A Unidade de Serviços Ambulatoriais do SUS é o estabelecimento destinado a prestar assistência ambulatorial eletiva ou de urgência por pessoal de saúde, em regime de não internação.

É a unidade destinada a atender a população da área de abrangência, na modalidade de consulta geral ou especializada, com critério de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de forma programada. O acesso ao ambulatório deverá ser facilitado ao público de maneira que não interfira no movimento interno da instituição (SOUZA, 2005).

Além da realização de consultas médicas é também nesta unidade que são desenvolvidos as consultas de enfermagem nas mais diversificadas especialidades. Essa atividade lhe é assegurada Resolução COFEN N°159 Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem Rio de Janeiro, 19 de Abril de 1993.

Também é definida como serviços que prestam assistência a pacientes que não requerem hospitalização ou institucionalização.

É possível classificar as unidades ambulatoriais em 21 categorias, a saber:

Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde, Policlínica, Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral, Ambulatório de Unidade Hospitalar Especializada, Unidade Mista, Pronto-Socorro Geral, Pronto-Socorro Especializado, Unidade Móvel Fluvial/Marítima, Clínica Especializada, Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial, Centro/Núcleo de Reabilitação, Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Unidade Móvel Terrestre para Atendimento Médico Odontológico, Unidade Móvel Terrestre para Emergências e Traumas, Farmácia para Dispensação de Medicamentos, Unidade de Saúde da Família, Centro de Alta Complexidade em Oncologia III, Centro de Alta Complexidade em Ontologia II, Unidade de Vigilância Sanitária, Unidade não-Especificada.

3.4.1.3 - Hospital Dia (HD).

O Ministério da Saúde, através da DST/AIDS, tem desenvolvido formas alternativas de atendimento a estes pacientes. HD é uma forma intermediária de atendimento entre as modalidades hospitalar e ambulatorial dando início à sua implantação na década de 1990, quando por meio de portarias ministeriais regulamentou seu funcionamento.

São beneficiados os pacientes que necessitam de procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados em ambiente hospitalar que apresentam condições clínicas de permanecer no domicílio e se deslocar rotineiramente ao serviço.

As portarias ministeriais: RT/SAS/MS n ° 93, de 31 de maio de 1994 - DO de 3/6/94 dispõe sobre hospital-dia para tratamento de AIDS. PRT/SAS/MS n ° 119, de 12 de julho de 1996 - DO de 15/7/96 altera a forma de cobrança do quantitativo de diárias dos Grupos de Procedimentos no Hospital Dia AIDS e Hospital Dia Psiquiatria.

PRT/GM/MS n ° 2415, de 23 de março de 1998 - DO de 26/3/98 estabelece requisitos para credenciamento de unidades hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia.

PRT/GM/MS n ° 44, de 10 de janeiro de 2001 - DO de 12/1/01 define como regime de hospital dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento

ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram o paciente na unidade por um período máximo de 12 horas; legitimaram esta forma de atendimento, normatizaram os parâmetros de resolutividade e funcionamento, e atribuíram valores diferenciados de pagamento pelo SUS. Estabelecem requisitos para o credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia. Esta modalidade de internação hospitalar é considerada de curta duração, de caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a hospitalização.

O processo de credenciamento consiste em incluir o HD no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS. A partir de então, o Serviço poderá emitir Autorização de Internação Hospitalar (AIH) /Hospital-Dia e receber recursos específicos do SUS.

Estes Serviços foram concebidos com a finalidade de proporcionar formas de atendimento competitivas e/ou substitutivas das formas tradicionais de assistência, em nível ambulatorial e hospitalização convencional, respeitando o propósito de manter ou superar a qualidade destes.

O HD, também está sendo utilizado em outras áreas da saúde, a Portaria nº 2414, de 23 de março de 1998 estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia geriátrico. Portaria Nº 2.415, de 23 de Março de 1998, estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia psiquiátrico. A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até cinco dias da semana (de segunda-feira a sexta-feira), com uma carga horária de oito horas diárias para cada paciente. Recomenda-se que o serviço do hospital-dia seja regionalizado, atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental (BRASIL, 2006).

3.4.1.4 - Assistência Domiciliar e Programa de Internação Domiciliar.

Ao longo da história tem-se utilizado de diferentes estratégias no atendimento aos doentes. A arte de cuidar manifesta-se nas diversas civilizações antigas, destacando-se a cultura Grega ligada às práticas religiosas, na qual surgem os templos de Esculápio, instituições onde se tratavam os doentes, num contexto mágico-sacerdotal, sem a existência de um conhecimento científico, considerando a doença como castigo dos deuses.

Com o surgimento do cristianismo, estes locais de cuidado sofreram transformações mudando a maneira de percepção e de tratamento do doente, ou seja, este começa a ser visto e cuidado sob o olhar da caridade, resgatando, assim, a sua dignidade humana. A doença deixa de ser percebida como um castigo e passa a ser vista encarada como uma forma para conquistar a salvação eterna.

Essa forma de pensar e agir leva as mulheres nobres a converterem suas próprias residências em locais para acolher e cuidar dos doentes, entre elas destaca-se Fabiola, Paula, Marcela.

A partir do século VI dC aparecem as ordens monásticas, constituídas pelos cristãos que optaram em viver em comunidades, formando os mosteiros, os quais alcançam grande expressão na Idade Média. As ordens monásticas em princípio eram dedicadas, exclusivamente, à religião, e aos poucos inseriram nas suas atividades, sem o devido embasamento científico, o cuidado dos enfermos pobres. Assim, constroem-se na segunda metade do século VII, ao lado dos mosteiros e catedrais, locais próprios, chamados de “Hotel de Dieu”, considerados hospitais, para atender os doentes e necessitados. Esses tipos de construção podem ser considerados como o alicerce dos hospitais modernos.

Salienta-se que, inicialmente, essas instituições devido às suas características precárias foram utilizadas como forma de segregação das classes sociais para evitar que as mais abastadas da população, tratados nas suas residências, fossem contaminadas, formando, assim, verdadeiros depósitos, abrigando várias pessoas no mesmo leito, além de oferecer um ambiente insalubre.

Segundo Foucault (1977) a situação de pobreza e penúria em que a grande maioria da população vivia, fez com que estes procurassem esses hospitais para receber algum tipo de alimentação e lenitivo de seus males. O mesmo autor ressalta

a baixa qualidade da medicina, atrelados aos conhecimentos adquiridos através de experiências anteriores de seus professores, mas sem um preparo científico necessário para instituir o hospital como local de cura porque este apenas era um instrumento/meio de segregação das classes sociais menos favorecidas.

Portanto, é fácil entender as dificuldades e os sentimentos de medo que a assistência hospitalar, desta época, despertou na população porque tendo como característica a segregação e o depósito de doentes, estes, na grande maioria, vinham para falecer (SIQUEIRA, 1974).

Foi a partir do século XVIII que ocorrem mudanças a respeito da forma do cuidado, já não, mais visto como a procura da salvação eterna e sim um local para tratamento e recuperação dos doentes baseados no conhecimento científico.

Segundo Foucault (1979), foi necessário anular e transformar os efeitos negativos que o hospital carregava, purificando-o dos efeitos nocivos, e, assim, desmistificando a cultura que este era um lugar de morte. Surge desta maneira, um espaço de cura destinado ao tratamento de doenças.

Foi a partir do século XIX, com o avanço e descobrimento científico de medicamentos e equipamentos que se revolucionou a estrutura e a forma do hospital. O atendimento aos pacientes foi-se modificando, evoluindo e transformando, de maneira constante, adaptando-se aos novos saberes construídos ao longo dos tempos, até chegar aos dias de hoje.

Várias iniciativas tiveram uma experimentação nos diversos países buscando estratégias mais eficientes para atender os usuários.

Nos Estados Unidos em 1887, conforme Fonseca (2005), duas enfermeiras Lillian Walt e Mary Brewster, inovaram o atendimento aos usuários traçando a proposta de atendimento domiciliar, destacando as vantagens que teriam com este tipo de atendimento. A partir deste contexto surgem as Enfermeiras Domiciliares, que lentamente se agrupam, se organizam, formando instituições que objetivam implantar este tipo de assistência com uma impactante redução dos custos. Esta modalidade de atendimento, com a expressiva motivação econômica, nela embutida, levou à repetição de tal fenômeno em diversos países do mundo.

Desde finais do século XIX destacam-se relatos em várias partes do mundo à respeito dos serviços de tratamento domiciliar, surgindo os mesmos sob diferentes formas e denominações (CUNHA, 2005).

Assim, emergiram ao longo dos anos uma diversidade de modalidades de assistência domiciliar, alguns limitando-se a prestar assistência social; outros acrescentaram cuidados de enfermagem enquanto outros adicionaram a assistência médica (SIQUEIRA,1974).

Segundo Lopes (2003) assistência domiciliar é todo e qualquer atendimento a domicílio realizados por profissionais que fazem parte da equipe de saúde. Existe uma grande variedade de denominações referentes a essa modalidade de atendimento: atendimento domiciliar, acompanhamento domiciliar, vigilância domiciliar, visita domiciliar e inclusive a internação domiciliar.

A assistência domiciliar pode ser definida como a assistência/cuidado dispensada ao paciente de forma periódica pelo serviço médico e de enfermagem no domicílio do cliente (SIQUEIRA, 1974).

No Brasil durante o governo de Carlos Chagas enfermeiras americanas chegam à convite do governo, com o objetivo principal de preparar profissionais enfermeiras para atuarem no combate as epidemias. Em 1920 foi criado o primeiro curso de formação de profissionais enfermeiras, que depois foi transformado na Escola de Enfermagem Ana Néri. Todas as formandas foram contratadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública para atuarem nos domicílios, orientando as famílias (DIOGO, DUARTE, 2000).

Ainda para as mesmas autoras, em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESPE), alicerçado no atendimento domiciliar como estratégia para atingir as famílias da comunidade.

A assistência/atendimento domiciliar vem sendo descrita na literatura há muito tempo, apesar de não ser muito difundida e praticada no Brasil.

Em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) com a filosofia voltada para o atendimento do usuário no seu domicílio. Os principais responsáveis pela idealização deste serviço foram os sindicatos, que, insatisfeitos com o atendimento dos serviços de urgência, vigentes no momento, conseguiram a sua implantação. Estes serviços atendiam exclusivamente ao cliente que fosse cadastrado na previdência social, excluindo, portanto grande parte da população. O atendimento, após contato telefônico, era realizado, por qualquer médico que se encontrasse de plantão Além do motorista o médico era acompanhado por um atendente (MENDES, 2001).

Segundo o mesmo autor, existia resistência por parte do profissional médico em participar nesta modalidade de atendimento, pois não era considerada uma atividade “nobre” da medicina.

Para Cunha (2001), somente nos anos 90, o cuidado domiciliar surge como uma solução para melhoria dos serviços prestados por um sistema de saúde pública ineficiente e por um sistema privado alternativo, com a progressiva diminuição de seus lucros ou de suas reservas financeiras.

Essa modalidade de atendimento à domicílio, portanto, pode ser considerada como uma velha/nova modalidade e processar-se em vários níveis à população, com a participação da equipe multiprofissional, articulando e inter-relacionando trabalho e educação com a família.

Atualmente no Sistema Único de Saúde essa modalidade de atendimento ao usuário é da competência das Unidades Básicas de Saúde, mais diretamente ligada ao Programa de Saúde da Família.

Programa de Internação Domiciliar. A internação à domicílio, como modalidade de atendimento ao usuário, foi indicada pela primeira vez pelo eminente E.M. Bluestone em 1924, médico do Hospital Guido Montefiore, de Nova York. Convencido que o enfermo é a pessoa mais importante do hospital, e que este deve lutar para atendê-lo, entendeu que a sua finalidade não estava verdadeiramente cumprida. Preocupado com o cumprimento dessa função do hospital idealizou e lançou a proposta de atender alguns clientes no espaço “extra-muro”, através de equipes de saúde prestando assistência hospitalar à domicílio, aproveitando os leitos dos próprios clientes em suas casas, fazendo destas uma extensão do atendimento realizado no hospital. Nasceu assim, o que pode ser denominado a primeira unidade de internação à domicílio (SIQUEIRA, 1974 MENDES, 2001).

Na Europa, a primeira experiência formal deste atendimento, aconteceu no Hospital Tenon de Paris em 1951 com o nome de “hopitalisation à domicile”. Posteriormente, em 1957, se criou nesta mesma cidade o “Santé Service”, organização não governamental sem pretensão de lucro, com a mesma finalidade, destinado a atender pacientes crônicos e terminais no seu domicílio (Gómez, 2005).

Em 1959, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu o alto valor da assistência domiciliar e a recomendou aos diversos países. Este serviço possuía uma grande variabilidade na sua execução porque precisava flexibilizar-se e

adaptar-se às condições e especificidades de cada região/local e, além disso, nesta época não existia legislação pertinente que a regulamentasse.

Portanto, este tipo de modalidade, recomendada pela OMS em 1959 e com uma evolução histórica de sucesso em diversos países, buscou fazer frente ao aumento da demanda no atendimento da população.

Segundo Siqueira (1974, p. 79), em relação a este tipo de serviços:

Vários serviços deste tipo foram organizados, mas com alcance consideravelmente variável: alguns se limitavam a prestar assistência social; outros acrescentavam cuidados de enfermagem e ainda terceiros adicionavam assistência médica. Percebe-se, assim que a internação domiciliar é uma solução racional, em caso de tratamento simples que não exige assistência médica diária e nem cuidados permanentes de enfermagem.

Algumas Instituições de saúde implantaram essa modalidade de internação domiciliar na expectativa estratégica de encontrar soluções para melhorar a qualidade do atendimento aos seus usuários. Entre essas destaca-se a experiência, em 1967 do Hospital Público Estadual de São Paulo, pertencente ao Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), que criou e implantou sua modalidade de internação domiciliar em funcionamento até os dias atuais (SIQUEIRA, 1974, ALBUQUERQUE, 2001).

Os resultados positivos desta modalidade de atendimento despertaram curiosidade entre outras instituições que lentamente iniciaram a sua implantação, como no município de Santos SP, Marília, SP. e Londrina, PR, entre outros.

No início, este tipo de assistência, era indicado aos pacientes crônicos que não possuíam condições financeiras para pagar pelo tratamento. Era da responsabilidade da instituição hospitalar as despesas com medicação, equipamentos necessários e todo material para prestar o cuidado, como também, o transporte em caso de retorno, assim como, uma retaguarda para acolhimento em caso de regressar novamente para a instituição (SIQUEIRA, 1974).

Com a promulgação da nova constituição, em 1988, e a institucionalização do SUS, se normatizou uma proposta de assistência à saúde a toda a população brasileira. Nesta proposta surge a saúde ampliada, vinculada aos princípios de integralidade, equidade e universalidade, que está sendo construída no cenário brasileiro, expandindo a assistência pública. Assim, a saúde, através do artigo 196 da Constituição Federal Brasileira é garantida pela legislação como direito a todos os

cidadãos, sendo responsabilidade do estado garantir este direito. Desta forma o aumento da demanda, faz com que se procura novas estratégias para atender ao usuário. Voltou-se para as experiências já bem sucedidas da Internação á Domicilio em algumas instituições e ao mesmo tempo atendendo as recomendações da OMS de 1959, que desde essa época já reconhecia essa modalidade como uma forma positiva de melhorar o atendimento aos usuários.

O Ministério da Saúde através da portaria nº 2416 de 23 de março de 1998 estabelece pela primeira vez os requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação a domicilio no SUS.

Para Siqueira (1974), a internação domiciliar é uma solução racional, para tratamentos que não exigem assistência médica diária e permanente de enfermagem, sendo os clientes visitados e tratados pela equipe de saúde no seu domicílio.

Para Fabrício et all (2004) a Internação domiciliar pode ser conceituada como as atividades assistenciais especializadas, exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do cliente.

O Ministério da Saúde (2006) conceitua a Internação Domiciliar como: “a Internação Domiciliar é composta por um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados, mas que possam ser mantidas em casa por equipe exclusiva para esse fim”.

Para prestar o cuidado ao usuário através da internação domiciliar é necessário incluir a oferta de recursos humanos, materiais, equipamentos e medicamentos conforme as necessidades do cliente a ser atendido.

Com a lei número 10424, de 15 de Abril de 2002, acrescenta o capítulo e artigo à lei 8080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a internação domiciliar no SUS, com base nos seguintes princípios:

Quadro 1 – Princípios regulamentares da Internação Domiciliar.

- O atendimento domiciliar e a internação domiciliar são estabelecidos no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- O atendimento domiciliar e a internação domiciliar incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio;
- O atendimento domiciliar e a internação domiciliar devem ser realizados por equipes multidisciplinares que atuam nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora;
- O atendimento domiciliar e a internação domiciliar só podem ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do cliente e de sua família.

Fonte: Lei 10424, de 15 de Abril de 2002, organizado por Silva, 2006.

A atenção domiciliar foi regulamentada através da Legislação em Vigilância Sanitária Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Ela dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, Publicado no Diário Oficial da União do Poder Executivo, de 30 de janeiro de 2006 (anexo A), ficando desta forma determinado um regulamento para estes serviços. A partir desta resolução todas as instituições públicas ou privadas que realizam este tipo de atendimento deverão adotar os padrões de funcionamento determinados através desta resolução, conforme segue:

O regulamento técnico de funcionamento de serviços de atenção domiciliar foi desenvolvido pela Anvisa, com a colaboração da Agência Nacional de Saúde Suplementar, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e de associações e empresas que prestam atenção domiciliar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Ministério da Saúde através da portaria nº 2529 de 19 de outubro de 2006 (anexo, B) estabelece requisitos para credenciamento e critérios para realização de internação domiciliar no SUS, revogando a Portaria nº 2416 de 23 de março de 1998.

Ficam, assim, instituídos os requisitos para os estados e municípios interessados em aderir à Política Nacional de Internação Domiciliar, conforme quadro 2 apresentado a seguir:

Quadro 2 - Requisitos para credenciamento de Internação Domiciliar no SUS

Os municípios e estados interessados em aderir à Política Nacional de Internação Domiciliar deverão apresentar um projeto ao Ministério da Saúde. Trata-se de uma política de adesão, portanto, a sua implementação não é obrigatória. O município interessado na implantação do Programa de Internação Domiciliar (PID) deve preencher os seguintes requisitos:

- Estabelecer, de acordo com os Anexos I e II a esta Portaria o roteiro e as condições mínimas para credenciamento dos Serviços de Internação Domiciliar que deverão ser explicitadas na elaboração dos programas locais de internação domiciliar;
- Objetivos do Projeto. Apresentação clara das pretensões da gestão do sistema, traduzidos em impactos esperados dos pontos de vista da defesa da vida, da defesa do SUS e da gestão do Sistema;
- Diagnóstico Situacional Simplificado do Município: Caracterização do município a partir de dados sócio demográficos, da descrição dos serviços de saúde existentes, e do perfil epidemiológico municipal ou regional, com problematização e justificativas para implantação da política;
- Ter SAMU ou outro programa formal de atenção pré-hospitalar de urgência e emergência, no âmbito municipal ou regional implantado;
- Ter unidade hospitalar de referência em município com população acima de 100 mil habitantes;
- Possuir equipe multiprofissional de saúde própria para o funcionamento do PID;
- A equipe multiprofissional de saúde deve possuir vinculação com à unidade hospitalar que servirá de referência em caso de intercorrência;
- Ter assinado o Termo de Compromisso de Gestão (Pacto pela Saúde), nos moldes da Portaria nº 399 de fevereiro de 2006;
- Apresentar sistema formalizado de referência e contra-referência com Unidade Hospitalar;
- Apresentar Projeto de Internação Hospitalar à Domicílio, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- Não serão admitidas superposições de equipes em uma mesma base territorial ou Populacional.

Fonte: Portaria do Ministério da Saúde de 19 de outubro de 2006 e anexos, organizado por Silva, 2006

É importante ressaltar que essa modalidade regulamentada pelo Ministério da Saúde tem previsto um investimento inicial de R\$ 50 mil por equipe, e desta forma permitirá adquirir um veículo para cada uma delas para realizar o atendimento no domicílio do usuário. A partir da implantação do PID o Ministério da Saúde repassará para cada equipe, R\$ 20 mil reais todos os meses para custear os gastos com este serviço. Com este incentivo o governo Federal possui a expectativa de que sejam criadas aproximadamente 100 equipes, com um investimento de R\$ 50

milhões. O governo tem como proposta constituir 500 equipes em todo o Brasil, com um investimento de R\$ 250 milhões e um custeio mensal de R\$ 120 milhões por ano (BRASIL, 2006).

O impacto positivo obtido através das experiências realizadas pelos municípios que implantaram essa modalidade de assistência/cuidado impõe a necessidade de esclarecimentos a respeito dos objetivos do Programa de Internação Domiciliar, conforme segue, para que outros consigam beneficiar um maior número da população, atendendo-a no seu domicílio.

Quadro 3 – Objetivos do Programa de Internação Domiciliar (PID).

- Deshospitar o cliente precocemente;
- Humanizar o atendimento ao usuário/família;
- Realizar os cuidados de saúde no domicílio do cliente através de uma equipe multidisciplinar capacitada para desempenhar as atividades de assistência saúde no domicílio;
- Obter avaliação sócio-econômica-cultural desta família/cuidador mais precisa com o propósito de elaborar com a família as estratégias do planejamento dos cuidados a serem realizadas;
- Oportunizar o diálogo e a empatia do cliente e da família/cuidadora com a equipe multiprofissional;
- Reduzir o tempo de espera para (re) internações;
- Evitar e ou diminuir a (re)internação de pacientes com doenças crônicas;
- Evitar infecções cruzadas;
- Melhorar o vínculo de usuários do serviço do Programa de Internação Domiciliar com as Unidades Básicas de Saúde de seu bairro, utilizando o sistema de referência e contra-referência com o Programa de Saúde da Família;
- Otimizar leitos das Instituições hospitalares;
- Oferecer um cuidado mais individualizado, atendendo as suas necessidades básicas, dissipando a insegurança inicial do cliente e da família.
- Elaborar estratégias de capacitação através do ensino/educação para o cliente e/ou cuidador, frente as suas novas necessidades;
- Promover, através dos profissionais da equipe multiprofissional., educação em saúde ao cliente e a família/cuidadora;
- Oferecer cuidado/atendimento mais humanizado no lócus (ambiente) em que habitualmente convive com a família, o grupo de amigos e a sociedade, deixando ao aconchego da família, utilizando, entretanto recursos técnicos disponíveis para o seu conforto.
- Proporcionar um cuidado de menor custo, mas eficiente, sem estar sujeito a regulamento e horários rígidos como é o caso da internação hospitalar.

Fonte: Portaria 2529 de 19 de outubro de 2006. Organizado por Silva, 2006,

O município interessado em aderir à Política Nacional de Internação Domiciliar deve obedecer às características básicas conforme segue:

Quadro 4 Características Técnicas do Modelo da Internação à Domicílio

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Quantidade de Serviços de Internação Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Internação Domiciliar do município; • Quadro de Pessoal dos Serviços de Internação Domiciliar, contendo os nomes e registros profissionais dos trabalhadores; • Equipes Matriciais de Suporte, contendo nomes, registros profissionais e unidades de lotação, em caso de compartilhamento com a rede de serviços de saúde; • Protocolo de disponibilização de carga horária e vinculação dos membros das equipes matriciais; • Equipamentos, segundo tipos e quantidades, disponibilizados para as equipes; • Unidades Hospitalares onde os Serviços de Internação Domiciliar estão vinculados; • Unidades de Atenção Básica e de Especialidades e de Diagnóstico Complementar de referência formal dos Serviços de Internação Domiciliar; • Unidades de Urgência e Emergência de referência formal dos Serviços de Internação Domiciliar; • Proposta de relacionamento com a atenção pré-hospitalar (SAMU); • Modelo de Prontuário (preferencialmente deve ser único e referente à unidade de vinculação dos Serviços de Internação Domiciliar). Critérios Técnicos de Inclusão de usuários no programa e mecanismos de garantia de acesso; • Protocolos Assistenciais; • Mecanismos de articulação com a rede de proteção social do município ou do estado; • Modelo de apuração e análise de custos proposto; |
|--|

Fonte: Portaria 2529 de 19 de outubro de 2006, organizado por Silva.

Em relação à oferta da modalidade de Internação Domiciliar, verifica-se que embora, legalmente reconhecida e instituída pelo SUS, encontra-se pouco utilizada pela maioria das instituições de saúde. Entretanto, ela surge como uma modalidade de grande valia para o atendimento do usuário do SUS, trazendo muitos benefícios ao cliente e sua família. Essa modalidade encontra-se alicerçada na realidade em que o usuário vive e por isso permite realizar uma avaliação real de suas necessidades e torna possível vivenciar a experiência de realizar a assistência/cuidado, no seu domicílio, utilizando o próprio leito do cliente.

Conforme a Portaria 2529 de 19 de outubro de 2006 e seus anexos I e II, o Programa de Internação Domiciliar possui como características:

Quadro 5 - Características do Programa de Internação Domiciliar

• Possuir Equipes Multiprofissionais de Internação Domiciliar, compostas, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem; • Programar Equipes Matriciais de Apoio, podendo ser compartilhadas por várias equipes ou serviços de Internação Domiciliar (ID), ou mesmo com a rede de serviços de saúde, composta por outros profissionais de nível superior, levando em consideração o perfil da atenção a ser prestada e os protocolos firmados; • Definir que cada Equipe Multiprofissional de ID esteja referida a uma população mínima de 100.000 (cem mil) habitantes, sendo viável criar outras conforme o número populacional; • Definir como meta a média de 30 (trinta) internações/mês por equipe, com média de permanência de até 30 (trinta) dias; • Definir que os Serviços de ID garantam retaguarda no período da noite e finais de semana para as pessoas sob cuidado das equipes; • Estabelecer como prioridade de eleição para o PID os seguintes grupos populacionais: idoso; portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas; portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente e outras conforme prioridades estabelecidas pelo município; • Definir a exclusão de usuários, dada a complexidade do modelo proposto: com necessidade de ventilação mecânica; com necessidade de monitorização contínua; com necessidade de enfermagem intensiva; com necessidade de propedêutica complementar com demanda potencial de realização de vários procedimentos diagnósticos em sequência com urgência: em uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves, ou de difícil administração; com necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; e que não tenham cuidador contínuo identificado e outros a serem definidos pelos protocolos locais.

Fonte: Portaria 2529 de 19 de outubro de 2006, organizado por Silva, 2006.

Para a obtenção de resultados positivos, com a Internação à Domicílio, faz-se necessário desenvolver um trabalho interdisciplinar que conduz a uma equipe multiprofissional unificada, com uma relação recíproca entre todos os participantes, na qual os conhecimentos específicos são compartilhados com o propósito de enriquecer a todos e, especialmente, buscando resolutividade no coletivo para a saúde do usuário.

Convém ressaltar a participação do profissional enfermeiro nesta modalidade de atendimento em que os desafios enfrentados são muitos: relacionamento interpessoal, dimensão política do trabalho que abrange a necessidade de um profissional crítico e competente, promoção da saúde, reconhecimento social, sendo respeitado sua participação, e mudanças de paradigma, em que, principalmente, o cliente e familiar devem entender como funciona esta modalidade e sua importância (RODRIGUES, VARGAS, 2003).

Com o intuito de salientar as atribuições do enfermeiro no PID, apresenta-se, de forma esquemática, o quadro a seguir:

Quadro 6 - Atribuições do profissional enfermeiro no PID

- Participar do processo de seleção dos clientes;
- Explicar ao cliente/cuidador/família o respectivo funcionamento do PID;
- Avaliar a infra-estrutura do domicílio no início e permanentemente a cada visita, assegurando a aplicabilidade da terapêutica do cuidado;
- Avaliar o contexto familiar e social, identificando o cuidador;
- Explicar ao cuidador/família a sua importância e a necessidade na participação, através de uma linguagem de fácil entendimento;
- Estabelecer diálogo e empatia junto ao cliente/cuidador/família;
- Treinar e supervisionar o cuidador/família;
- Planejar quantitativa e qualitativamente as visitas ao cliente, elaborando o roteiro de suas realizações;
- Promover e participar das avaliações diárias de acompanhamento;
- Realizar de enfermagem com o intuito de elaborar diagnóstico de enfermagem e prescrever os cuidados de enfermagem ao cliente;
- Elaborar diariamente plano de cuidados com base no diagnóstico de enfermagem;
- Registrar e evoluir os procedimentos de enfermagem. Elaborar relatórios diários;
- Liderar a equipe de enfermagem;
- Gerenciar materiais, equipamentos e utensílios necessários para o cuidado da ID e equipe de enfermagem;
- Colaborar com a sua especificidade de conhecimentos, com a equipe multiprofissional para um cuidado humanizado e individualizado ao cliente em ID;
- Elaborar roteiro de visitas;
- Executar tarefas próprias a profissão;
- Preparar o cliente/cuidador/família para a alta;
- Participar da evolução do cliente junto com a equipe do PID;
- Orientar à respeito do lixo originado com o cuidado do cliente;
- Orientar o cliente/cuidador/ família quanto a forma de contatar a equipe através de telefone;
- Oferecer informações e orientações ao cliente/cuidador/família através do telefone de contato quando solicitado, orientando e esclarecendo dúvidas;
- Orientar a respeito do apoio em casa de urgência/emergência;
- Manter informado sobre tratamento e evolução ao cliente/cuidador/família;
- Avaliar satisfação do cliente/cuidador/família a respeito do PID;
- Referenciar o cliente durante a ID e após alta para UBS ou PSF ao qual pertence para receber suporte;

Fonte: Silva, 2006.

Ao profissional enfermeiro é possível deparar-se com limitações na realização do cuidado na Internação Domiciliar: a instabilidade biopsicossocial e espiritual do usuário; a ausência do cuidador tendo por vezes, necessidade do retorno para a internação hospitalar; ambiente do cuidado não propício às necessidades do cliente; falta de compreensão, por parte dos familiares e do próprio cuidador, da observação do programa de cuidados instituído; dificuldades da equipe multiprofissional para entender e observar os limites de sua atenção conforme as suas especificidades.

Percebe-se, também, através desta modalidade de atendimento, aproximação com a comunidade, oportunizando esclarecer e ajudar na transformação do estilo de vida dos usuários.

O enfermeiro na internação domiciliar tem uma função mediadora entre cliente e a pessoa que vai realizar o cuidado, não apenas observa as alterações biopsicossociais e espirituais de quem recebe o cuidado, como identifica quem pode assumir o cuidado na ausência deste profissional. É necessário ver, interpretar e identificar a rede social de cuidado à qual o usuário pertence (SILVA, 2004).

Portanto, torna-se necessário esclarecer que a equipe de internação domiciliar pode e deve articular-se com as outras modalidades de atendimento do SUS, entre eles destaca-se a UBS e o PSF e as próprias instituições hospitalares locais e regionais.

As ações do PSF e UBS, na sua maioria, acontecem no nível primário de atenção à saúde podendo ser complementadas pelas ações do programa de internação domiciliar em cooperação através dos “inter-programas”.

Enfatiza-se que, como o usuário faz parte do SUS, a UBS e o PSF a qual pertence, poderá colaborar e participar no seu cuidado junto com a equipe multiprofissional da Internação Domiciliar. As relações devem ser estabelecidas claramente e de forma organizada com a finalidade de resguardar o direito do usuário ao cuidado/assistência dentro dos princípios doutrinários e organizacionais do SUS.

No entanto, torna-se necessário ressaltar a diferença do PSF e da Internação Domiciliar. No PSF a equipe de saúde vai ao encontro do usuário no seu domicílio, prestando atendimento, mas sem caracterizar a internação domiciliar como foi esclarecido anteriormente. A equipe de Internação Domiciliar cumpre com rigor os requisitos estabelecidos na legislação vigente, entre eles o atendimento diário, através de uma equipe multiprofissional e possuindo na retaguarda uma instituição

hospitalar que lhe possibilita internações quando for necessário. Além disso, existe nesta modalidade de atendimento a garantia da cobertura nas vinte e quatro horas do dia e nos fins de semana.

Ressalta-se, assim, não apenas as semelhanças, mas, principalmente, os principais pontos em que essa modalidade, Internação à Domicílio se diferencia das demais.

A Internação Domiciliar revela-se, hoje, como uma prática diferenciada de atenção em saúde aos cidadãos brasileiros, como substituto parcial e complementar do sistema hospitalar. Nesta modalidade de atendimento oportuniza-se ao ser humano interagir, permanentemente, com a família, sociedade, amigos e o seu meio ambiente conhecido, buscando o equilíbrio e harmonia de suas necessidades. Na condição de doente ao ser retirado de seu meio social e inserido ao ambiente hospitalar, apesar de tecnicamente e operacionalmente adequados, geralmente, o usuário, ao enfrentar um ambiente estranho ao seu convívio diário e habitual, pode sentir-se transformado em objeto de cuidado e assim trazer dificuldades para a sua recuperação.

Olhando nesta perspectiva, este serviço de saúde é capaz de extrapolar os limites da internação hospitalar, propriamente ditos, e restritos ao ambiente interno de uma instituição de saúde, permitindo que sua atuação se estenda aos “extra-muros” para realizar o cuidado na residência do cliente, possibilitando, assim, ao mesmo o usufruir do aconchego familiar, dos amigos e do seu grupo social.

Desta maneira, esta modalidade de atendimento engloba, além de um tratamento terapêutico, um método capaz de estimular a autonomia do usuário, despertar e desenvolver as suas habilidades funcionais dentro do seu próprio ambiente, seu domicílio (RODRIGUES, VARGAS, 2003).

Essa alternativa da internação domiciliar permite atender não apenas as necessidades e o tipo de cuidados, mas permeia, através da educação em saúde, as relações que se estabelecem com os familiares que darão continuidade ao cuidado instituído. A internação domiciliar reveste-se, assim, duplamente de um processo de construção do conhecimento em relação ao cuidado a ser prestado. A educação em saúde, como mola propulsora deste processo, é apontada como a questão motivadora na participação ativa do familiar neste cuidado.

3.4.2 - Unidade Básica de Saúde

É uma unidade de saúde que presta assistência a uma população determinada, utilizando técnicas apropriadas e esquemas padronizados de atendimento. Essas unidades são da responsabilidade do município, e são implantadas em diferentes pontos da cidade, oferecendo **Ações Básicas de Saúde**.

3.4.2.1 – Atividades nas UBS.

São desenvolvidas comumente, atividades voltadas para a orientação nas áreas de alimentação, nutrição, Materno-Infantil, tratamento de agravos simples, imunizações, educação para a saúde, fornecimento de medicamentos padronizados, coleta de material para exame de laboratório, vigilância epidemiológica e ações de saneamento elementar relacionadas com a água, destino adequado dos dejetos e lixo. Além disso, nas atividades das Unidades Básicas de Saúde, geralmente, são incluídas consultas médicas, com periodicidade determinada de acordo com a necessidade. (BRASIL, 1999).

3.4.2.2 - Programa Saúde da Família (PSF)

Tem como principal propósito reorganizar a prática da atenção básica a saúde e de suas relações com os demais níveis do sistema de saúde, alicerçado em novas bases priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral, prestando o atendimento pela equipe multiprofissional de saúde na própria UBS ou no domicílio.

Desta forma os profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do **Agente Comunitário de Saúde**. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2006).

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde.

A expansão da atenção básica através do PSF, compõe parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde que diante dos ótimos resultados já alcançados, está estimulando a ampliação do número de equipes de Saúde da Família no Brasil provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS.

O PSF tem como bases da legislação:

Lei Nº 10.507 de 10 de julho de 2002 Cria a Profissão de Agente comunitário de Saúde e dá outras providências.

Portaria Nº 619 de 25 de abril de 2005 O gestor municipal do PSF poderá determinar que os profissionais médicos das Equipes de Saúde da Família (ESF) destinem até 8 horas de sua carga horária semanal de 40 horas, para a atuação nos Hospitais de Pequeno Porte (HPP).

Portaria Nº 543 de 08 de abril de 2005 Autoriza repasse do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, para intensificação das ações de vigilância e controle da tuberculose, e dá outras providências.

Portaria Nº 2.024 de 23 de setembro de 2004 Fixa por habitante ao ano o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica - PAB e o valor máximo, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos municípios e ao Distrito Federal. Portaria Nº 2.023 de 23 de setembro de 2004 (anexo 03). Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências.

Portaria Nº 1.434 de 14 de julho de 2004 Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências.

Portaria Nº 1.433 de 14 de julho de 2004 Redefine critérios de avaliação para habilitação de municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A e em Gestão Plena do Sistema Municipal, e dá outras providências.

Portaria Nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997 (Anexo 04). Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família .

Responsabilidades das esferas gestoras em atenção básica:

Federal

Elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica;
Co-financiar o sistema de atenção básica;
Ordenar a formação de recursos humanos;
Propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica;
Manter as bases de dados nacionais.

Estadual

Acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território;
Regular as relações inter-municipais;
Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território;
Co-financiar as ações de atenção básica;
Auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.

Municipal

Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território;
Contratualizar o trabalho em atenção básica;
Manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência);
Co-financiar as ações de atenção básica;
Alimentar os sistemas de informação;
Avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão (MINISTERIO DA SAÚDE,2006).

O PSF possui na sua estrutura organizacional a inclusão do Agente Comunitário de Saúde. Os mesmos podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade

básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) mora e se destaca na comunidade, pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança natural que exerce unindo o trabalho educativo ao universo cultural da população. O ACS funciona como elo entre o serviço de saúde e a comunidade. Está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

O seu trabalho é feito nos domicílios de sua área de abrangência. As atribuições específicas do ACS são as seguintes:

- Realizar mapeamento de sua área;
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- Identificar área de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
- Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básicas;
- Realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- Estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;
- Traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;
- Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possa ser potencializados pela equipe.

3.4.2.3 - Centro de Especialidades

Destaca-se a realização de ações de prevenção primária, como por exemplo, as vacinas, e atendimentos médicos diversificados. Neste serviço atuam profissionais especializados que fazem parte da equipe de saúde. Neste local é agendada a consulta previamente de que o usuário necessita. Esse tipo de modalidade de atendimento de saúde é instalada em agrupamentos populacionais superiores a 30.000 habitantes e desenvolver atividades nas áreas médicas definidas através do perfil epidemiológico e recurso existentes em cada região. Para o apoio diagnóstico e terapêutico deve contar com o laboratório de patologia clínica, radiodiagnóstico, sala para pequenas cirurgias e leitos de repouso.

3.4.2.4 - Centro de Saúde

É a unidade destinada a prestar assistência à saúde a uma população determinada, contando com uma equipe de saúde interdisciplinar em caráter permanente, com médicos generalistas e/ou especialistas.

Sua complexidade e dimensões físicas variam em função das características da população a ser atendida, dos problemas de saúde a serem resolvidos e de acordo com seu tamanho e capacidade resolutive. Pode ser agrupado em três tipos:

Tipo 1 - É concebido para atender agrupamentos populacionais entre 2.000 e 5.000 habitantes. As atividades desenvolvidas são as mesmas descritas para o posto de saúde, acrescidas da consulta médica permanente, exames de laboratório na sua estrutura física, situação em que dever dispor de unidade laboratorial estrategicamente localizada.

Tipo 2 - É concebido para atender agrupamentos populacionais entre 5.000 e 15.000 habitantes. As atividades desenvolvidas nestes centros de saúde deverão contar com recursos de diagnóstico e tratamento de maior complexidade tecnológica que as desenvolvidas no centro de saúde de tipo 1.

Tipo 3 - É concebido para atender agrupamentos populacionais entre 15.000 e 30.000 habitantes. As atividades desenvolvidas nestes centros de saúde serão as

mesmas do tipo 2, acrescidas do atendimento a áreas definidas de acordo com o perfil epidemiológico da população. Os centros de saúde tipo 3 serão a referência para outros centros de saúde de menor complexidade, na sua área.

Os centros de saúde poderão supervisionar os postos de saúde de sua área de abrangência. Dependendo das características locais, de apoio de referência, os centros de saúde poderão contar com atendimento de urgência, nas 24 horas, e leitos de observação (MINISTERIO DA SAÚDE, 1999).

3.4.2.5 - Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs).

Este serviço tem como característica este serviço, o atendimento aos pacientes portadores de transtornos mentais, alternativas hoje preconizadas em substituição à hospitalização convencional. Esse serviço presta atendimento por 8 ou 12 horas, ou mesmo por 24 horas dependendo das características de cada CAPS, e também fazem parte da rotina deste serviço oficinas terapêuticas (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde (2006) conceitua o Caps como:

Os Centros de Atenção Psicossocial oferecem desde cuidados clínicos até atividades de reinserção social do paciente, como o acesso ao trabalho, ao lazer e aos direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e sociais. A equipe do Caps é composta de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, assistentes sociais, enfermeiras e auxiliares de enfermagem.

Constituem um serviço comunitário que tem como papel o atendimento ao usuário do SUS que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência.

3.4.2.6 - O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Este tipo de serviço tem como finalidade prestar socorro de emergência à população, 24 horas por dia com equipes multiprofissionais de saúde como médicos,

enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população em qualquer local, contando com equipamentos adequados e ambulâncias.

SAMU foi lançado através do SUS em setembro de 2003 sendo o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências.

O acesso ao atendimento se faz através de uma chamada telefônica para o número 192 que é gratuita. Esta ligação é atendida por técnicos na Central de Regulação que identificam a emergência e, imediatamente, transferem o telefonema para o médico regulador que faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente, ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras ações e avalia qual o melhor procedimento para o paciente.

Conforme o Ministério da Saúde a política tem como foco cinco grandes ações:

Organizar o atendimento de urgência nos pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e nas equipes do Programa Saúde da Família; estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU/192); reorganizar as grandes urgências e os pronto-socorros em hospitais; criar a retaguarda hospitalar para os atendidos nas urgências; e estruturar o atendimento pós-hospitalar.

Através da Portaria N.º 048/GM, de 5 de novembro de 2002 define o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e a organização estrutural e funcional dos sistemas, bem como a responsabilidade das três esferas gestoras da saúde pública brasileira, refletindo as recomendações da NOAS-SUS 01/02 (BRASIL, 2004). Também está embasado o SAMU em outras legislações como:

Decreto Nº. 5.055, de 27 de abril de 2004 (Anexo 05). Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências.

Portaria Nº 2.657/GM. Em 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.

Portaria Nº 2.420/GM Em 9 de novembro de 2004. Constitui Grupo Técnico - GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.

Portaria Nº 1.828/GM Em 2 de setembro de 2004. Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.

Portaria Nº 2072/GM Em 30 de outubro de 2003. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.

Portaria Nº 1864/GM Em 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.

Portaria Nº 1863/GM Em 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Portaria Nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002 Regulamenta o atendimento das urgências e emergências.

Resolução CFM nº 1.671/03 (Publicada no D.O.U., de 29 Julho 2003, Seção I, pg. 75-78) Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências.

4 – METODOLOGIA

Neste capítulo apresenta-se a trajetória metodológica utilizada nesta pesquisa. Ela contempla o tipo de estudo, o local no qual a pesquisa foi realizada, os sujeitos do estudo, a coleta de dados, as etapas da pesquisa de campo, a análise e interpretação de dados.

4.1 - TIPO DE ESTUDO

Para identificar as modalidades de atendimento que as instituições/organizações/serviços integrantes do SUS do Rio Grande oferecem à clientela e compreender como se processam as inter-relações das diversas modalidades nos serviços e ações de saúde, foi realizada uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória.

Qualitativa se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Um lado não perceptível e não captável em equações médias e estatísticas (MINAYO, 2004, p.28).

A abordagem qualitativa permite ao pesquisador interpretar dados, sem empregar a estatística, como indicadores do funcionamento de estruturas sociais, permitindo um maior aprofundamento dos comportamentos ou atividades dos indivíduos (SOARES, 2003).

A utilização do método qualitativo fornece uma compreensão profunda de determinados fenômenos sociais complexos e únicos contemplando o aspecto subjetivo, ante os quais o método estatístico apresenta-se ineficiente (HAGETTE, 1999).

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Um de seus objetivos é levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2002).

Pode-se dizer que o estudo descritivo possui algumas características, tais como:

Sua preocupação primordial é descrever algumas características fundamentais de conjuntos homogênicos de fenômenos, utilizando critérios sistemáticos para destacar os elementos essenciais da sua natureza (SABINO, 1978 p.36).

A pesquisa caracteriza-se como exploratória enquanto busca proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses/pressupostos, sendo seu objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento flexível possibilita a consideração dos mais variados aspectos relativo ao fato estudado (GIL, 2002).

Segundo (SABINO, 1978) a pesquisa exploratória busca dar uma visão geral do tipo aproximativo, a respeito de uma determinada realidade.

4.2 - LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas três instituições/organizações/serviços de saúde que realizam atendimento de saúde à clientela do SUS localizadas na cidade do Rio Grande RS.

Estas instituições são compostas pela Secretaria de Saúde do município que abrange as unidades básicas de saúde e dois hospitais, um público e outro privado filantrópico.

O município do Rio Grande está situado no extremo sul do Brasil, distante 310 km de Porto Alegre-RS. Sua população é de 186.544 habitantes, sendo 90.413 do sexo masculino e 96.131 do sexo feminino estando distribuída na área urbana num total de 179.208 h, e 7.336 na zona rural. A taxa de alfabetização é de 93%, e sua área é de 3338 km² (IBGE, 2000 p.344).

Os limites¹⁹ do município são definidos: ao norte com Pelotas e Lagoa dos Patos; ao sul com Santa Vitória do Palmar; ao leste com o Oceano Atlântico e Canal do Rio Grande; ao oeste com Pelotas, Arroio Grande e Lagoa Mirim. Sua altitude é

¹⁹ Dados obtidos da Fonte: <http://www.mikrus.com.br/~classe35/histcidade.htm>, acessado em 16.04.2006.

de dois metros acima do nível do mar, com um clima subtropical marítimo, com temperatura mínima de 2° C e média normal de 13,4° C no inverno; no verão a temperatura mínima é de 18° C e a média normal é de 22,6° C.

No município²⁰ está localizada parte da Reserva Ecológica do Taim e a bonita Praia do Cassino, considerada a maior em extensão do mundo com 212 km.

A cidade do Rio Grande é a mais antiga do Estado, foi fundada em 19 de fevereiro de 1737, pelo Brigadeiro José da Silva Paes, o qual liderava uma expedição militar portuguesa destinada a assegurar a posse de terras no sul, motivo de disputa entre Portugal e Espanha, por ser ponto estratégico para as ações políticas da época.

No início do século anterior surgiram indústrias de fiação e tecelagem, frigoríficos e de alimentação, sendo aos poucos diversificada com grandes, médias e pequenas empresas. Atualmente seu destaque é a indústria petroquímica, sendo a mais importante a Refinaria de Petróleo Ipiranga e a indústrias pesqueiras.

Além disso, Rio Grande oferece inúmeras opções de turismo e lazer aos seus moradores e visitantes, considerada uma cidade portuária, universitária, balneária, tendo o quarto maior porto marítimo em movimentação do país e o maior do Estado.

O início do atendimento à população carente data de 20 de novembro de 1806, quando foi criada pelo Padre Ignácio da Silveira junto a outras pessoas a Sociedade Beneficente cuja finalidade era prestar atendimento às famílias necessitadas. Esta sociedade foi propulsora da construção da Associação de Caridade da Santa Casa do Rio Grande (RODRIGUES, 1985).

4.2.1 - Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande

A partir da formação da Sociedade Beneficente em 1806, iniciou-se a tentativa de construção de um hospital (1807-1811), mas a obra foi paralisada por falta de recursos financeiros. Foi em 1825 que se construiu a Casa do Hospital da Misericórdia do Rio Grande, através de Rodrigues Fernandes Duarte.

²⁰ Dados obtidos da Fonte: <http://www.riogrande.com.br/municipios/riogrande.htm>, acessado em 16.04.2006.

Desta forma a Sociedade Beneficente se transforma na Santa Casa do Rio Grande no dia 02 de maio de 1841, e cujo nome foi alterado em 1909 para Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (RODRIGUES, 1985).

A Instituição Hospitalar²¹ é regida pelo presidente, vice-presidente, um secretário, diretor de patrimônio e um administrador.

Caracteriza-se por ser uma instituição filantrópica, e para manter este estado, atende 70% de seus usuários (adulto e infantil), nas mais diversas patologias e necessidades de saúde da clientela do município e cidades vizinhas, pelo convênio SUS.

Sua planta física é formada por quatro prédios, localizados na cidade do Rio Grande (mantendo proximidades entre eles), com um total de 438 leitos. Torna-se necessário destacar que 100 leitos pertencem ao hospital psiquiátrico, 30 ao hospital dia, 100 para tratamento cardiológico e oncológico, e 200 em um de seus prédios é destinado para o atendimento geriátrico (CECAGNO, 2003).

Seus leitos são distribuídos nas unidades de clínica médica, clínica cirúrgica, UTI geral e cardiológica, maternidade e pediatria.

Também oferece serviços de ambulatório, radioterapia, quimioterapia, hemodiálise, **sendo referência** de traumatologia, neurocirurgia, urgência e emergência, UTI adulto e psiquiatria.

Entre os serviços oferecidos aos seus usuários destacam-se o de oncologia, cardiologia, nefrologia e urologia, pneumologia, gastrologia e um centro de reabilitação em fisioterapia.

4.2.2 - Hospital Universitário: Hospital de Ensino Prof. Miguel Riet Corrêa Jr.

O Hospital Universitário (HU) surgiu da necessidade de oferecer campo de prática para o desenvolvimento do ensino na área da saúde. A sua criação e implantação sofreu diversas modificações conforme segue:

²¹ Dados obtidos com a secretaria do presidente da instituição.

Os médicos Miguel Riet Corrêa Jr. e Newton Azevedo Tola foram os precursores da idéia para a criação do Curso de Medicina da FURG, partindo para sua implantação.

Conforme Siqueira et al (2001 p. 38):

[...] um empreendimento desta monta necessita ,não apenas de recursos financeiros, mas de uma filosofia, uma disponibilidade dos profissionais e uma atitude de responsabilidade e cooperação das instituições envolvidas.

Foi dessa maneira que a Associação de Caridade da Santa Casa do Rio Grande, assume o compromisso de criar o espaço físico, e também administrar a área destinada para o desenvolvimento dos estágios.

Segundo a mesma autora, o Curso de Medicina foi aprovado em 1966, tendo início em abril do mesmo ano e no decorrer do tempo foram acontecendo modificações para adequação do funcionamento da instituição, sendo seu primeiro coordenador o médico e prof. Miguel Riet Corrêa Jr.

Deve-se ressaltar a relevância da criação do Curso de Enfermagem em 1975, e sua implantação em 1976. No mesmo ano através da portaria nº 223/76 o Hospital Escola recebeu o nome de “Hospital de Ensino Prof. Miguel Riet Corrêa Jr.”, homenageando assim o primeiro Diretor da Faculdade de Medicina.

Em 1985, através da portaria da reitoria nº477/85 nomeou a Comissão Especial de Reestruturação do Hospital Escola (HE), fazendo parte a enfermeira Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, atualmente docente do Programa de Pós-graduação no curso de Mestrado em Enfermagem da FURG, que junto aos demais membros que constituíam a dita comissão realizaram um exaustivo trabalho para reforma da planta física do HE, assim como, uma mudança na filosofia de trabalho e reorganização de serviços e setores. Em janeiro de 1986 o HE FURG tornou-se um órgão independente, ligado diretamente à Reitoria, constituindo o HU (SIQUEIRA, 2001).

Para administrar os recursos financeiros e tornar as ações mais dinâmicas, foi criada em 27 de novembro de 1986, a Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande (FAHERG), e em 1º de abril de 1987, a Universidade recebeu uma verba do governo federal, o que oportunizou a ampliação do HE com previsão para 250 leitos.

Com a filosofia voltada para a integração docente-assistencial, procurou-se a melhoria da assistência e, através desta, conseguir um ensino de maior qualidade. Com esta finalidade implanta-se na área de Enfermagem o Projeto: Modelo Assistencial em Hospital de Ensino Nova - Alternativa de autoria da Prof^a. Enf^a Hedi C. Heckler de Siqueira e Prof^a. Enf^a Maria Antonieta Lavoratti, com a possibilidade de ser estendido posteriormente, aos demais serviços (SIQUEIRA, 2001 p 43).

Cabe ressaltar que este modelo continuou sendo adotado pela equipe de Enfermagem do HU/FURG e pela disciplina de Administração em Enfermagem da FURG durante um longo período, permanecendo atualmente apenas com alguns resquícios.

Em 21 de novembro de 1987, foi assinado o contrato de aluguel do Hospital Materno Infantil Riego Sparvolli, que estava com sua construção paralisada, em comodato por 20 anos. Imediatamente as obras de reforma iniciaram, e em 7 de dezembro de 1988 foram inauguradas as novas instalações: cozinha, cantina, lavanderia, capela mortuária, área de agendamento, serviço de prontuário, centro cirúrgico, pronto atendimento, raio x, capela ecumênica, almoxarifado e uma unidade de internação com 54 leitos (UICM/HU). Paralelamente continuava o processo de reformas e ampliações, em vários setores (SIQUEIRA, 2001).

Esta instituição conta atualmente com um Conselho Diretor²² (CONDIR), uma direção composta pelo diretor geral e diretor adjunto e cinco coordenadores.

Por se tratar de HU recebe recursos federais e do SUS, prestando atendimento das mais diversificadas patologias e necessidades de saúde à adultos e crianças do próprio município e cidades vizinhas.

Atualmente conta com um total de 186²³ leitos divididos em: unidade de clínica médica, cirúrgica e pediátrica; maternidade, UTIs (geral, neonatal e intermediária), Serviço de Pronto Atendimento, unidade de convênios e particulares, hospital dia e centro cirúrgico (tendo sala de recuperação anestésica).

É necessário destacar que a Instituição serve de campo de atuação prática dos cursos de graduação da FURG e outras instituições de ensino superior e médio da área de saúde e afins, entre eles enfermagem, como também de especialização, residência e mestrado. O HU é reconhecido como Hospital Amigo da Criança e Hospital de referência no atendimento à AIDS (CECAGNO, 2003).

²² Fonte: Direção do Hospital Universitário (2006).

²³ Fonte: Jornal da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, fevereiro/março de 2006.

4.2.3 - Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande

O município do Rio Grande atua com Gestão Plena da Atenção Básica ampliada conforme a NOAS/2002, com divisão do serviço de saúde por bairros, com implantação do PSF em 13 unidades. Sua rede ambulatorial conta com 12 Unidades Básicas de Saúde, 01 Centro de Saúde, 01 Centro de Especialidades, 01 Unidade de Saúde Mental (CAPS) e 02 Unidades 24 horas.

Para prestar o atendimento à população nas diversas modalidades assistenciais foram constituídas equipes multiprofissionais. O avanço tecnológico e científico conduz à procura de informações e aperfeiçoamento dos profissionais sendo que nenhum deles da área da saúde possui por si só o conhecimento suficiente para dar conta às exigências.

Os trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional de saúde do município, em sua grande maioria são concursados pelo regime celetista enquanto outros são contratados de forma terceirizada.

Atualmente²⁴ o município do Rio Grande possui 735 leitos destinados para a clientela do SUS. A população caracteriza-se em relação à renda que 67,5% possuem renda inferior a três salários mínimos, sendo que 32,45% deste total encontram-se abaixo do limite de pobreza funcional.

As unidades de atendimento sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde do município do Rio Grande encontram-se caracterizadas conforme QUADRO a seguir apresentado:

²⁴ Dados obtidos da Fonte: <http://www.ibge.com.br>, acessado em 30 de maio de 2006.

Quadro 7 - UNIDADES DE ATENDIMENTO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO GRANDE/RS

1. Posto de Assistência Médica–P AM	Policlínica
2. Ambulatório de Saúde Mental CAPS	Unidade Saúde Mental
3. Posto de Puericultura Dr Rita Lobato	Unidade Básica
4. Centro de Saúde	Posto 4
5. Posto BGV	Unidade Básica
6. Posto Santa Tereza	Unidade Básica
7. Posto Materno Infantil	Unidade Básica
8. Posto Junção	Unidade Básica
9. Posto São João	Unidade Saúde da Família
10. Posto São Miguel 1	Unidade Saúde da Família
11. Posto São Miguel 2	Unidade Saúde da Família
12. Posto Dr. José Salomão (profilurbi)	Unidade Saúde da Família: atividades 12 h à noite e 24h final de semana
13. Posto Castelo Branco	Unidade Saúde da Família
14. Posto CAIC	Unidade Saúde da Família
15. Posto Santa Rosa	Unidade Saúde da Família
16. Posto Aeroporto	Unidade Saúde da Família
17. Posto Bernadeth	Unidade Saúde da Família
18. Posto Dr. Pedro Armando Gatti (Parque Marinha)	Posto 24 horas
19. Posto Newton Azevedo (Cassino)	Posto 24 horas
20. Posto da Barra	Unidade Básica
21. Posto da Quinta	Unidade Saúde da Família
22. Posto do Taim	Unidade Básica
23. Posto Ilha dos Marinheiros	Unidade Básica
24. Posto Domingos Petrolina	Unidade Saúde da Família
25. Posto Torotama	Unidade Básica
26. Posto Povo Novo	Unidade Saúde da Família
27. Posto Pesqueiro	Unidade Básica
28. Casa da Criança Df. Augusto Duprat	Unidade Básica
29. Posto Centro Social Hidráulica	Unidade Básica
30. Posto Marluiz	Unidade Saúde da Família

Fonte: Dados obtidos na Secretaria da Saúde do Município do Rio Grande, 2006.

4.3 - SUJEITOS DO ESTUDO

Quanto aos sujeitos integrantes do estudo foram convidados os coordenadores das diversas modalidades de atendimento da Secretaria de Saúde do Rio Grande: PSF, UBS, CAPS, Policlínica, Centro de Saúde, dois Postos Atendimento 24 h. Além desses fizeram parte como sujeitos os coordenadores dos diversos serviços de entrada e encaminhamento de clientes do SUS, das instituições hospitalares.

Com o intuito de atender o que preceitua a resolução número 196/96 do Ministério da Saúde que prevê sobre pesquisa envolvendo seres humanos o presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, e foi aprovado sob o nº019/2006.

Esta resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

4.3.1 - Apresentação dos participantes

Manteve-se a proposta inicial a respeito dos participantes escolhidos para integrar a presente pesquisa.

Primeiramente visitaram-se as instituições/organizações/serviços onde foram realizadas as entrevistas, esclarecendo os objetivos e a justificativa da pesquisa, agendando data e hora com os diretores/secretaria/presidente responsáveis, e apresentando documento solicitando permissão para a realização do trabalho (Apêndice A); o que oportunizou também conhecer a localização da instituição e a planta física.

Após autorização do aceite para a realização da pesquisa nas três instituições/organizações/serviços, recebeu-se orientações como proceder para o agendamento das entrevistas, que somaram um total de 14 participantes.

Apresentou-se o convite (Apêndice B) em uma via, expondo a proposta, e também o termo livre e esclarecido (Apêndice C) em duas vias, que depois de assinadas, uma retornou para o entrevistado, e a outra permaneceu com o pesquisador. Foram ressaltados novamente os aspectos legais e éticos envolvidos na pesquisa, assim como solicitado a permissão para gravar as entrevistas. Tornou-se necessário esclarecer que este procedimento foi realizado com todos os participantes.

Com a finalidade de manter o sigilo dos participantes, estes foram identificados com letras do alfabeto, iniciando com A e seguindo a seqüência com os demais.

Para preservar o anonimato as instituições/organizações/serviços de saúde foram identificadas com a cor Azul, Amarela e Vermelha.

Na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande o pesquisador foi recebido no início da manhã na data combinada, pelo administrador, que marcou a entrevista com o Presidente da instituição para as 11 horas, sendo recebido no horário estipulado.

Finalizada a entrevista, o presidente da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande telefonou e solicitou a presença de uma funcionária, a mesma se identificou como assistente social, ficando encarregada de agendar as entrevistas dos participantes desta instituição.

Transcorridas 48 horas, foi recebida informação a respeito dos horários disponíveis para realizar as entrevistas com todos os participantes desta Instituição. A própria Assistente Social se encarregou da apresentação do pesquisador a todos os integrantes. A colaboração recebida foi fundamental para poder realizar no mesmo dia todas as estas entrevistas desta instituição.

No Hospital Universitário: Hospital de Ensino Prof. Miguel Riet Corrêa Jr. o pesquisador foi recebido pela Diretora da instituição. Solicitou-se autorização para realizar a pesquisa na Instituição. Foi aproveitada a oportunidade para convidá-la como participante da pesquisa. Ao concordar marcou-se data e hora para a sua entrevista. Além disso, definiram-se os sujeitos desta Instituição que fizeram parte da pesquisa. Na mesma ocasião foram agendadas as datas e horários dos outros participantes da instituição. As entrevistas foram realizadas em dos dias, conforme agendamento.

Na Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande, o primeiro contato foi com a coordenadora e responsável pelas autorizações das pesquisas a serem realizadas nesta organização.

Ficou combinado um segundo encontro a ser realizado através de telefone em uma semana. Este aconteceu dentro do prazo estipulado. Foi solicitado um documento no qual consta comprometimento do pesquisador em entregar três volumes da dissertação depois de finalizada. Além disso, ficou acertada a divulgação dos resultados da pesquisa aos participantes desta instituição, através de uma palestra a ser realizada no máximo trinta dias após a defesa da dissertação do mestrado.

Imediatamente à entrega deste documento, o pesquisador foi encaminhado à coordenadora de enfermagem, a qual ajudou a identificar os sujeitos que participariam no estudo. No mesmo dia agendaram-se todas as entrevistas. Estas se realizaram em três etapas, em um período de dez dias.

Todos os participantes convidados colaboraram e demonstraram entusiasmo com o tema e sua importância, sem haver objeção por parte de nenhum.

4.1 COLETA DE DADOS

Obtidas as autorizações por parte da Direção das Instituições/organizações/serviços foram contatados e convidados os sujeitos que fizeram parte do levantamento da coleta de dados.

A seguir apresentou-se o trabalho e os objetivos do estudo, sua relevância e a importância da participação de cada um. Todos os membros selecionados foram convidados formalmente a participarem da pesquisa. (Apêndice B)

Mediante o aceite do convite de participação, foi realizado o agendamento da entrevista individual, que teve caráter confidencial, e garantindo o anonimato das informações. Assim o local e horário para realização da entrevista ficaram a critério do entrevistado, desde que respeitados os aspectos éticos, morais e físicos dos envolvidos. Para garantir maior fidelidade dos dados, foi solicitada autorização para gravar a entrevista, que posteriormente foi transcrita na íntegra.

Todos os participantes foram convidados a assinar o termo livre esclarecido em duas vias, ficando uma com o pesquisador e a outra com o sujeito (apêndice C). Ficou garantido o caráter confidencial e voluntário da participação, o direito de desistir em qualquer momento de participar da pesquisa sem prejuízo pessoal e solicitada autorização para divulgar os resultados obtidos em meios acadêmicos, bem como o compromisso de lhes comunicar os resultados alcançados com a pesquisa.

Neste momento foi reiterado e novamente exposto individualmente, a finalidade e o objetivo da pesquisa, salientando a garantia do anonimato e o caráter confidencial e voluntário da participação, bem como o compromisso de lhes comunicar os resultados do estudo e assegurado o direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízo se assim desejar.

Os dados foram coletados através do método de entrevista semi-estruturada junto aos sujeitos integrantes do estudo com categorias pré-estabelecidas, visando atingir os objetivos, questão pesquisa e os pressupostos previamente formulados (Apêndice D e E).

Foram construídos dois roteiros para a entrevista: sendo um aplicado aos participantes das instituições hospitalares (Apêndice D), e o outro aos participantes da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande (Apêndice E), contendo como diferença entre ambos a pergunta número um que se tornou pertinente devido as diferentes modalidades de assistência oferecidas.

Para Minayo (2004) a entrevista pode ser definida como, um processo de interação social entre duas pessoas, em que uma delas, o entrevistador tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado.

A entrevista é uma técnica caracterizada pela comunicação verbal, valorizando o significado da fala e da linguagem e serve como meio de coleta de informações sobre determinado tema científico. Ela pode ser entendida como a técnica que envolve duas pessoas numa situação “face a face”, e em que uma delas formula questões e a outra responde (GIL, 2002).

Entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO 2004, p.108).

Ao final de cada entrevista, o entrevistador agradeceu a participação do entrevistado pela colaboração e contribuição para com a pesquisa e se colocou à disposição para informações em qualquer momento da realização do trabalho.

Após cada entrevista, com o objetivo de conservar a fidedignidade os dados coletados gravados foram transcritos na íntegra, evitando perda ou esquecimento de detalhes, de modo a facilitar a posterior análise, e interpretação dos mesmos.

5 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Neste capítulo são apresentados, analisados e interpretados os dados da presente pesquisa em cada uma das instituições, iniciando pela Instituição Azul, Amarela e Vermelha, mantendo esta sequência lógica em todas as categorias, acrescentando-se as idéias, formas e sugestões apresentadas pelos sujeitos como propostas capazes de melhorar o encaminhamento e as relações entre as instituições de saúde do município do Rio Grande.

Para Minayo (2004) existem vários métodos para análise de dados coletados, e cada um enfatiza alguns aspectos.

Optou-se pela escolha do método de **Análise temática** porque permite classificar os dados por idéias, palavras, expressões, e desta maneira construir as categorias. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada (Apêndice D e E), com categorias pré-estabelecidas, visando atingir os objetivos, questão pesquisa e os pressupostos previamente formulados.

Para a realização da análise e interpretação dos dados, foram utilizadas as etapas descritas por Minayo (2004).

Segundo Minayo (2004) a etapa da **Pré-análise** compreende: leitura flutuante realizada com a finalidade de impregnar-se de seu conteúdo; proceder a constituição do corpus abrangendo a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Nesta etapa da pesquisa realizou-se as transcrições na íntegra de todas as entrevistas para desta forma obter a fidedignidade do conteúdo e assim obter orientações para a análise.

Logo após iniciou-se a **Organização do Material** de maneira que permitisse a visualização individual e coletiva do conteúdo transcrito. Para obter este resultado elaborou-se um quadro formado por uma coluna vertical, subdividida, em que se colocou cada letra referente a cada participante; e outra coluna que ficou de forma horizontal, também subdividida, em que se colocou as questões do roteiro da entrevista (Apêndice D e E).

Na construção do quadro foram inseridas as falas transcritas e assim conseguiu-se destacar as partes principais e de maior significado a serem utilizadas na etapa da exploração do material.

Na etapa da **Exploração do material**, conforme Minayo (2004) realizou-se varias vezes a leitura das entrevistas, o que permitiu a impregnação com os dados obtidos, e desta, maneira possibilitou os aspectos convergentes e divergentes em relação as categorias pré-estabelecidas

Assim sendo apresenta-se a seguir as categorias estabelecidas a priori: **Modalidades de Atendimento, Equipe multiprofissional e Inter-relações nas modalidades de atendimento aos clientes do SUS no município do Rio Grande nas três instituições pesquisadas.**

5.1 MODALIDADES DE ATENDIMENTO

Ao apresentar a categoria referente as modalidades de atendimento oferecidas ao cliente do SUS pelas instituições/organizações/serviços do município do Rio Grande, torna-se necessário (re) lembrar que a Instituição Azul oferece seu atendimento a população através da Gestão Plena da Atenção Básica por meio de seus serviços distribuídos neste município que compõem esta instituição. A Instituição Amarela e a Instituição Vermelha se caracterizam por oferecer atendimento hospitalar ao seu cliente do SUS em suas diferentes modalidades de atendimento.

A NOB-SUS 01/96 N° 1742/1996/MS indica que o Município que possui Gestão Plena Municipal de Saúde é responsável pela saúde de seu município, sendo os Estados mediadores, enquanto a União normatiza e financia. Desta forma o município organiza e se responsabiliza por executar as ações e serviços de saúde dentro dos limites de seu território.

O controle destas ações está embasado dentro dos princípios do SUS, ressaltando o controle se dá através da participação popular na tomada de decisões.

Conforme a Constituição da República Federativa do Brasil Título VIII, Capítulo II e as Leis Federais 8.080/90 e 8142 /90, o Conselho Municipal de Saúde é órgão permanente, deliberativo e normativo do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, competindo elaborar estratégias e controlar a execução da política de saúde do município, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

A Constituição Federal permite a contratação de serviços de saúde privados para o SUS, a compra pelo Estado, objetivando somente complementar a rede pública e assim garantir a universalidade no atendimento (MATOS, POMPEU, 2003).

Conforme pode ser evidenciado a seguir, a Instituição Azul é constituída de 33 unidades e oferece atenção básica²⁵ de saúde à população em todas elas, conforme fala a seguir:

“Em termos assim de **atenção básica as trinta e três unidades** atendem o município inteiro, trinta e três até agora que nós procuramos chegar a mais cinco unidades que nós já temos planejado no orçamento até o final de dois mil e seis [...]” (I).

Identifica-se neste diálogo, a afirmação da existência no Município da atenção básica, o que torna relevante esclarecer o seu significado.

Para Mendes (2002) a atenção básica é a porta de entrada da população e seu primeiro contato com os serviços de saúde, como também com os profissionais de saúde. Assim, se entende que o acesso da população aos serviços de saúde deveria ser efetivado através da mesma. O cliente recebe o atendimento na Unidade Básica e se necessário, conforme a complexidade da necessidade é encaminhado para os demais serviços do sistema. No momento de sua alta da instituição para a qual foi encaminhado deveria retornar para a Unidade Básica que é o seu ponto de referência (Figura nº 2)

Essa forma de organização e estruturada de forma hierarquizada poderia ser capaz de apresentar resolutividade nas questões que envolvem situações mais simples aos usuários que procuram atendimento. O sistema de saúde estruturado de maneira hierarquizado e inter-relacionado permite soluções de problemas através da organização dos cuidados primários, como também o encaminhamento para outros serviços, de média ou alta complexidade se assim for necessário.

Esse compromisso com a saúde da população faz lembrar os princípios do SUS: universalidade ao seu acesso, a integralidade e igualdade da assistência; a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa, regionalização e hierarquização, e a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção, e assim oferecer gratuitamente aos cidadãos os seus serviços

²⁵ Os termos de Atenção Básica a Saúde e Atenção Primaria a Saúde, no decorrer do trabalho estão sendo utilizados como sinônimos.

de saúde na promoção, proteção e recuperação previstas e garantidas pela Constituição Federal.

Segundo a Portaria N° 648, de 28 de Março de 2006, aprova a Política Nacional de **Atenção Básica**, e estabelece:

[...] A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

Como sistema os serviços que integram as atividades de saúde deveriam constituir uma rede interdependente, inter-relacionada utilizando como ponto básico a complexidade das necessidades do cliente a ser atendido. Portanto, a rede deveria ser hierarquizada, referenciando e sendo referenciado aos demais conforme a competência de cada serviço integrante da rede,

O diagrama a seguir pretende tornar mais claro a importância das Unidades Básicas de Saúde e seu papel na estrutura do SUS sendo não apenas a porta de entrada ao sistema, mas também o acolhedor do retorno do cliente ao retornar do serviço para o qual foi encaminhado para usufruir de cuidado de média e alta complexidade.

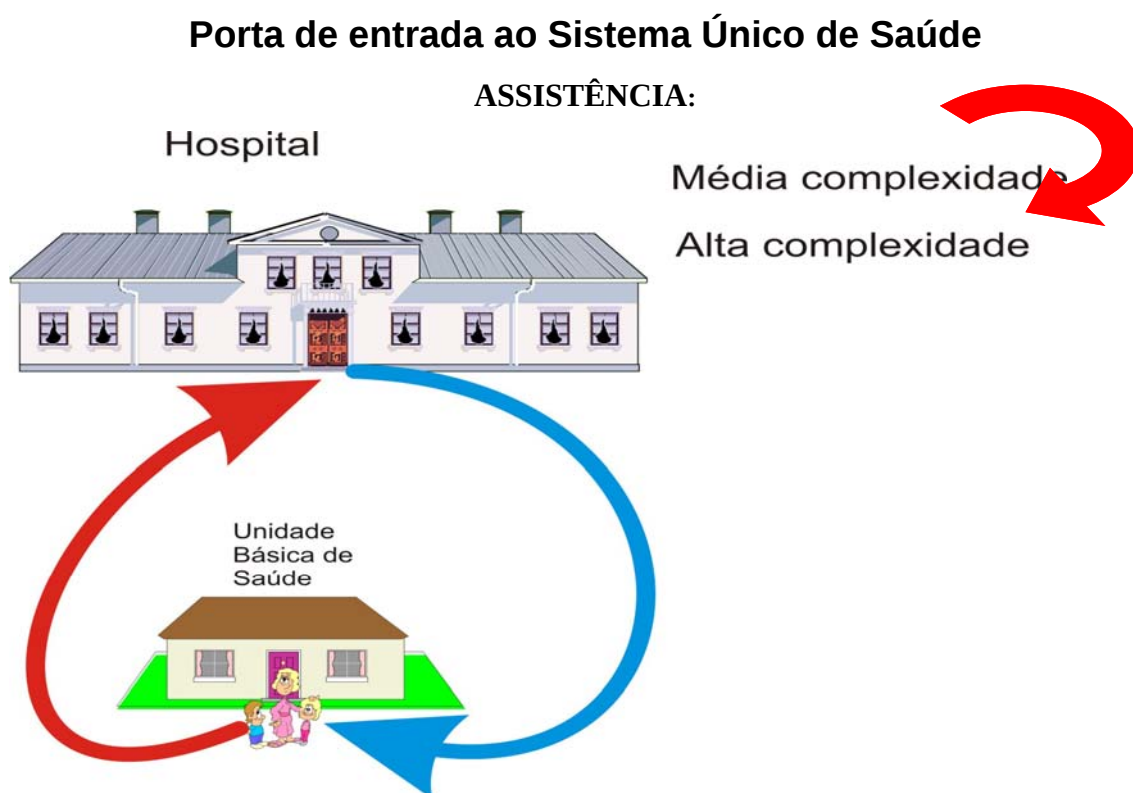


Figura N° 2 - Silva, 2006.

A visualização do diagrama possibilita de forma objetiva perceber a importância da atenção básica e ressalta sua significância na elaboração de estratégias para atender a demanda da população. Ela representa a porta de entrada, o acolhimento do indivíduo ao sistema saúde.

Fica, portanto explícito que a atenção básica busca solucionar as necessidades básicas em saúde e encaminha para outros serviços de média e alta complexidade conforme a necessidade do usuário do SUS, portanto é preciso existir de inter-relações entre as instituições de saúde do município.

A Instituição Azul demonstra isso ao receber e prestar atendimento básico através das suas diferentes unidades de serviço. É necessário esclarecer que esta Instituição é composta por Unidades Básicas de Saúde, Policlínica, Unidade de Saúde Mental, Unidade Saúde da Família e Policlínica 24h (Quadro 7, p. 103) e que cada uma tem características específicas.

Estas unidades são de responsabilidade do município, instaladas em diferentes pontos, oferecendo atendimento em ações básicas de saúde, articulando-se com estratégias próprias para alcançar seus objetivos (BRASIL, 1999).

Esta diversidade no atendimento é facilmente percebível na fala dos sujeitos:

“[...] **nos temos...** Ah é o básico, pressão arterial” (J).

“[...] todo tipo de assistência no caso de pacientes externos que vem procurar **por todos os atendimentos de enfermagem básicos:** como curativos, administração de medicamentos em qualquer via se for necessário troca de sonda, sondagem” (N).

Neste diálogo observam-se as divergências de diferentes enfoques aplicados à atenção básica. Através das manifestações explícitas é possível identificar diversas formas pela qual o atendimento se manifesta e é prestado nesta Instituição, conforme se percebe no diálogo a seguir:

“Praticamente **o básico**, só os primeiros atendimentos... procedimentos básicos, vacina [...], então o básico é oferecido “ (K).

“[...] para a clientela do saúde família prioritariamente é a **assistência básica** né?... imunização, curativos,[...]” (L).

Fica evidenciado nestas colocações que o entendimento em relação ao serviço básico, a interpretação é diversificada. Enquanto uma das falas se refere que o atendimento oferecido à população se processa através de procedimentos básicos como vacina, enquanto em outra a atenção básica engloba o PSF e curativos.

Essa forma diversificada de atendimento no entendimento dos participantes da pesquisa na atenção básica denota as diversas estratégias utilizadas pela Instituição em oferecer atendimento básico para atender as necessidades da clientela.

Encontramos como especificidade o atendimento em PSF que também atua na atenção básica com suas próprias características como define o Ministério da Saúde (1999), sendo umas delas a ligação à Unidade Básica de Saúde e possuir uma equipe de saúde, sendo obrigatoriedade a presença do médico e do enfermeiro. Também ficam atrelados a este programa os agentes comunitários de saúde como assegura a Lei Nº 10507 de 10 de julho de 2002.

O PSF oportuniza a possibilidade de oferecer atenção básica à população no seu domicílio. Essa modalidade permite que ações de atendimento à saúde não necessariamente, sejam executadas na unidade básica.

Esta modalidade de atendimento está alicerçada na legislação entre elas a Portaria Nº 2.024 de 23 de setembro de 2004 que fixa por habitante ao ano o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica - PAB e o valor máximo, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos municípios e ao Distrito Federal.

Portaria Nº 2.023 de 23 de setembro de 2004 (anexo 01) define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências.

Esse programa estratégico é exclusivo da atenção básica, portanto unicamente a Instituição Azul oferece esta modalidade no Município do Rio Grande. Caracteriza-se por ser uma forma de atendimento no qual a equipe de saúde vai ao encontro do seu cliente, oportunizando ações de promoção e prevenção de saúde no próprio domicílio ou nas UBS, tornando o cuidado mais humanizado.

Entre as várias vantagens apresentadas na modalidade de atendimento no próprio domicílio encontra-se a facilidade oferecida ao usuário impossibilitado ou que não possua condições em deslocar-se, como também a diminuição do fluxo de usuários na unidade básica de saúde. Além disso, permite aos integrantes da equipe²⁶ conhecer os locais de moradia de seus usuários e sua identificação e desta

²⁶ Entende-se aqui por equipe a equipe multiprofissional

maneira poder desenvolver ações de saúde, enfatizando a promoção e prevenção de forma direcionada para as necessidades particulares do cliente.

A preocupação na ampliação de abrangência e melhora da qualidade de atendimento aos usuários do município evidencia-se na seguinte afirmativa:

“[...] nós procuramos chegar a mais cinco unidades que nós já temos planejado no orçamento até o final de dois mil e seis, são basicamente **novos postos pra implantação de novas equipes do saúde da família**, exatamente. Então assim, o grande problema do município ainda é assistência média complexidade por que nós temos carência de especialidades em várias áreas em algumas delas nós temos apenas um profissional” (I).

Esta afirmação demonstra que o processo saúde/doença é dinâmico e que por isso necessita ser implementado continuamente. O interesse e apreensão que existe em melhorar as condições de atendimento à saúde no município, deixa transparecer uma forte preocupação com as condições de acessibilidade a estes serviços que vai além da retórica, buscando construir um sistema mais abrangente permitindo que um número cada vez maior receba cobertura desse tipo de atendimento.

Cabe ressaltar que com base nos resultados alcançados que esta Instituição conforme fala anterior busca enfrentar o desafio proposto para a implantação de novas unidades de PSF à procura de efetivações nas soluções do sistema de saúde público, trazendo impregnado o comprometimento da Instituição Azul com a população.

Evidenciou-se que cada uma das 33 unidades que constituem a Instituição supracitada possuem algumas diferenças e peculiaridades a respeito de seu atendimento como podemos perceber na fala:

“[...] dessas trinta e três unidades **nós temos três unidades** que são na verdade duas que têm **características de posto vinte e quatro horas**, elas têm uma característica mista, nós temos durante o dia o PSF e durante a noite então o plantão normal [...]” (I).

Esta peculiaridade é oferecida por duas unidades de atendimento 24 horas pelo SUS à população o que denota uma cobertura continua neste serviço. Isso não quer dizer e não garante que sejam oferecidas todas as especialidades em atendimento à saúde, mas sim a característica do recebimento do usuário em todos os horários, ou seja, nas 24h.

Em outra unidade existe como particularidade um atendimento misto, e também se considera seu funcionamento 24h por dia, como se denota a seguir:

“[...] ele tem uma **característica mista**, nós temos durante o dia o PSF e durante a noite então o plantão normal [...]” (I).

È a única unidade no município que possui esta característica, mas se percebeu que seu funcionamento realmente não abrange às 24 horas conforme pode se observado no seguinte diálogo:

“[...] nós temos um intervalo o que na minha opinião não lhe dá característica de vinte e quatro horas, porque as dezessete e trinta encerra o horário do PSF e aí só começa as vinte, o pessoal chama de vinte e quatro horas mas eu faço questão de dizer que não é embora a gente tenha a idéia de disso incidir os horários das equipes pra dar cobertura das oito da manhã até as vinte horas, quando isso acontecer eu vou dizer que é vinte quatro horas esse se chama mas também não é... isto [...]” (I).

A entrevistada esclarece que existe um pequeno período em que não é oferecida assistência em saúde; desta maneira se elucida as características de funcionamento da instituição estudada e assim poder entender as diferentes formas de assistência por ela oferecida à clientela do SUS.

Ao dar continuidade na análise e interpretação dos dados obtidos nas entrevistas se percebe que cada unidade que compõe a Instituição Azul tem características próprias que se ressaltaram no desenvolvimento da presente pesquisa.

Outra diversidade de atendimento oferecida pela Instituição Azul à clientela do SUS é:

“Pelo Decreto... de dois mil e dois que é uma portaria do Ministério da Saúde, é de dois mil, dois mil e dois a gente credenciou o nosso **CAPs**, a gente começou a oferecer mais do que um ambulatório ou seria modalidade de alta complexidade que é saúde mental” (M).

Esta modalidade destaca-se por uma peculiaridade ao atender a uma clientela especial, que são os portadores de doenças mentais e para tanto se articula com uma equipe especializada o que se pode compreender pela fala o que segue:

“Tem dois clínicos, área médica, **tem o psiquiatra** e eu to contratando por um ano uma psiquiatra, é psiquiatra infantil, [...] é especialização dela, trabalha muito bem a psiquiatria” (M).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) são serviços de atenção diária, criados para substituir as internações hospitalares. Esses locais oferecem desde cuidados clínicos até atividades de re-inserção social do paciente psiquiátrico, por meio do acesso ao trabalho, lazer, direitos civis e o fortalecimento dos laços

familiares e sociais, sua equipe é composta pelo enfermeiro e além dele de diferentes profissionais, entre eles o psiquiatra como foi destacado na fala anterior.

Os Caps prestam atendimento a pessoas com transtornos mentais. Quando cuidam de crianças e adolescentes são chamados de Caps-i. Também compõem a rede de Caps, serviços voltados às pessoas que sofrem de transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, Caps AD (BRASIL, 2006).

Constata-se na Instituição Azul, o oferecimento nesta unidade de atendimento terapêutico diferenciado conforme relato a seguir:

“[...] **outras formas de atendimento terapêutico** que é o que agente tem hoje, oficina de dança, oficina de música, oficina de arte da educação, alguma coisa de capacitação pro trabalho, geração de trabalho e renda, mas a gente ainda tá muito no trabalho manual, então é preencher os espaços desse indivíduo que precisa estar aqui por estar em crise ou por ter uma situação de gravidade maior ou por transtornos todos os dias da semana “ (M).

Este tipo de atendimento encontra respaldo no Ministério de Saúde (2004) que preconiza a deshospitalização. Por outro lado percebe-se o desafio e esforço por parte da Instituição Azul para oferecer este tipo de atendimento, demonstra preocupação de seus responsáveis em encontrar estratégias favoráveis em busca de melhores resultados neste campo da saúde. A variedade de opções oferecidas a este usuário, vai além do atendimento ambulatorial, abrangendo trabalhos de desenvolvimento intelectual, preocupação com o ser humano quanto a sua capacitação, tanto no que se refere ao trabalho como também o cuidado especialmente do seu lado emocional. Percebe-se que nesta unidade de serviço se faz uso em grande escala do lúdico. Essa forma de trabalhar utilizando o lúdico para despertar um maior interesse pelas atividades oferecidas pode auxiliar o usuário a encontrar-se consigo mesmo e assim fortalecer o seu equilíbrio emocional o que permite aplicar e perceber as diferentes conotações dos princípios do SUS.

Barrios (1991) considera o lúdico na existência humana como um cruzamento de âmbitos onde se expressa e se realiza, transforma e afronta o próprio ser e ao próprio mundo, onde se encontra a liberdade criadora entre a realidade e a fantasia.

O paradigma científico emergente não se apóia exclusivamente sobre certezas, sobre leis determinísticas, em ciências exatas, e sim procura recuperar a totalidade da realidade natural e social através de abordagens diversas:

multi-inter-transdisciplinares que incluem as ciências da natureza, ciências sociais, as disciplinas humanísticas e artísticas (PRIGOGINE, 1996).

A ludicidade representa para o ser humano uma necessidade que facilita a aprendizagem, o desenvolvimento pessoal, social e cultural, contribuindo para uma boa saúde mental, promovendo processos de socialização, comunicação, expressão e construção de conhecimentos (ROJAS 2006).

Apesar do esforço por oferecer um atendimento diário a este cliente se deparam com dificuldades principalmente com a insuficiência dos recursos:

“[...] na pratica a gente não consegue oferecer **pra ninguém ou pra muito poucos todos os dias da semana**, embora a gente ofereça refeições a gente acaba oferecendo pra um número reduzido de pessoas, a gente tem a maioria dos usuários inseridos no semi-intensivo que aí é três vezes por semana três dias por semana, aí são seis turnos de atendimento.” (M).

Destaca-se o desafio do serviço de saúde mental em oferecer atendimento a todos os seus usuários, o que levou a utilização de estratégias para obtenção deste resultado. É oferecido assistência em saúde mental, que não abrange somente o atendimento especializado, como também orientação aos familiares da terapêutica medicamentosa que o usuário utiliza. O entusiasmo manifestado pela entrevistada desvela dedicação, preocupação, humanização que é oferecido aos usuários e principalmente nota-se o profissionalismo e qualidade do atendimento. Percebe-se na própria fala que existe uma equipe comprometida com a qualidade do atendimento, acompanhada de terapias alternativas, que vão além de uma unidade de atendimento, deixando transparecer a imagem de uma grande família que se ajuda mutuamente.

Dando prosseguimento a análise e interpretação dos dados, são apresentadas similitudes de atendimento em diversas áreas da saúde que esta modalidade oferece aos seus clientes:

“[...] **tem** funciona aqui, é com gineco alguns poucos que tem, no caso de especialidade médica?.... a maioria é pediatria é ginecologia [...]” (J).

“Eu **tenho** muitos profissionais do hospital da família médicos com formação de pediatria, outros com formação de ginecologia,” (L).

“[...] nós **temos** os clínicos, em algumas unidades nós temos o atendimento de ginecologia que na maioria deles algum horário não é todo o tempo pediatria, que é na verdade o que agente precisa né? [...]” (I).

“O **básico**, pediátrico, clínico geral e psicólogo” (K).

Na maioria das unidades é oferecido atendimento clínico, ginecológico e pediátrico, destacando que cada prestação desta modalidade se articula de forma diferente entre elas. Cada entrevistado demonstrou com ênfase o esforço em poder oferecer atendimento aos seus usuários, sem formular nenhum tipo de críticas negativas a instituição ao qual desempenham suas funções, e sim ressaltaram os pontos positivos de suas unidades de atendimento.

Na Instituição Azul é possível perceber através dos diálogos outras particularidades de atendimento diferenciado como as falas a seguir manifestam:

“Temos **dentista**, tanto no turno da manhã, como no turno da tarde, temos prevenção do câncer, temos pediatria temos... no momento estamos sem ginecologia” (N).

“[...] existe **dentista**, então o básico é oferecido” (K).

Dentro do que foi citado nesta modalidade surge o atendimento odontológico oferecido à população durante o horário diurno de funcionamento da unidade, isto demonstra a preocupação da instituição em oferecer diversos tipos de atenção em saúde. Também é citado no diálogo o atendimento preventivo do câncer ginecológico. Todas estas peculiaridades que aparecem dentro das modalidades evidenciam os diferentes atendimentos em saúde que o município oferece a sua clientela.

Para Souza (2005) o **ambulatório** é uma unidade destinada para atendimento da população na área de consulta médica geral ou especializada, com a finalidade de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de forma programada. Tem como particularidade prestar atendimento aos clientes que não requerem hospitalização ou institucionalização.

Esta modalidade de atendimento é realizada por um ou mais membros da equipe de saúde a usuários que não demandem hospitalização (ANVISA, 2002).

Ainda para o Ministério da Saúde (2004), assistência ambulatorial é um conjunto de procedimentos médicos e terapêuticos de baixa complexidade, possíveis de realização em ambulatórios e postos de saúde.

Essa modalidade de atendimento demonstra o grande desafio para efetivar ações de saúde, na perspectiva do SUS. Olhando nesta ótica é possível entender a relação Estado/Saúde tomando como referência a conflitante situação social de desigualdades. Com essa ação o município se esforça à procura de soluções para a população.

No diálogo com os entrevistados da Instituição Azul a respeito de elucidar se a modalidade de assistência ambulatorial é oferecida nas 33 unidades de serviço, as respostas obtidas foram todas afirmativas a respeito da existência deste tipo de serviço; embora seja necessário destacar características diferentes advindas da especificidade que cada unidade componente da Instituição apresenta.

Embasados nestes conhecimentos se percebe a diversificação dos serviços de saúde oferecidos à população nas suas diferentes unidades como pode ser observado a seguir:

“Temos, **temos assistência ambulatorial**. Só um ambulatório; cirurgias agora a gente está fazendo, tem um médico que ta começando com pequenas cirurgias agora ele ta iniciando” (J).

“**Temos**, a unidade ela realiza toda a assistência ambulatorial voltada para clientela do saúde família” (L).

Observa-se que cada unidade possui uma peculiaridade diferente nesta modalidade de assistência, oferecendo diversificação nos tipos de atendimento.

É perceptível que uma das unidades vai além do básico e oferece pequenas cirurgias o que caracteriza um atendimento diferenciado, e com uma resolutividade mais ampla da demanda dos seus usuários, oportunizando este tipo de serviço na UBS.

Essas situações permitem refletir a respeito dos diferentes tipos de ações em saúde, ainda que realizadas em unidades básicas. Ao ultrapassar as fronteiras da demarcação do atendimento de cada unidade permite ampliar o leque de atendimento e assim melhorar a assistência a saúde dos clientes do SUS, que não necessariamente precisam de grandes deslocamentos para resolver situações de saúde que podem ser solucionados no âmbito básico.

Para Elias (2004) o SUS tem como principal objetivo a consagração da saúde como direito universal, mas torna-se necessário ressaltar que se encontra em processo de estruturação.

Serviços melhores organizados e estruturados têm a possibilidade de trazer maiores ganhos imediatos à saúde de todos os usuários. Essa melhora dos serviços encontra-se ancorado na criatividade e no poder decisório dos seus responsáveis.

O enfoque diversificado de atendimento oferecido pela Instituição Azul a nível ambulatorial pode ser observado nas seguintes respostas:

“No Centro de Saúde **tem assistência ambulatorial**. Nosso ambulatório funciona no período da manhã e tarde [...], tudo que for necessário no ambulatório geral, curativos, sondagens, [...]” (N).

A especificidade dos procedimentos realizados nesta unidade, implica numa diversificação e assim alcança uma maior abrangência do atendimento.

Essa diversificação pressupõe uma maior definição aos problemas de seus usuários, e assim uma maior eficácia na atenção básica ambulatorial oferecida pelo município.

Ainda a mesma unidade se caracteriza por outra peculiaridade no atendimento oferecido a sua clientela, e destaca-se como se percebe na continuação da fala:

“**Temos ambulatório de DST/AIDS** [...], temos um laboratório que engloba todos os setores do Posto, que engloba o DST no caso de fazer pesquisa sobre avaliar né?... a sangüínea dos pacientes que estão contaminados ou que vem pra fazer no CTA no Centro de Testagem [...]” (N).

Fica claramente ressaltada a importância do laboratório, o que representa uma enorme contribuição e comprometimento do controle das DST/AIDS, e permite perceber sua preocupação com a prevenção e controle, como também para com outras patologias, e que se destaca na mesma entrevista:

“[...] **é feito também a coleta** da hepatite, todas as hepatites, sífilis e também o HIV né?... esse é o fundamental e ainda é... depois eles podem ainda ser cadastrados nesse programa que é o CTA DST/AIDS, [...]” (N).

Os diálogos permitem compreender que a Instituição Azul oferece atenção básica aos usuários do SUS, assim como também atendimento através do CAPs e dos PSF. A assistência ambulatorial oferecida por esta instituição destaca-se como importante pilar da saúde municipal, utilizando-se como estratégia de desenvolvimento da atenção básica. Assim a Instituição Azul é permeada no seu funcionamento por interconexões e interdependências entre os serviços, vinculadas ao prédio principal onde são planejadas as estratégias municipais em saúde pelo gestor municipal.

Assim na perspectiva sistêmica de Bronfenbrenner (1996), pode-se afirmar que cada serviço pode ser considerado, dependendo da percepção como um microssistema, formando sistemas dentro de sistemas, que apesar de possuir

algumas características diferentes entre si, trabalham de forma equilibrada para alcançar os objetivos comuns que são oferecer atendimento de saúde à população.

Este conjunto de unidades na concepção de Bronfenbrenner (1996) pode ser considerado como mesossistema. Esta relação segundo o mesmo autor é permeada por mensagens que se transmitem de um serviço para outro ainda que fazendo parte da mesma instituição.

Quadro 8 - Modalidades de atendimento da Instituição Azul:
Assistência Ambulatorial

Modalidades de atendimento Instituição Azul	Existência	Área	Porta de entrada
Assistência Ambulatorial	Sim	Enfermagem: Atendimentos básicos de enfermagem. Agentes de saúde. PSF. Preventivo de câncer ginecológico, Assistência DST/AIDS,	UBS
		Medicina: Ginecologia Clínica médica e cirúrgica. Pediatria. Gastroenterologia.	UBS
		Outros profissionais que auxiliam no atendimento ambulatorial Psicólogo ,odonto, bio-químico, assistente social, nutricionista	UBS
		CAPS: psiquiatria adulto e pediátrica(equipe multiprofissional). Psicopedagogia. Trabalhos lúdicos (oficina de dança, música, arte e educação, trabalhos manuais).	UBS

Fonte: Silva (2006).

Continuando com a análise e interpretação dos dados, procura-se identificar a modalidade de assistência ambulatorial oferecida pelas demais instituições em estudo.

Segundo as respostas obtidas dos participantes da Instituição Amarela, confirmam que é oferecida a modalidade de assistência ambulatorial aos usuários do SUS, apresentando diversificação no atendimento conforme as falas a seguir:

“Temos, **temos ambulatório** de várias especialidades clínicas, cirúrgicas, tem pediatria. Isso agente tem” (G).

“É bem variado, nós temos as quatro clínicas básicas né? Clínica, cirúrgica, pediatria e gineco obstetrícia e depois nós temos uma série de especialidades como as infectocontagiosas, pneumo, gastro, que mais? Endócrino” (H).

“Consultas e procedimentos ambulatoriais, nós temos consultas de várias áreas quer que eu cite as áreas que nós temos? **Nós temos**

é... assim oh... nós temos... clínica geral, nós temos a consulta da clínica geral, nós temos dermatologia, nós temos traumatologia, nós temos pneumo, temos a gastro, temos endócrino, gineco, obstetra, pediatra, o oncologista, o neurologista, o cardiologista, o urologista e nefrologista” (B).

A presença de assistência ambulatorial ficou confirmada, e varias são as modalidades que a Instituição Amarela oferece aos seus clientes. Os serviços oferecidos na Área Médica são: clínica geral, cirúrgica, pediatria e ginecologia, obstetrícia, doenças infecto contagiosas, pneumologia, gastroenterologia, endócrino, dermatologia, traumatologia, oncologia, neurologia, cardiologia, urologia e nefrologia. É necessário ressaltar que também são realizados procedimentos no seu ambulatório. Visto sobre este aspecto, o serviço de atendimento ambulatorial oferecida através do SUS nesta Instituição torna-se um importante ponto de apoio para à população, o que pressupõe um melhor acesso aos serviços de saúde para todos os que ali o procuram.

Quadro 9 - Modalidades de atendimento da Instituição Amarela:
Assistência Ambulatorial

Modalidades de atendimento Instituição Amarela	Existência	Área	Porta de entrada
Assistência Ambulatorial	Sim	Clínica Cirurgia Pediatria Ginecologia Obstetrícia Doenças Infecto Pneumologia Gastrologia Endocrinologia Dermatologia Oncologia Neurologia Urologia Nefrologia Cardiologia Traumatologia	Agendamento Pronto Atendimento (espórádico)

Fonte: Silva (2006).

Aborda-se a seguir à assistência ambulatorial oferecida ao cliente do SUS pela Instituição Vermelha, apresentando suas características como se observa nos diálogos:

“[...] chega aqui no **Pronto Socorro** faz uma fichinha, faz uma fichinha e aí é visto pelo clínico, pelo cirurgião que ta de plantão aí e **ele vai ser avaliado**” (C).

“**Temos** gineco, obstetrícia, traumatologia, é... bucofacial, hemodiálise agora né?... o pessoal que tem problema renal, de nefrologia, isso aí [...]” (F).

“Ambulatorial? Traumatologia tem... Depois tem lá fora, tem as demais áreas são feitas lá” (A).

Através do exposto percebe-se a diversificação de especialidades oferecidas na assistência ambulatorial da Instituição Vermelha, o que indica uma abrangência ampla no atendimento ao usuário do SUS. Ao referir-se na fala “lá fora”, entende-se como os outros serviços de saúde que a Instituição Vermelha oferece, e que já foram abordados e explicados. Para melhor compreensão do leitor apresenta-se a fala do entrevistado conforme segue:

“Temos só para os pacientes que foram internados aqui na psiquiatria, mas aberto à comunidade a gente não tem, que faz parte das reuniões ,se é um paciente de fora que queira consultar a nível ambulatorial nós não temos” (E).

Conforme a fala essa modalidade ambulatorial restringe-se aos clientes do SUS egressos de internação nesta unidade. Ressaltando-se, portanto que apesar de ser um atendimento pelo SUS, não é oferecida a toda a comunidade como um serviço ambulatorial.

Entre as características da Instituição Vermelha destaca-se à especificidade do serviço de cardiologia conforme segue:

“Nós temos ambulatório, aí o ambulatório ele tem outras especialidades não é só cardiologia em si, nós temos residência clínica, residência cirúrgica, hematologia, cardiologia, cardiologia pediátrica, cirurgia cardíaca e oncologia, [...] pequenas cirurgias tem gineco, oncologia, mastologia, [...]” (D).

No serviço de cardiologia ficam explicitadas as diversas opções que o serviço ambulatorial oferece aos usuários do SUS, e ressalva-se o atendimento de cardiologia pediátrica como um serviço diferenciado a uma clientela especial.

Percebe-se que a assistência ambulatorial oferecida pela Instituição Vermelha é ampla e diversificada vindo ao encontro de uma oferta maior nos serviços de saúde à população do município.

Quadro 10 – Modalidades de atendimento da Instituição Vermelha:
Assistência Ambulatorial

Modalidades de atendimento Instituição Vermelha	Existência	Área	Porta de entrada
Assistência Ambulatorial	Sim	Clínica Cirurgia Ginecologia Obstetrícia Traumatologia Bucofacial Hemodiálise Nefrologia Hematologia Mastologia Cardiologia: adulto, pediátrico e cirurgia cardíaca. Psiquiatria(Exclusivo para clientes que estiveram internados no hospital psiquiátrico) Oncologia.	Setor de urgência e emergência. Cardiologia. Psiquiatria Oncologia

Fonte: Silva (2006).

A seguir apresenta-se a modalidade **internação hospitalar** oferecida pelas instituições pesquisadas à clientela do SUS no município do Rio Grande.

A Comissão de Peritos em Assistência Médica da Organização Mundial da Saúde, reunida no período de 18 a 23 junho de 1956, em Genebra, definiu o hospital como uma parte integral de uma organização médica e social, tendo como função prover completa assistência de saúde à população, curativa e preventiva, como também, um centro de ensino por excelência, bem como à pesquisa biossocial (TREVIZAM, 1995).

No que diz respeito à internação hospitalar, o Ministério da Saúde (2004) a caracteriza como a modalidade que se destina aos pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas.

Assim, conforme já esclarecido, inicia-se a análise e interpretação da investigação a respeito da existência da modalidade de internação hospitalar pela Instituição Amarela:

“Sim, **temos** internação hospitalar” (H).

“**Temos**, sim” (B).

“Nós **temos**, sim” (G).

Todos os entrevistados desta instituição afirmam a existência da modalidade de internação hospitalar nesta instituição. É importante destacar que esta instituição tem uma característica mista como se evidencia no relato a seguir:

“[...] nós somos **o único hospital público** da cidade [...] nós temos um setor que é o setor de convênios e particulares ali é onde interna todo tipo de paciente: criança, jovens, adultos, idosos, ta ele é só pra pessoas que tem convênio” (B).

Fica evidente no relato que esta Instituição apesar de ser pública atende também aos usuários que possuem algum tipo de convênio²⁷ diferente do oferecido pelo SUS.

A Instituição Amarela oferece a internação hospitalar aos usuários do SUS, embora com enfoque diversificado, o que se percebe a seguir:

“Internação hospitalar **nós temos** a clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia-obstetrícia e aí pediatria, são as áreas maiores e também ortopedia e traumatologia” (G).

“Tem é pelo SUS. **Nós temos** internações clínicas, cirúrgicas, pediátricas, ginecológicas, obstétricas” (H).

“Nós temos uma internação no setor de urgência e emergência, nós temos uma enfermaria onde os pacientes ficam internados, e depois nós temos as unidades de internação são: unidade de clínica médica, unidade de clínica cirúrgica, nós temos UTI geral, nós temos maternidade, nós temos pediatria, UTI neo” (B).

Pode-se observar que várias são as áreas de internação oferecidas por esta Instituição, assim como o acolhimento a todas as faixas de idade dos usuários que ali procuram atendimento. A porta de entrada para seu acesso se dá através do setor de pronto atendimento desta instituição. Na maioria das vezes a internação é realizada através desta unidade esclarecendo que alguns casos em especial não utilizam esta via como pode ser observado:

“[...] a não ser os casos ambulatoriais e mesmo assim se o caso ambulatorial precisar de internação, **ele vem aqui pra fazer a guia de internação**. É o médico plantonista que faz a guia de internação. Alguns, pode ser que alguns por exemplo a cirurgia corretiva e algum outro tipo especial pode não passar, mas noventa e nove por cento passa” (H).

Percebe-se nesta fala que a internação hospitalar é solicitada pelo médico por meio de um formulário específico, e que, na grande maioria, na Instituição Amarela é realizada através da unidade de pronto atendimento tornando-se, assim, à porta de entrada para a internação.

²⁷ Convênio: é necessário esclarecer que o SUS também é um convênio já que paga pelos serviços prestados aos usuários.

É importante notar a preocupação demonstrada pela entrevistada sobre a situação desta unidade causada pelo grande fluxo de usuários que por ali passam, e que pode ser percebida conforme segue:

“Rio Grande tem um problema muito sério de **falta de leitos** ta... nós temos uma população grande e uma limitação de leitos bastante importante, por hora a gente tem no setor de emergência, a gente tem uma enfermaria de internação” (B).

Dentre as dificuldades salientadas está a falta de leitos que o Município oferece aos seus usuários. Com o objetivo de pelo menos minorar esta problemática a Instituição Amarela implantou uma enfermaria na própria unidade de Pronto Atendimento. Este fato sinaliza a situação caótica em que se encontram as unidades de pronto atendimento, emergência e urgência no Brasil, por falta de gerenciamento coerente do setor saúde pelos órgãos públicos correspondentes. Esses temas destacam-se constantemente na imprensa local, nacional e internacional.

Apesar de todo este fluxo de pessoas provocando a superlotação dessa unidade de serviço, a participante deixa transparecer a preocupação e da ênfase em solucionar e facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde oferecidos pela Instituição Amarela.

“[...] então acaba acumulando, nós somos o único hospital público da cidade então **cabe a nós**, dentro das nossas limitações arrumar a solução pra esses problemas” (B).

Estes relatos nos desvelam as diversas dificuldades que o sistema de saúde enfrenta, e denota a preocupação em oferecer condições de assistência ao usuário, questionando, tomando decisões com vistas a encontrar soluções para os problemas de saúde da população.

Destaca-se na fala a grande preocupação e responsabilidade em obter soluções para os usuários que chegam à Instituição à procura de atendimento no serviço de saúde. Esta situação permite refletir à respeito da problemática que o sistema de saúde enfrenta e destacar a importância da participação de todos os cidadãos à procura de soluções efetivas.

Através dos depoimentos apresentados podem-se compreender as diferentes formas de internação hospitalar oferecidas pela Instituição Amarela a sua clientela do SUS, entre elas clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) para adultos e neonatologia, e a unidade de urgência e emergência que tem característica mista como já foi abordado

anteriormente, possuindo uma enfermaria de internação onde permanece o usuário aguardando liberação do leito da unidade para a qual será encaminhado.

Quadro 11 - Modalidades de atendimento da Instituição Amarela:
Internação Hospitalar

Modalidades de atendimento Instituição Amarela	Existência	Área	Porta de entrada
Internação Hospitalar	Sim	Clínica médica Clínica Cirúrgica Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria, Ortopedia, Traumatologia Urgência e emergência UTI geral UTI neonatal	Pronto Atendimento

Fonte: Silva (2006).

Ao pesquisar a Instituição Vermelha em relação à internação hospitalar, obteve-se todas as respostas afirmativas quanto a existência desta modalidade de atendimento como é confirmado a seguir:

“**Nós temos** aqui.” (A).

“Sim. **Temos** internação hospitalar, sim” (D).

“Sim, **temos**” (F).

“Sim, **temos**, sim” (C).

“Sim, **existe** sim” (E).

É necessário esclarecer que esta modalidade de atendimento apresenta diferentes características como se percebe nas falas a seguir:

“**Nós temos** aqui as áreas de oncologia, psiquiatria, neurocirurgia, traumatologia, obstetrícia, cirurgia geral, clínica geral, isso aqui no hospital” (A).

“**Temos** urgência e emergência, hemodiálise, traumato, bucofacial. Sim, temos internação hospitalar sim” (D).

“**Temos** sim internação hospitalar, temos urgência e emergência e para traumato também, traumato é um serviço de referência, vem pessoas de todo o estado, de Porto Alegre pra baixo... do SUS pro Pronto Socorro” (C).

A instituição Vermelha oferece a internação hospitalar em várias áreas como confirmam as falas. Uma especificidade como ponto de referência, é o atendimento de traumatologia procurado por outros municípios. Para compreender e facilitar ao leitor o entendimento a respeito do funcionamento e modalidades de atendimento que são oferecidos ao cliente do SUS nesta Instituição, é necessário esclarecer que

a mesma é dividida em serviços específicos com suas áreas físicas próprias interligadas ao prédio principal. Esta percepção é facilitada pelas seguintes falas:

“É **psiquiatria**, só psiquiatria..., só psiquiatria [...]” (E).

“[...] é especializado em **cardiologia**, aqui é específico em cardiologia... sim... aqui nesse setor, nesse hospital.” (D).

“O atendimento é para os pacientes do serviço de **oncologia**” (F).

Ficaram explícitos os diferentes tipos de serviços oferecidos pela Instituição Vermelha, como também a especificidade dos locais para a realização do atendimento a sua clientela, destacando o serviço de psiquiatria, oncologia, cardiologia e a instituição asilar. Cada um destes serviços tem seu próprio prédio, interligado ao prédio principal da Instituição Vermelha onde são coordenadas as ações administrativas junto a cada responsável por cada serviço. Esta especificidade de atendimento permite o direcionamento da clientela do SUS de acordo a suas necessidades o que pode-se notar a seguir:

“[...] a comunidade já está tão habituada, tão viciada que eles **vêm direto ao Pronto Atendimento** aqui, mas o ideal é ir, se é algum sintoma cardíaco ou se já ele já tem uma história cardíaca é tu ficar na emergência/urgência do serviço de cardiologia, se for a nível de psiquiatria no Hospital Psiquiátrico” (F).

Apesar das especificidades dos serviços, a clientela tem como ponto de referência a Unidade de Emergência e Urgência da Instituição Vermelha como o local para seu primeiro atendimento. O Pronto Socorro tornou-se culturalmente o primeiro local procurado pela maioria dos usuários à procura de atendimento em saúde. Vários são as causas outorgadas a este comportamento popular, entre elas a resolutividade dos problemas de forma mais rápida, uma rede municipal com poucos recursos e lenta, o que traz aumento da demanda e como consequência diminuição da qualidade do atendimento.

Importante salientar que todos os pacientes que procuram o pronto socorro recebem um direcionamento efetivo:

“[...] **são avaliados**, nunca saem sem avaliação, são avaliados, feitos os exames de rotina pra cada caso né?... então são encaminhados pro serviço adequado” (F).

De acordo com os entrevistados, mesmo diante de uma grande demanda de usuários do SUS que procuram os serviços de saúde oferecidos pela Instituição

Vermelha, todos são acolhidos e encaminhados para os serviços especiais se assim for necessário.

A porta de entrada, para a utilização dos serviços oferecidos pela Instituição sempre se dá através do setor de urgência/ emergência:

“A entrada da clientela aqui é **sempre via urgência/emergência**, sempre, sempre, sempre, via urgência/emergência ta... e os serviços estão organizados urgência/emergência em relação ao atendimento clínico, médico clínico, pediátrico e cirúrgico são esses três...se houver a necessidade da internação é encaminhado já, já fica aguardando um leito, já fica na observação, aguardando um leito”(F).

Ficou esclarecido que, praticamente todas as internações na Instituição Vermelha são realizadas através da porta de entrada situada na unidade de emergência/urgência. Somente os serviços de oncologia, psiquiatria, cardiologia e asilar, possuem autonomia para realizar suas próprias internações. A modalidade de internação asilar deixou de ser citada nesta pesquisa por que segundo informação esta não é uma modalidade de internação oferecida pelo SUS nesta instituição.

“A cardiologia interna pelo Pronto Socorro lá, de cardiologia... A psiquiatria é lá na psiquiatria, a oncologia pode ser por aqui, pode ser por lá, o asilo é lá direto” (A).

No que diz respeito às internações na cardiologia, oncologia, psiquiatria e instituição asilar podem se realizadas de forma direta no serviço específico de cada unidade sem necessidade de passar pela unidade de emergência/urgência.

Como se percebe pela fala alguns serviços como a cardiologia, a psiquiatria e a oncologia possuem autonomia a respeito das internações em suas unidades. Essa forma de agir facilita a administração no controle de leitos e ao mesmo tempo facilita o desenvolvimento do serviço de emergência/urgência, que sendo a porta principal das internações conta com o apoio destas unidades.

Quadro 12 – Modalidades de atendimento da Instituição Vermelha:
Internação Hospitalar

Modalidades de atendimento Instituição Vermelha	Existência	Área	Porta de entrada
Internação Hospitalar	Sim	Clínica, médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Neurocirurgia, Traumatologia, Obstetrícia, Urgência e emergência, Hemodiálise, Bucofacial.	Setor de urgência e emergência.
		Oncologia	Oncologia
		Cardiologia	Cardiologia.
		Psiquiatria	Psiquiatria
		Instituição asilar	Instituição asilar.

Fonte: Silva (2006).

Continuando a pesquisa na Instituição Amarela foi abordado e elucidado á respeito se esta instituição oferece **internação domiciliar** aos seus usuários do SUS.

Este tipo de modalidade tem se tornado um importante serviço na assistência à saúde no Brasil tanto no campo privado, como público. Está vinculada a proposta do SUS, e alicerçada nos seus princípios.

Com a lei número 10424, de 15 de Abril de 2002, acrescenta o capítulo e artigo á lei 8080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a internação hospitalar domiciliar no SUS.

Esta modalidade de assistência se apresenta com vários objetivos, entre os quais se destaca a desospitalização, em que, é transferindo o cuidado do usuário para o seu domicílio.

Este tipo de serviço é respaldado na Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 (Anexo 4) que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, Publicado no Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 30 de janeiro de 2006.

Segundo Ladeia (2003), a assistência domiciliar a saúde, como é concebida na atualidade, fundamenta-se no princípio do paciente poder receber os cuidados dos quais necessita, no convívio com seus familiares, ministrados por pessoas leigas escolhidas pela família, orientados e supervisionados por uma equipe multidisciplinar qualificada de profissionais da área de saúde fornecendo de maneira constante, o apoio necessário para uma melhor relação técnico-comportamental, entre cuidador e paciente. Para que o cuidador desempenhe de forma eficiente seu papel, se faz necessário, além de treinamento qualificado, uma monitorização ativa de relação entre cuidador e paciente.

O depoimento dos entrevistados revela que não é oferecida a assistência a domicílio pela Instituição Amarela, mas sim é conhecida este tipo de modalidade pelos entrevistados como se percebe a seguir:

“No hospital **temos só o projeto** [...]” (B).

“Não, **não temos** é um projeto que se pretende implantar mais não tem” (G).

“A internação a domicílio **nós tivemos projetos**, mas nunca conseguimos concretizar efetivamente os nossos projetos” (H).

Importante notar que possuem conhecimento da internação a domicílio, e também demonstram algumas das dificuldades encontradas para sua implantação como se percebe no seguinte diálogo:

“Fizemos piloto sim, nós fizemos uma espécie de projeto pra ser aprovado dentro do Hospital [...] não conseguimos batizar com o nome de internação domiciliar porque faltava muita coisa ainda, mas nós fizemos um pré-projeto então como assistência domiciliar, aí da assistência domiciliar nós fomos indo, fizemos em alguns pacientes e depois a coisa, tu sabe né, não era uma coisa institucionalizada, **nós acabamos nos perdendo** [...] a idéia foi muito boa” (H).

Percebe-se através da fala que possuem conhecimento das características desta modalidade de atendimento bem como as diferenças e os princípios que pautam a internação a domicílio e a assistência domiciliar. Evidencia-se que não basta um projeto, mas é preciso, além disso, do apoio administrativo da Direção da Instituição, é necessário uma equipe multiprofissional, equipamento e material e, sobretudo uma grande articulação com a Instituição responsável pelo atendimento ao cliente, que para todos os efeitos legais continua internado ainda que à domicílio. O que muda é o espaço em que o cliente é internado.

A fala a seguir demonstra o interesse e os benefícios que este serviço poderia trazer para a instituição:

“[...] nos interessa esse tipo de modalidade é que nós temos problemas de superlotação, com os leitos, isso certamente vai melhorar a dinâmica do hospital, é um projeto que tem que ser muito bem cuidado, muito bem tratado, temos bastante interesse nessa área” (G).

O relato destaca como uma das vantagens que este tipo de serviço oferece diretamente à instituição, mas que atinge a clientela pela otimização de leitos, trazendo como consequência uma rotatividade mais ampla e eficaz para a instituição hospitalar o que se reverte em benefício da população.

A compreensão e vantagens que este serviço poderá trazer para a própria instituição e usuário fica explicitado nas seguintes falas:

“[...] nós já nos ensaiamos algumas vezes e acompanhamos alguns pacientes, têm alguns pacientes que acabam solicitando e a gente vai dar em casa dar algumas orientações, a gente faz alguma coisa nesse sentido né?” (B).

“[...] a idéia foi muito boa, tanto é que nós tivemos uma paciente que internava assim de mês em mês, de dois em dois meses, ficou nove meses sem se internar eu acho que falta uma articulação, falta tu ter as pessoas certas pro lugar certo” (H).

“[...] isso **certamente vai melhorar a dinâmica do hospital**, é um projeto que tem que ser muito bem cuidado, muito bem tratado, e não temos experiências de internação a domicílio, ainda não “ (G).

Fica evidente que a instituição realizou assistência domiciliar com alguns usuários de forma experimental, mas denota-se que não a internação domiciliar, que possui características específicas como já foram citadas anteriormente, determinada pela legislação para ser considerada como tal.

Prosseguindo com as entrevistas com base no roteiro nº1, investigou-se se a Instituição Vermelha oferece internação hospitalar à domicílio:

“**Não**, hum..., não [...]” (A).

“**Não**, não [...]” (C).

“Esse trabalho não... **tem algum trabalho já de visita domiciliar** é... de acompanhamento pós-hospitalar, aqui a gente tem, mas os pacientes vem até o serviço” (D).

“**Não**... nós não... não, já ouvi falar... mas assim... certinho eu não sei... mas eu já ouvi falar como funciona” (E).

“**Não** temos este serviço” (F).

Esta modalidade não é oferecida pela instituição, e somente a minoria dos entrevistados possuía algum conhecimento ainda que impreciso à respeito deste serviço. As respostas nos conduzem a pensar que esta modalidade talvez não seja oferecida, devido ao seu desconhecimento ou falta de esclarecimento.

Ressalta-se que a modalidade internação domiciliar é uma estratégia de atendimento que poderia ser implementadas no município porque seria capaz de aliviar a falta de leitos que todas as instituições/organizações/serviços apontam como de maior dificuldade que enfrentam no atendimento à clientela do SUS.

O Quadro a seguir com o propósito de visualizar e compreender de forma mais clara, traz resumidamente as modalidades que as Instituições/organizações/serviços oferecem aos usuários do SUS no município do Rio Grande.

Prosseguindo com a pesquisa, investigou-se a existência da modalidade de **Hospital Dia** é oferecida à clientela do SUS no município do Rio Grande.

O Ministério da Saúde (2004) define Hospital dia como uma forma intermediária de assistência à saúde situado entre a Internação Hospitalar e a Internação Hospitalar à Domicílio podendo, também, se complementar com esta.

O Hospital-Dia apresenta-se como uma modalidade assistencial, cuja função é proporcionar atendimento ao cliente durante o turno diurno, regressando ao convívio familiar ao término do período. É uma forma intermediária entre as modalidades hospitalar, ambulatorial e internação hospitalar à domicílio preservando os vínculos familiares e sociais, na medida em que o paciente não é afastado do convívio diário com a família e com a sociedade.

O Ministério da Saúde através da Portaria Nº 44, de 10 de janeiro de 2001 conceitua o Hospital Dia como:

Art. 2º Definir como Regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas.

Esta modalidade pode envolver uma gama diversificada de patologias, constituindo os diversos serviços oferecidos à clientela, tendo como ponto em comum a legislação.

Os entrevistados da Instituição Amarela que fizeram parte da presente pesquisa ao serem questionado a respeito da existência da modalidade Hospital Dia, foram unânimes em afirmar sua existência nesta instituição o que é confirmado nas falas a seguir:

“Sim **temos** para pacientes de HIV/AIDS. Tem, tem uma parte que é específica pro paciente HIV, tem outra para doenças crônicas né? aquele paciente de doenças terminais que precisa de analgesia freqüente e de doenças crônicas como diabetes, DBPOC isso tem também” (G).

“**Temos** dois hospitais dia, temos hospital dia específico para o portador de HIV e doente de AIDS, então temos um hospital dia pro HIV/AIDS e temos um hospital dia para doentes com patologias crônicas, que é o hospital dia dos crônicos: cardiopatas, hipertensos, diabéticos, hepatopatas [...]” (B).

“**Temos** Hospital Dia. Temos Hospital Dia de crônicos e de SIDA. O crônico? Diabéticos, hipertensos, que mais... e algumas outras patologias crônicas né? Um específico pra HIV, adulto e pediátrico” (H).

As falas mostram a presença deste serviço na instituição e as diferentes formas oferecidas ao usuário. Entre os serviços oferecidos destaca-se algumas especificidades, tais como oferecer assistência aos portadores de HIV, que numa

das falas dá ênfase a este serviço salientando que ele é oferecido para todas as idades.

Também denota-se a presença do hospital dia para doenças crônicas abrangendo de forma heterogênea a diversas patologias como diabetes , hipertensão arterial, doentes terminais, cardiopatias,hepatopatias.

Esta forma de serviço encontrada na instituição vai ao encontro do referencial teórico confirmando a diversificação de atendimento em que esta modalidade pode ser aplicada e que dependendo do grupo de clientes atendidos constitui os serviços.

O depoimento de um dos entrevistados evidencia seu conhecimento á respeito da legislação e funcionamento deste serviço o que permite perceber as diversas maneiras em que atua:

“[...] é assim oh.... **os hospitais dia eles têm esse nome mas não quer dizer que o paciente tenha que ficar o dia**, muitas vezes são medicações que só podem ser realizadas a nível hospitalar porque tem todo o efeito imediato na administração da medicação né” (B).

Na Instituição Amarela ao oferecer o atendimento na modalidade de hospital dia aparecem destacadas as inter-relações da equipe de saúde e usuário, especificamente na educação em saúde, onde o usuário é orientado nos tratamentos e uso de medicamentos. Estas informações devem ser de fácil compreensão, com um linguajar próprio para o entendimento de nosso cliente, com informações precisas e objetivas. O impacto do conteúdo transmitido pode ou não modificar a forma de comportamento do receptor, denotando a necessidade de compreensão por parte do usuário para que desta maneira possa objetivar suas necessidades o qual motivou a procura neste serviço.

Esta troca de informações evidenciá-se na fala a seguir:

“[...] então **eles vem**, pacientes que estão fazendo por exemplo assim, adaptação da insulina, paciente que estão começando a aprender a usar as bombinhas, os brônquio dilatadores né” (B).

Assim como também é salientado um dos objetivos deste tipo de modalidade de atendimento:

“[...] o hospital dia **tem um objetivo bastante claro**: evitar internações né.... e agravamento da patologia crônica” (H).

Esta percepção leva a refletir que quando estes serviços forem bem estruturados podem diminuir o fluxo de internação hospitalar, e conseqüentemente

otimizar maior quantidade de leitos disponíveis na rede, assim como oferecer melhoria na qualidade do atendimento e da vida do usuário/família.

As explicações dadas pelos participantes deixaram transparecer que estavam impregnadas de responsabilidade e comprometimento junto à clientela. Isso se percebeu através de todas as entrevistas, assim como a ênfase ressaltada ao demonstrar conhecimento do assunto como também os objetivos e a sua importância desta modalidade de atendimento para os clientes que ali procuram acolhimento a busca de soluções para seus problemas de saúde.

Buscando entender se a modalidade Hospital Dia é oferecida pela Instituição Vermelha, se indagou à respeito, e obtiveram-se as seguintes respostas por parte dos entrevistados:

“A cardiologia **não** oferece hospital dia” (D).

“**Não**. Hospital Geral não” (C).

“Hospital Dia nós **temos na psiquiatria**, eles ficam das oito da manhã ao meio dia e depois das duas até cinco, seis horas da tarde” (A).

“**Só o Hospital Psiquiátrico** tem Hospital Dia.” (F).

“**Ele funciona** das oito as doze e depois da uma a cinco horas da tarde, depois os pacientes que tiveram aqui no hospital, tiveram alta e continuam, precisam fazer trabalho, desenvolver, se integrar na sociedade então eles fazem parte do Hospital Dia” (E).

As falas demonstram que a Instituição Vermelha oferece a modalidade de Hospital Dia no serviço de psiquiatria com algumas peculiaridades como no oferecimento da terapia medicamentosa e também atividades lúdicas com o objetivo de proporcionar a reintegração do cliente na sociedade.

O cliente da unidade de psiquiatria pode permanecer neste serviço por um período de um ano se não houver re-internação, caso neste tempo necessite de nova internação na área de psiquiatria o retorno para o hospital dia começa a ser contabilizado a partir da sua alta conforme fala a seguir:

“[...] **é um tempo determinado**, máximo um ano, máximo.... mas eles continuam, é o máximo, se eles tiverem uma internação no meio desse Hospital Dia... aí anula aquilo que eles já tiveram, ah... isso pode acontecer claro... aí eles ficam mais um ano” (E).

Esta modalidade, hospital dia psiquiátrico, foi regulamentada com a Portaria nº 2415 de 23 de março de 1998, surgiu com a finalidade de proporcionar formas de atendimento alternativas de assistência ao usuário destes serviços. É considerado um atendimento intermediário entre assistência ambulatorial e a internação hospitalar estimulando os mecanismos que facilitam a readaptação social e possibilite o retorno do paciente à comunidade o mais breve possível. A família e os pacientes são estimulados a uma participação mais ativa no tratamento, para desta forma tentar evitar a institucionalização.

Evidencia-se nitidamente que a modalidade de Hospital Dia, na Instituição Vermelha é oferecida unicamente nesta área deixando claro que no hospital geral e cardiologia esta modalidade é inexistente.

O Quadro a seguir com o propósito de visualizar e compreender de forma mais clara, traz resumidamente as modalidades que as Instituições/organizações/serviços oferecem aos usuários do SUS no município do Rio Grande.

Evidencia-se que existem, entre as instituições hospitalares, formas muito semelhantes no que tange ao tipo de oferecimento de modalidades de atendimento à clientela. Enquanto que a rede básica busca de maneira constante adequar-se as normas legais, utiliza diversas estratégias que auxiliam a encontrar soluções para atender a demanda cada vez mais numerosa, consciente e crítica, lutando pela sua cidadania social, cultural e política tendo e entendendo a saúde como um direito.

QUADRO -13 - MODALIDADES DE ATENDIMENTO OFERECIDAS A
CLIENTELA DO SUS PELAS INSTITUIÇÕES/ORGANIZAÇÕES/SERVIÇOS
DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE.

	INSTITUIÇÃO AZUL			INSTITUIÇÃO AMARELA			INSTITUIÇÃO VERMELHA		
Modalidades	Existe	Áreas	Porta entrada	Exis te	Áreas	Porta entrada	Existe	Áreas	Porta entrada
Assistência Ambulatorial	Sim	Enfermagem: Atendimentos básicos de enfermagem. Agentes de saúde. PSF. Preventivo de câncer ginecológico, Assistência DST/AIDS, Medicina: Gynecologia Clinica médica e cirúrgica. Pediatria. Gastroenterologia. Outros profissionais que auxiliam no atenfimento ambulatorial Psicólogo, odonto, bio-químico, assistente social, nutricionista CAPs: psiquiatria adulto e pediátrica(equipe multiprofissional). Psicopedagogia. Trabalhos lúdicos (oficina de dança, música, arte e educação, trabalhos manuais).	UBS UBS UBS UBS	Sim	Clínica Cirurgia Pediatria Gynecologia Obstetrícia Doenças Infecto Pneumologia Gastrologia Endocrinologia Dermatologia Oncologia Neurologia Urologia Nefrologia Cardiologia Traumatologia	Agendamento Pronto Atendimento (esporádico)	Sim	Clinica médica ClínicaCirurgica Gynecologia Obstetrícia Traumatologia Bucofacial Hemodiálise Nefrologia Hematologia Mastologia Cardiologia: adulto, pediátrico e cirurgia cardíaca. Psiquiatria (Exclusivo para clientes que estiveram internados no hospital psiquiátrico) Oncologia.	Setor de urgência e emergência. Cardiologia. Psiquiatria Oncologia
Internação Hospitalar	Não			Sim	Clínica médica Clinica Cirurg.. Gynecologia, Obstetrícia, Pediatria, Ortopedia, Traumatologia Urgência e emergência UTI geral UTI neonatal	Pronto Atendimento	Sim	Clinica, médica Clínica Cirurgica. Pediatria, Neurocirurgia, Traumatologia, Obstetrícia, Urgência e emergência. Hemodiálise, Bucofacial. Oncologia Cardiologia Psiquiatria Instituição asilar	Setor de urgência e emergência. Oncologia Cardiologia. Psiquiatria Instituição asilar.
Hospital Dia	Não			Sim	Para portador de HIV e doentes de Aids. Para clientes com patologias crônicas	Pronto Atendimento Após alta hospitalar (encaminhamen to direto)	Sim	Psiquiatria	Setor de urgência e emergência. Psiquiatria.
Internação Domiciliar	Não			Não			Não		

Fonte: Silva (2006)

5.2 - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Na presente categoria procurou-se identificar a existência da equipe multiprofissional de saúde nas diversas modalidades de atendimento, buscando identificar grupos profissionais que fazem parte da equipe e em que modalidades é oferecida. A pesquisa foi realizada, tanto na Instituição Azul que atende a rede básica do município do Rio Grande e também na Instituição Amarela, e na Vermelha que fazem parte da rede hospitalar do mesmo município.

Equipe no entender de Bueno (1986, p.428) “é um grupo de dois ou mais indivíduos que tomam parte, juntos, num determinado trabalho”.

Entende-se que a equipe multiprofissional em saúde “é composta por médico assistente, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, fonoaudióloga, psicólogo e terapeuta ocupacional” (BRASIL, 2004, p.49).

Para Basso (2006) a equipe multiprofissional de saúde é constituída por um grupo de pessoas com objetivos comuns, que consideram suas competências individuais, assim como as inter-relações entre os componentes.

Portanto, a equipe multiprofissional requer esforços interdependentes, de colaboração e cooperação de todos os seus componentes. Ela surge como uma estratégia para re-organizar o trabalho da saúde e promover qualidade no atendimento nos serviços oferecidos.

Visando atender às demandas atuais, os avanços tecnológicos e profissionais as Instituições/organizações/serviços de saúde modificaram seus processos de trabalho alicerçando-os nas competências e habilidades técnicas embasados na multiespecialização. Estes profissionais necessitam ser aptos a superar desafios, olhando a saúde sob o aspecto multiprofissional e interdisciplinar, apoiado na pluralidade de saberes dos diferentes componentes, na divisão das responsabilidades no momento da decisão, respeitando a especificidade, autonomia, competência e atuação individual flexível de cada profissional.

Segundo Peduzzi (2001) pode-se construir uma equipe-integração mesmo em situações em que há relações assimétricas entre os distintos profissionais.

Entende-se que isoladamente nenhum profissional da saúde dá conta da complexidade dos condicionantes e determinantes da saúde e que por isso há

necessidade de flexibilizar os limites das competências de cada profissional para conseguir alcançar o produto coletivo da saúde.

A existência da equipe multiprofissional na Instituição Azul foi constatada por todos os participantes da pesquisa desta instituição como se observa na fala a seguir:

“Sim temos, na verdade nós não temos todos os profissionais que nós gostaríamos” (I).

“Olha eu acho que seria básico” (K).

“[...] eu tenho eu trabalho com equipe sim, [...]” (N).

“Tem, tem um trabalho que é multiprofissional” (J).

“[...] equipe básica só a da família” (L).

“Temos, a gente tem” (M).

A diversidade das respostas deixa transparecer a existência da equipe multiprofissional. Um dos entrevistados ressalta a necessidade da participação de diferentes profissionais sem especificar quais deles. Outra peculiaridade perceptível é a presença de uma “equipe básica” que na continuação das falas fica mais evidente e que permite uma melhor compreensão quanto à existência da equipe multiprofissional.

“No PSF só médico e enfermeiro por enquanto, técnicos de enfermagem e os agentes de saúde [...] equipe básica” (L).

“Temos os médicos, os técnicos de enfermagem, os auxiliares de enfermagem... básica e o enfermeiro” (N).

“[...] tem em todas as unidades, em todas elas nós temos médicos e enfermeiros e técnicos em enfermagem” (I).

Compreende-se por equipe básica na Instituição Azul a formada pela equipe de enfermagem e a participação do profissional médico em todas as 33 unidades que compõem a referida instituição.

Os entrevistados afirmam a presença da equipe multiprofissional de saúde ressaltando algumas particularidades o que pressupõe que suas articulações tenham suas características próprias em cada serviço, como também há variação da sua composição em cada uma delas como se percebe a seguir:

“Têm médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social, nutricionista” (I).

“Temos os médicos, os técnicos de enfermagem, os auxiliares de enfermagem, tenho a nutricionista embora ela pertença ao programa de diabetes, temos aqui também [...]” (N).

“[...] só a enfermeira e os auxiliares, tem cobertura vinte e quatro horas. Têm agendamento para dentista, nutricionista uma vez por mês, psicóloga terça, quarta e quinta.” (K).

“[...] tem nutricionista, tem psicóloga eles encaminham pro médico, tem psiquiatra que atende.... médico, enfermeira aí o técnico ou auxiliar é a base, é a base[...]” (J).

“Família só médico e enfermeiro por enquanto, técnicos de enfermagem e os agentes de saúde, agora outros profissionais de nível superior não” (L).

De maneira geral os entrevistados mostram as particularidades e características de cada equipe multiprofissional de saúde na qual atuam e especificam suas estratégias de atendimento aos clientes do SUS.

Através de estratégias que a equipe busca em conjunto surge um grande aprendizado dos seus componentes. Esse aprendizado diz respeito a necessidade de adaptações constantes que a equipe precisa realizar para atender as diversas situações que se apresentam (LAHAM,2005).

Percebe-se a presença do profissional enfermeiro, médico, dentista, assistente social, nutricionista, psicólogo, agentes de saúde distribuídos e compondo as várias equipes. Salienta-se que umas equipes são somente compostas por enfermeiras e auxiliares de enfermagem, e outras possuem outros profissionais. É destacado a presença do serviço de enfermagem durante as vinte e quatro horas, enquanto os outros profissionais oferecem um atendimento parcial, ao cliente SUS que procura nesta unidade atendimento a saúde, assim, tem-se a presença do nutricionista uma vez ao mês e o serviço oferecido pela psicologia três vezes na semana e o médico em horários pré-estabelecidos.

Para Peduzzi (1998), a equipe deve ser flexível em relação a divisão do trabalho, considerando não apenas a interdependência, mas também a autonomia de cada participante.

Existe especificidade de alguns serviços que compõem a Instituição Azul e que já foram abordados anteriormente, mas torna-se pertinente ressaltar novamente para poder entender a presença de determinados profissionais em algumas das equipes de saúde, como pode-se constatar a seguir:

“[...] a gente tem no CAPs profissionais psicopedagogos, temos quatro pessoas uma é integral nossa as outras três são cedidas, temos psicólogos, duas assistentes sociais, uma enfermeira, dois médicos... temos duas agenciadoras e temos prestadores de serviços da oficina de dança, oficina de música que são estagiários ou prestadores de serviços que compõem a equipe, tem a educadora, a família recebe atendimento da assistente social [...]” (M).

A fala demonstra a multiplicidade de profissionais que atendem a uma clientela especial do SUS, o que justifica sua presença compondo a equipe multiprofissional de saúde. Têm os profissionais que trabalham com o lúdico, como também a presença de estagiários, o que demonstra que a equipe multiprofissional em saúde é composta por diversificada gama de saberes.

Desta forma os profissionais utilizam de estratégias somando esforços para alcançar seus objetivos, exigindo comprometimento, interdisciplinaridade, enriquecendo e contribuindo com a equipe (PIANCASTELLI, FARIA, SILVEIRA 2006).

Nesta instituição é ressaltada a importância do trabalho de equipe conforme a fala seguinte:

“[...] e fazer junto do início ao fim o cuidado terapêutico porque são situações que ninguém pode se ocupar sozinho não tem resolutividade e nem chance de cuidar se for sozinho, primeiro porque tu faz... não agüenta, não suporta e segundo porque não respalda ninguém” (M).

Fica notório a importância destacada ao trabalho em equipe, em que a atividade individual deve ser somada ao coletivo para poder alcançar os objetivos traçados.

Outra característica percebível foi no serviço de PSF:

“[...] na verdade usam duas modalidades, tanto a referência dependendo do caso, como por exemplo, participar de uma atividade de grupo se tem necessidade de fazer uma discussão de caso mais específico, aquele profissional vem até a unidade... equipe básica só a da família” (L).

Essa fala evidencia claramente às estratégias usadas para oferecer atendimento ao seu usuário utilizando-se de profissionais de outros serviços porque esta unidade carece de recursos humanos para desenvolver certas atividades, pois não possui profissionais com formação específica lotado nela. O cliente que precisa de algum atendimento por profissional que a unidade não possui, pode ser encaminhado a outra unidade da mesma Instituição ou por vezes esse profissional

vem até a unidade, onde realizam discussão do caso clínico para determinar qual o melhor procedimento a utilizar ante a situação.

O trabalho no PSF deve ir além de um trabalho técnico hierarquizado, e sim ser horizontalizado e flexível, permitindo uma maior integração entre seus componentes (ALMEIDA, MISHIMA, 2006).

A presença de intercâmbio entre a equipe multiprofissional da Instituição Azul aparece novamente como se observa a seguir:

“[...] nós temos a nutricionista, nós temos um horário que geralmente ela atua aqui no PAM, mas ela trabalha nos postos, nos postos ela dá atendimento. Assistente social também, só que eles encaminham pra cá... tem aqui, aqui... aqui é como se fosse central, eles encaminham pra cá, é... onde a gente tem o gastro, a gente tem... os médicos?... temos aqui no PAM e inclusive o PSF encaminha pra cá” (J).

“[...] se precisa ser encaminhado nós temos como encaminhar entendes, se eu precisar da assistente social pra encaminhar [...] eu escrevo a assistente social de [...] e imediatamente ela atende. É assim é direto ta?... então eu tenho eu trabalho com equipe sim, embora não no mesmo prédio” (N).

Uma das características desta unidade é receber agendamento para alguns profissionais da saúde que a Instituição Azul não oferece em todas suas unidades de serviço, mas utiliza-se de estratégias como estas para permitir o atendimento a toda à clientela do SUS. Desta maneira as outras unidades que compõem a instituição podem encaminhar seus usuários para o atendimento desses profissionais, que se encontram lotados em algumas das unidades, ficando como ponto de referência para os outros profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional de saúde. Uma das falas ressalta que existe a presença da equipe multiprofissional de saúde, esclarecendo que não estando desenvolvendo suas atividades no mesmo prédio, eles têm suas formas de comunicação para poder oferecer o atendimento ao cliente do SUS.

Outra particularidade no atendimento é perceptível a seguir:

“[...] nós temos um trabalho além da clínica geral e essas especialidades que gineco obstetrícia e a pediatria, a gente tem um grupo de trabalho da saúde mental também que não é feito apenas do CAPS, nós temos vários psicólogos que atendem na rede e em alguns postos, não tem pra todos ainda, mas temos [...]” (I).

A preocupação demonstrada na entrevista deixa transparecer a apreensão em oferecer serviços especializados aos clientes do SUS, assim como a ênfase

ressaltada na fala permite perceber o comprometimento com a saúde dos usuários, utilizando-se de diferentes estratégias para facilitar o acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo município do Rio Grande.

Embora ficasse evidenciado a falta de alguns profissionais disponíveis na equipe multiprofissional, a preocupação e o esforço demonstrado em atender seus clientes ficou fortemente evidenciado nas diferentes ações por eles desenvolvidas procurando estratégias para oferecer o atendimento a todos os usuários.

Na Instituição Amarela, a equipe multiprofissional se faz presente em diversos serviços. As falas a seguir dão conta da sua existência:

“Temos sim equipe “(B).

“[...] possuímos, equipe de saúde” (G).

“Nós temos equipe multiprofissional atuando no serviço” (H).

Através das falas fica demonstrado que a Instituição Amarela possui equipe multiprofissional de saúde. Ao continuar investigando esclarecem-se quais os profissionais que fazem parte da equipe, como se percebe nas entrevistas seguintes:

“[...] médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicóloga, assistente social” (B).

“Temos cardiologista, pessoal da enfermagem, clínicos. Isso, a base... com serviço social, psicólogos também tem áreas de apoio, fonoaudiólogo tem, tem... trabalha com a gente, sempre que precisa... fisioterapia.” (G).

“Nós temos o médico, o enfermeiro, o auxiliar técnico de enfermagem, nós temos todo o pessoal de apoio de secretaria que são os burocratas né?... nós temos o pessoal de portaria, o pessoal de serviço de higienização, farmácia, laboratório, nutrição, serviço de psicologia, assistente social, deixa eu ver... toda as especialidades que o hospital oferece, são realizadas aqui também ta” (H).

As respostas deixam transparecer os diferentes profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional de saúde como médicos, enfermeiros, auxiliar e técnico de enfermagem, psicólogos, assistente social, serviço de nutrição, higienização, farmácia, laboratório e diversas especialidades médicas.

Segundo Velloso (2006) as áreas de competência são claras de cada profissional, necessitando existir entre os participantes da equipe multiprofissional um diálogo democrático que permita o trabalho em conjunto.

“Temos cardiologista, pessoal da enfermagem, clínicos e tem a equipe multiprofissional. Isso, isso... a base... com serviço social, psicólogos também tem áreas de apoio, fonoaudiólogo tem, tem... trabalha com agente, sempre que precisa... fisioterapia né?” (G).

A resposta revela a integração da equipe, citando profissionais que não tem formação específica na área de saúde, que se tornam de grande relevância dentro de uma equipe, como são os serviços dos burocratas, portaria e higienização, ou seja, os serviços de apoio.

Também são ressaltadas as equipes que fazem parte de serviços especializados na Instituição Amarela segundo a seguinte fala:

“Algumas, algumas áreas possui, por exemplo, os Centros Integrados de Diabetes existe uma equipe multiprofissional, além do endocrinologista né?... que é o profissional específico tem oftalmologia” (G).

“Tem a equipe multiprofissional no CID diabetes e o serviço de HIV nós temos os médicos, enfermeiras, nós temos farmacêutica, nós temos pessoal dos laboratórios que são os bioquímicos, a psicóloga que hoje ela nos dá uma força bastante importante porque na hora do diagnóstico é a pessoa que nos socorre né.... médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicóloga, assistente social” (B).

Analisando as falas fica evidenciado a participação da equipe multiprofissional de saúde em serviços oferecidos pela Instituição Amarela, a uma clientela diferenciada que necessita de cuidados específicos. Além disso, ressaltam a importância e o comprometimento do trabalho realizado junto ao cliente do SUS, indo além do atendimento em relação à patologia, dando cuidado especial da parte psicológica tornando este atendimento mais humanizado.

A Instituição Amarela oferece à clientela do SUS um serviço de Pronto Atendimento no qual, para dar conta da complexidade do tipo de serviço que é prestado, atuam vários profissionais de saúde conforme a fala:

“[...] a nossa porta de entrada, é o Pronto Atendimento, então nós temos uma mistura de paciente que chega de paciente que fica em observação e de paciente que interna e não tem pra onde ir e fica aqui né?... então nós somos um misto, de paciente que chega pra urgência e de paciente internado, adulto e criança e de todas as especialidades né? Nós temos esse universo diversificado o quê que nós temos de equipe multiprofissional atuando no serviço de pronto atendimento. Nós temos o médico, o enfermeiro, o auxiliar técnico de enfermagem, todo o pessoal de secretaria?... nós temos o pessoal de portaria, serviço de higienização, farmácia, laboratório, nutrição, serviço de psicologia, assistente social, [...]” (H).

Quanto à resposta considera-se pertinente destacar que a porta de entrada na Instituição Amarela se dá pelo pronto atendimento, recebendo todos os usuários do SUS das diversas idades e patologias que ali procuram atendimento. Esta situação corrobora o que já foi abordado anteriormente ao citar a superlotação dos serviços de pronto atendimento, de urgência e emergência brasileiros.

Importante ressaltar que existe a presença de uma equipe multiprofissional neste serviço, composta por vários profissionais para oferecer atendimento à população.

A atuação conjunta de diferentes profissionais exige a compreensão das diversas disciplinas para lidar com a complexidade da saúde em seu contexto PEDUZZI (1998).

Prossegue-se a presente pesquisa investigando a existência da equipe multiprofissional de saúde na Instituição Vermelha, e saber que profissionais de saúde a integram.

Todas as respostas obtidas pelos participantes desta instituição confirmam a presença da equipe multiprofissional de saúde conforme se segue:

“Todo o hospital tem equipe multiprofissional” (D).

“Nos temos equipe multiprofissional” (E).

“Existe equipe multiprofissional” (A).

“Sim temos equipe multiprofissional aqui” (C).

“Temos, temos sim equipe multiprofissional de saúde” (F).

A presença dos diferentes profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional de saúde se percebe a seguir:

“Aqui a gente tem nutricionista, assistente social, psicóloga” (A).

“Nutrição, psicologia, serviço social, biblioteconomia, engenheiro de segurança do trabalho, temos uma enfermeira envolvida na comissão de controle de infecção, que trabalha junto, temos economista doméstica, temos que mais meu Deus, não lembra [...]” (F).

“Assistente social, psicologia, nutricionista, recursos humanos.... cada um faz a sua parte e havendo necessidade da solicitação do outro profissional a gente encaminha, seja nos internados já, seja na entrada do pronto socorro, assistente social trabalha muito no pronto socorro” (C).

Denota-se nas falas os diferentes profissionais compondo a equipe multiprofissional da instituição e participam do atendimento ao usuário do SUS

como: assistente social, psicólogo, nutricionista, engenheiro de segurança, bibliotecária, enfermeiro, economista doméstico. Uma característica percebida é a presença da assistente social no pronto socorro o que demonstra sua participação no acolhimento de usuário e sua família e pressupõe o encaminhamento de forma mais estruturada para os serviços para os quais esse usuário necessita atendimento.

Cabe lembrar que a presente instituição se compõe de serviços especializados localizados em prédios diferentes, sem deixar de estar interdependentes ao prédio principal, ou melhor, à estrutura e funcionamento da Instituição como um todo. Os clientes portadores de patologias mentais possuem os seguintes profissionais participando da equipe de saúde:

“Temos terapeuta ocupacional que faz atividades com eles de trabalhos manuais, tem a nutricionista, a psicóloga, assistente social, temos a farmacêutica que também faz parte agora do nosso grupo, residência médica, e temos a residência em psiquiatria e temos também os técnicos de enfermagem, enfermeiro, os estagiários que também fazem parte aqui do nosso trabalho.” (E).

Diferentes são as áreas profissionais que formam a equipe deste serviço, ressaltando-se a presença do terapeuta ocupacional que participa nas atividades lúdicas junto a essa clientela.

Também observa-se trabalhos que apresentam especificidade dentro desta equipe como se percebe na fala a seguir:

“Nós temos a psicóloga organizacional ta..., que cuida dos pacientes, da parte clínica e dos funcionários também, atendimento aos funcionários ta, fazem um trabalho de acompanhamento do paciente... exatamente.... a nível social, da família, familiares e faz a integração entre a equipe, família e paciente” (E).

Aparece o trabalho realizado pela psicóloga que vai além do usuário, abrangendo a saúde mental do próprio componente da equipe multiprofissional de saúde. Isto demonstra a preocupação com a saúde mental do trabalhador observando o cuidado com os fatores potencialmente estressantes em uma situação de trabalho, e desta maneira promover, prevenir agravos e também enfatizar a capacitação de profissionais que trabalham na área.

“[...] temos o professor de educação física que faz leva os pacientes pra rua pra eles se exercitarem em dia de sol, os que têm condições de jogar uma bola de jogar vôlei eles jogam e aí os que têm condições de ir pra horta eles vão pra horta terapêutica e os outros que não tem condição ficam sentados no sol tomando chimarrão né? [...]” (E).

Observa-se a presença do professor de educação física, demonstrando o resgatar da singularidade e da complexidade do adoecer psíquico, com a implementação de diversos recursos terapêuticos como a horta terapêutica ou utilizando-se da atividade física como recurso terapêutico, auxiliando o indivíduo com transtornos mental, estimulando um estilo de vida mais ativo, a melhorar sua qualidade de vida e desta maneira poderá ter repercussões na melhoria da sua condição de vida.

Para Laham (2005) a comunicação clara e compreensível entre os diferentes componentes da equipe multiprofissional é fundamental, em que a terminologia técnica de cada profissional seja compreendida pelo outro, assim, evitando interpretações erradas.

Vários são os recursos terapêuticos utilizados e oferecidos neste serviço para com os usuários do SUS:

“A horta, a questão da horta, o que é a horta? Porque aqui nós temos muitos pacientes que são de origem da agricultura, da vida daqui, São José do Norte então tem muitos que gostam e pra não mudar a rotina de vida deles eles vem trabalhar na areia, na horta, plantar”(E).

A utilização da horta como tratamento destaca a sua importância em dar continuidade a atividade que estão habituados e assim não desvirtuar o vínculo estabelecido no seu cotidiano, criando um cenário adaptado ao seu habitat.

Esta estratégia permite com que o usuário se sinta interado, estimulado seu potencial, e desta forma realiza trocas junto a natureza, elevando sua auto-estima, e com isso pode despertar para uma melhor qualidade de vida.

Ficaram realçadas as diferentes estratégias utilizadas pela equipe multiprofissional de saúde deste serviço, procurando interagir de diversas formas, procurando um equilíbrio entre o usuário do SUS e os integrantes da equipe. Oportuniza a equipe a ampliação da visão, não direcionada exclusivamente para a doença do usuário, mas sim para o desenvolvimento saudável na produção de sua subjetividade. A criatividade associada ao conhecimento, saber pode conduzir ao uso de estratégias capazes de interferir e modificar o comportamento do usuário levando-o a recuperar rapidamente o equilíbrio de sua saúde.

Dando continuidade a investigação aborda-se outro serviço que compõe a Instituição Vermelha e que possui equipe multiprofissional de saúde:

“Nós temos serviço social, a administração é envolvida... nutricionista, nós temos uma pessoa encarregada na oncologia do controle de qualidade, ela visita os pacientes nos quartos, todos os pacientes, não é só os pacientes de outros convênios, os pacientes do SUS também, principalmente os de SUS [...]” (E).

A análise da resposta permite desvelar os profissionais que participam da equipe de saúde deste serviço, destacando-se a presença da assistente social, nutricionista, administrativo, salientando o atendimento de uma pessoa encarregada do controle de qualidade do atendimento do serviço frente ao olhar do usuário do SUS e sua família. Isto permite que o cuidado com o cliente é permeado de esforços para criar e manter uma boa comunicação entre os prestadores de serviços de saúde e os clientes. Ressalta-se no diálogo que este serviço de controle de qualidade abrange os usuários do SUS, e deixa transparecer que o SUS também é um convênio.

Quanto as dificuldades encontradas dentro do desenvolvimento do trabalho de equipe os sujeitos utilizam-se de estratégias como se percebe a seguir:

“Se trabalha junto, sempre que há algum problema a gente senta, a gente discute, a gente chama o familiar pra conversar com todo mundo junto, pra saber o outro lado e pra corrigir se houver..., se houver... se tiver que haver uma correção..., há sempre uma resposta, há alguma coisa pra dar um retorno a essas pessoas” (E).

Na fala percebe-se a característica do trabalho de equipe, a participação do grupo na tomada de decisão e o retorno ao cliente, a família.

Os profissionais necessitam ter absoluta autonomia de seu trabalho que é de sua competência, sendo conscientes da necessidade da atuação do outro participante e assim em conjunto tomarem as decisões para poder obter os resultados propostos (VELLOSO, 2006).

Isto permite maior qualidade do serviço possibilitando a reflexão sobre as ações em desenvolvimento com a finalidade de readequá-las às necessidades da clientela, como também de reforçar os comportamentos e características desejáveis da equipe.

5.3 INTER-RELAÇÕES NAS MODALIDADES DE ATENDIMENTO AOS CLIENTES DO SUS NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE NAS TRÊS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.

Para conhecer e compreender a categoria das inter-relações, a forma como acontecem e as interdependências das modalidades de atendimento aos usuários do SUS no município do Rio Grande, utiliza-se como alicerce e embasamento teórico, sob o olhar da teoria dos sistemas de Bronfenbrenner (1996), e desta maneira poder elucidar como elas acontecem.

Perceber a saúde como um sistema significa compreender as inter-relações e interconexões que se estabelecem entre as unidades integrantes do SUS.

Portanto, apoiado em autores como Rodrigues, Arnol (1990), Bertalanfly (1993), Bronfenbrenner (1996), Capra (1996, 2002), Motta (1998), Siqueira (2001), Chiavenato (2004), entende-se que todo sistema é formado por partes com funções e inter-relações que influenciam e são influenciados.

Segundo Bronfenbrenner (1996), o indivíduo desenvolve-se dentro de um sistema de relações que são afetados por múltiplos níveis do ambiente, que ele chama de micro, meso, exo e macrosistema.

Para facilitar a leitura e compreensão do leitor, indo ao encontro do referencial teórico, no presente trabalho utiliza-se como microsistema cada uma das Instituições/organizações/serviços de Saúde com as suas diversificadas modalidades de atendimento oferecidas aos usuários do SUS.

Segundo nesta linha de pensamento estas Instituições/organizações/serviços são constituídas por seus próprios microsistemas, formando sistemas dentro de sistemas. Desta maneira o sistema de saúde do município é formado como um todo, mas dependendo sob que ótica o mesmo é analisado, pode por momentos, ser considerado como micro, meso, exo ou até mesmo macrosistema.

Segundo Bronfenbrenner (1996), o mesossistema engloba dois ou mais ambientes que necessitam trabalhar equilibrados, para, em conjunto, conseguir alcançar os objetivos propostos pelo sistema.

Ao analisar as comunicações entre as instituições integrantes do SUS busca-se primeiramente conhecer como se processa o encaminhamento da clientela para outra instituição/organização/serviço e a seguir lança-se um olhar a respeito das

relações existentes entre dois ou mais ambientes que exercem influência entre si e que são interdependentes em suas atividades. Essas relações conforme Bronfenbrenner (1996) podem acontecer através da participação multiambiente e pela ligação indireta. A ligação indireta entre as instituições que oferecem as modalidades de atendimento pode processar-se pela comunicação interambiente e pelo conhecimento interambiente.

Ao questionar a **Instituição Azul** à procura de entender as articulações utilizadas para o **encaminhamento** da clientela do SUS para outra instituição/organização/serviço as falas revelaram que o médico é o profissional que encaminha o cliente através de um formulário e na sua ausência a enfermeira que realiza esse encaminhamento, conforme falas a seguir:

“Aqui é com o **médico** da unidade básica, aí ele faz o encaminhamento, por esses formulários mesmo do SUS é só com o formulário. É encaminhamento próprio da Instituição temos um encaminhamento próprio” (J).

“A gente faz o histórico do paciente, levanto as prioridades que eu acho que é importante, aqui no posto, ta levanta o histórico do paciente e **aí se tiver clínico ele encaminha na hora** senão somos nós, ao serviço que necessita se for urgência ou para marcar na coordenação” (K).

“Ta... acompanha ele nas mais diferentes situações um papel nosso de receituário e que a gente a mão faz, especialmente quando é mais formal pra cuidar junto com alguém” (M).

“[...] jamais eu vou liberar esse paciente deste Posto sem o atendimento clínico, vamos supor eu recebi um paciente hipertenso né, se necessário se encaminha para o pronto socorro ou pronto atendimento ou para marcar consulta com o especialista” (N).

Apesar dos sujeitos da pesquisa deixarem bem claro que o cliente é encaminhado, esse encaminhamento não significa que existe de maneira formal, observando a referência e contra-referência que o SUS propõe e nem a garantia de um atendimento comprometido com a Instituição para a qual foi encaminhado. Geralmente, o cliente irá enfrentar uma rede de burocracia em busca do atendimento. Na maioria das falas aparece ressaltado, que os encaminhamentos dos usuários do SUS se realizam através de um formulário próprio da Instituição Azul. Denota-se a preocupação na resolutividade no próprio serviço, sendo que depois de esgotados os recursos ou na falta deles, os usuários são encaminhados de acordo com suas necessidades para o serviço apropriado.

“Para exames... é como é que se dá... **tudo se dá através de formulário**, nada vai sem... sem encaminhamento sabe, de forma descrita, encaminhado e de forma descrito, então essa pessoa vem no agendamento, trás aqui num dia, e pede pra essa pessoa voltar daqui a dois dias, dependendo do exame ta, terapia as vezes a gente faz em dois dias e outros exames as vezes leva uma semana” (J).

“[...] ele recebe aquele formulário e é **enviado aqui pra coordenação**, a solicitação do encaminhamento com os dados completos do paciente e **a coordenação é que faz o encaminhamento pra especialidade e da o retorno pra unidade**, esse é o meu fluxo interno, [...]” (L).

Nesses relatos identifica-se claramente a existência de um setor como ponto de referência dentro da Instituição Azul para marcação dos exames e consultas para as diversas especialidades, oferecidos pela própria instituição, portanto serviços intrainstitucionais.

É preciso lembrar que a Instituição Azul é composta por 33 unidades de serviços oferecidas à população do SUS e, como já foi apresentado anteriormente, cada serviço tem uma especificidade, e diversos profissionais de saúde da equipe que desempenham suas funções não se encontram em todas as unidades. Isto gera a necessidade de uma central de marcação de consultas e exames, para poder organizar e atender a toda demanda de forma igualitária. Assim as relações que se estabelecem são intra-institucionais.

A fala a seguir esboça nitidamente a maneira como o PSF envia seus usuários conforme é possível perceber:

“[...] hoje as unidades do PSF tem um formulário de referência, contra-referência da **própria instituição, que quando o paciente precisa encaminhamento** [...]” (L).

Assim, quando é necessário encaminhar o usuário do PSF para outro serviço de saúde da Instituição Azul, ele é acompanhado de encaminhamento utilizando para isso um formulário específico para a coordenação de consultas. Evidencia-se que todo o fluxo de clientes tem como ponto de referência este serviço de marcação de consultas e exames.

Entretanto, a fala a seguir destaca a utilização de um sistema de referencia e contra-referencia específico da Instituição Azul observando as peculiaridades de cada unidade que a compõe. Quanto ao serviço do CAPS em relação ao PSF:

“[...] não existe protocolo, o que existe **é uma parceria nossa com o PSF**, Os nossos usuários (saúde mental) na verdade eles tão... estão sendo cuidados por ele. A gente adotou como estratégia pra criar uma rede organizada, **uma rede de referência, contra-referência**. A gente se liga, se é um caso mais sério a gente se ocupa do cuidado, [...] o PSF tá avançando, existe uma especificação do serviço aí a gente organizou um curso que tá acontecendo de saúde mental para os trabalhadores do PSF [...]” (M).

A fala demonstra as estratégias criadas entre os dois serviços de atendimento ao usuário do SUS de saúde mental à procura de um sistema de comunicação entre eles que seja eficaz ou pelo menos que exista uma comunicação concreta para poder efetivar ações de saúde junto a esta clientela e sua família. É percebível a necessidade sentida pela equipe de saúde de estabelecer um canal de comunicação entre as diversas unidades que compõem a Instituição Azul.

Essas atitudes deixam transparecer o esforço da equipe em implantar um sistema de referência e contra referência efetivo como pode-se evidenciar nos relatos a seguir:

“Nós estamos usando, a partir desse mês passado agora **um formulário que se chama referência contra referência**, então tá começando... os protocolos, a referência, mas tudo isso são coisas incipiente [...] nós estamos começando a implantar os protocolos, por enquanto com o PSF é que a resistência dos médicos é muito grande, é muito grande, mas a gente chega lá. Mas a resistência a implantação do protocolo é muito grande, nós vamos... nós estamos engatinhando ainda[...]” (I).

“Bom... **o sistema de referência contra-referência ele não é formalizado**, nenhuma instância de nenhuma instituição. Nós atualmente estamos organizando na verdade iniciando o processo organização, pra dar conta da referência contra-referência” (L).

Paralelamente ao interesse de implantação de um sistema efetivo em referência e contra-referência nos serviços saúde no município do Rio Grande, se evidenciam as grandes dificuldades enfrentadas para a implantação deste sistema. Além disso, a interpretação de sua existência apresenta nítida contradição, como é facilmente percebível através dos relatos apresentados. Entretanto, percebe-se ao mesmo tempo, o esforço ao tentar conscientizar o grupo da necessidade de superação destes obstáculos para alcançar o que ideologicamente se propõe.

A fórmula encontrada para iniciar, ainda que de forma incipiente a referência e contra-referência nos intra-serviços da Instituição Azul começou com o PSF, mas ainda sem resultados significativos.

Estas situações foram encontradas na Instituição Azul e são características próprias do funcionamento entre as 33 unidades que a compõem. Quando é necessário **encaminhar a clientela do SUS para a rede hospitalar**, as articulações e estratégias realizadas envolvem diferentes formas, como se percebe a seguir:

“Encaminho por **telefone e escrito**. É que no HU, especificamente, justamente por eu ter trabalhado lá se faz um link melhor” (M).

“[...] então nosso grande nó crítico hoje é a média complexidade atenção hospitalar. A unidade atende paciente, faz o **formulário de referência para internação e encaminhamento ao Pronto Socorro, tem que ser via SPA**, via Pronto Socorro porque tem que passar pela avaliação. [...]” (L).

“Se faz um mini-histórico do paciente por escrito e o paciente é orientado a tal lugar, o **paciente recebe a orientação por escrita**. Então esse paciente assim se ele quiser procurar algum local fora da rede é o paciente que escolhe” (K).

Os encaminhamentos da clientela aos serviços hospitalares identificam ausência de um formulário específico para esse tipo de procedimentos. Estas constatações também deixam evidente que os pacientes enviados para os outros serviços, são acompanhados de algum documento escrito do atendimento realizado na rede básica de saúde municipal, mas sem garantia de atendimento como continuidade de serviço inter-relacionado como um todo.

Na perspectiva de Bronfenbrenner (1996), analisando as falas, percebe-se que existe o conhecimento interambiente e a influencia que um serviço exerce no outro no momento de enviar seu usuário. As vezes, porque o trabalhador exerce suas atividades também na Instituição para a qual encaminha o cliente. Quando o sujeito diz que existe um link melhor pode-se entender que ele afirmou que além de conhecer o funcionamento ele sabe como encaminhar porque conhece as pessoas que ali trabalham, como também conhece o funcionamento desta Instituição. Este conhecimento, também denota a comunicação interambiente, sendo o cliente transferido para outro serviço de saúde acompanhado de um histórico de seu atendimento, confirmando as várias formas como este processo pode desenvolver-se. Esta informação chega até o outro serviço, que também pode ser chamado de microssistema, influenciando muitas vezes a conduta e necessidade terapêutica para com o usuário do SUS.

Por outro lado existem situações que exigem uma resolutividade imediata, o que caracteriza um atendimento diferenciado dos já citados como se percebe a seguir:

“[...] em caso de urgência [...]eu vou atender eu vou dar o primeiro cuidado e aí eu **“bipo” uma ambulância e chamo o“bipe” conforme a urgência ponho a pessoa dentro com o auxiliar que veio na ambulância e esse é conduzido até o hospital com uma orientação minha** eu faço um resumo do caso e encaminho pelo “bipe” da própria Instituição “ (N).

“Se for uma emergência ou urgência se **“bipa” a ambulância e se manda para o serviço de urgência hospitalar com um encaminhamento escrito** do que se fez se foi o medico faz ele, se não a enfermeira faz” (N).

“[...] a gente tem **ambulância através do bip**, dá um chamado, tem algum passando ou alguém... alguma gestante ganhando neném, isso acontece bastante aí as pessoas quem já tem o número do bip, o bip nos avisa, essa ambulância sai, vai, pega a pessoa e já leva direto pro hospital” (J).

Nestes relatos se identifica a existência de um serviço de ambulância oferecido pela Instituição Azul a todos os usuários do município do Rio Grande.

A solicitação do serviço é realizada através de telefone, a própria população tem acesso e pode fazer uso dele, como também os serviços desta instituição quando assim o necessitarem. Torna-se necessário esclarecer que através deste serviço são encaminhados os usuários do SUS ao serviço hospitalar local em casos de urgência e emergência, mas que a inter-relação não é exigência para a realização do encaminhamento uma vez que o próprio usuário pode acionar o bip, solicitar o serviço de ambulância para levá-lo à Instituição Hospitalar. Essa desarticulação demonstra que o SUS não funciona propriamente como um sistema porque esse tem como base os princípios da interconexão e interdependência e da interconexão dos serviços e das Instituições que compõem o sistema.

Por outro lado precisa-se considerar que há fatores inerentes a este tipo de serviço que dificultam o cuidado à clientela conforme pode ser constatado nas falas:

“[...] só que tem muita coisa que a **ambulância roda sem necessidade**, a gente é ciente disso [...] e **aí o médico diz é urgente, a ambulância leva**” (K).

“[...] para gente ver o que a gente pode fazer, porque **não existe enfermeiros trabalhando nela...** só os auxiliares e técnicos então essa pessoa que vai pro hospital, eu não tiro a razão do **hospital de reclamar, quando muitas vezes chega e não é nada demais, porque essa pessoa não passou por um atendimento médico,**

não passou por um atendimento do enfermeiro[...], sinais e sintomas quem coloca são os próprios auxiliares e aí vai pro hospital" (J).

As falas expressam situações em que se evidencia a falta de atendimento prévio da avaliação e a não resolatividade de agravos de complexidade leve que deveriam ser atendidos e resolvidos pela Instituição Azul. A avaliação realizada por pessoa não habilitada pode ocasionar desperdício de tempo, recursos e desconforto tanto para o cliente como para a Instituição para a qual o cliente é encaminhado sem avaliação e atendimento médico e de enfermeiro da Instituição de origem.

O desconforto nos profissionais que recebem este usuário na rede hospitalar caracteriza-se por acúmulo de serviço, superlotação da emergência e Pronto Atendimento, com uma clientela que poderia ser atendida e ter seus problemas de saúde resolvidos na rede básica de saúde.

As formas de inter-relações nas modalidades de atendimento na rede de saúde municipal também podem acontecer de outra maneira conforme é possível perceber a seguir:

"[...] começamos além do contato telefônico, está vindo também a emissão de um documento porque... eu tenho um formulário aqui, o que nós estamos querendo fazer mais pra agilizar isso, [...]já conseguimos comprar os equipamentos, sejam os computadores, junto com isso o município também já adquiriu, ta sendo implantado, ta sendo instalada uma antena que vai ser utilizada pra segurança e também pra segurança pública pra monitoramento da cidade e essa mesma antena ela vai nos servir pra fazer a interligação entre os postos e com os dois hospitais de referência da cidade [...]" (I).

Olhando nesta perspectiva é possível perceber o interesse em implantar um serviço de referencia e contra referencia eficaz, trazendo grandes vantagens no atendimento à saúde aos usuários do SUS do município do Rio Grande. A informatização do serviço permitirá uma comunicação efetiva dando possibilidade de acesso às informações necessárias a respeito de cada usuário, facilitando o seu monitoramento nos serviços de saúde como um todo. Esse serviço informatizado poderá com mais facilidade traduzir-se na integralidade de seu prontuário facilitando a continuidade das ações entre todos os serviços de saúde do município tanto da rede básica como da rede hospitalar, tornando-o cliente de toda a rede de saúde com a interdependência das instituições/organizações/serviços.

A fala a seguir demonstra que a informatização a ser implantada poderá ser capaz de beneficiar o usuário porque a integração, a inter-relação, a referencia e contra-referencia pode levar a um cuidado interdependente:

“[...] todo o paciente que constar em qualquer posto ele vai ser alcançado pela rede e de qualquer unidade se pode acessar, [...] vai saber de qualquer posto se o Joãozinho ou a Mariazinha consultaram o quê que foi dito o quê que foi colocado” (I).

A efetivação deste serviço poderá aportar inúmeros benefícios, entre eles, uma grande resolutividade e agilização de articulações de estratégias e tratamento terapêuticos que poderão somente acrescentar em prol dos usuários do SUS, assim como uma agilização de todos os serviços de saúde oferecidos pelo município do Rio Grande.

Em relação a **Instituição Amarela**, o **encaminhamento** da clientela se processa da seguinte forma conforme falas:

“[...] a transferência se faz mediante contato com outro hospital de médico para médico, isso é feito de médico para médico, o médico que está assistindo o paciente aqui ele entra em contato com o médico da outra instituição que tenha leito a disposição para fazer a transferência [...]” (G).

“[...] quem faz o primeiro contato é o médico ta... ele faz contato com essa outra instituição procura conversar com os profissionais médicos que tenha condições de receber esse paciente, depois de confirmado a assistente social então providencia tudo que for necessário pra essa transferência” (B).

“[...] geralmente o médico entra em contato com o médico lá né?... e aí tudo já fica mais ou menos acertado ou então nós entramos, a enfermeira, entra em contato com a enfermeira de lá né?” (H).

Todos os entrevistados concordam que o primeiro contato para a transferência do usuário do SUS para outra instituição, quando houver necessidade, é realizada via telefone de profissional médico para médico. Só depois de acertados todos os detalhes e confirmada a aceitação da transferência, prossegue-se a realização dos tramites burocráticos necessários. Denota-se a participação do profissional enfermeiro neste processo de transferência, o qual entra em contato com o enfermeiro da outra instituição sendo inter-mediadores neste processo.

Por outro lado precisa-se considerar outros fatores inerentes à transferência tal como desvelar se o processo é acompanhado de algum documento formal. Em relação às transferências de clientes do SUS para outros serviços buscou-se saber se ele é acompanhado de documentos formais de transferência:

“[...] em relação a rede básica né?... nós estamos encontrando serviço de referência e contra referência, isso... a gente tá tendo várias reuniões nesse sentido pra poder o paciente que chega da rede nós devolvermos pra rede. Não, ainda não existe nada formal, mas nós estamos constituindo protocolo, Ele vai com uma nota, um relatório, uma nota de transferência que é o relatório de tudo que foi feito nesse paciente no hospital [...]” (G).

“[...] o paciente quando vai transferido para qualquer lugar, ele leva consigo o seu documento de transferência, com a transferência dele, o que ele toma, assinado pelo médico residente ou pelo médico que tá tratando do paciente, ele leva, ele tem que levar” (H).

“Ele tem que levar todo o histórico, exames realizados né..., toda terapêutica que aqui estava sendo utilizada nesse paciente, ele leva todo o histórico e exames que estavam sendo realizados” (B).

Todos os entrevistados enfatizam a necessidade de acompanhamento de um relatório no qual consta o tratamento terapêutico e exames realizados assim como documento assinado pelo médico, encaminhando a transferência. Essa forma de encaminhamento utilizada pela Instituição Amarela facilita os inter-relacionamentos entre os profissionais, instituições e especificamente vem ao encontro de uma melhor qualidade no atendimento. Algo mais formal e institucionalizado poderia trazer mais segurança ao cliente a ser transferido e maior facilidade por parte da equipe profissional encarregada de proceder ao encaminhamento do usuário.

Estes relacionamentos que se processam entre as instituições de saúde vêm ao encontro da teoria de Bronfenbrenner (1996), que considera que cada microssistema exerce influência no outro através da comunicação interambiente desenvolvida entre eles, como também através da ligação indireta. Essa influência é percebível na troca de informações, e ao mesmo tempo ao enviar o cliente para o outro serviço de saúde, que ao acolhê-lo assume a problemática e, portanto a responsabilidade de resolutividade para com este usuário. Desta maneira compreende-se como um sistema influência no outro e como se manifestam a diversidade das inter-relações entre as instituições/organizações/serviços de saúde.

Paralelamente a isso, a preocupação com a necessidade de um protocolo de referência e contra referência a ser construído com a participação dos representantes da rede básica municipal junto aos responsáveis das instituições que compõem a rede hospitalar do município do Rio Grande permitiria um controle, acompanhamento e monitoramento dos atendimentos realizados pelos usuários do

SUS, como também poderá produzir uma maior integração dos serviços de saúde do município.

As falas revelam que os entrevistados conhecem os benefícios a serem obtidos com o protocolo de referência e contra referência entre os serviços de saúde. Além disso, demonstram que sabem como o processo deveria funcionar.

Dando continuidade, prossegue-se a pesquisa na **Instituição Vermelha**, mantendo a mesma seqüência lógica utilizada na apresentação da Instituição Amarela, facilitando, assim, a compreensão do leitor, a análise e interpretação dos dados.

Assim investigou-se a maneira e as articulações do **encaminhamento** do cliente SUS para outra instituição/organização/serviço de saúde quando assim for necessário. As falas a seguir demonstram que:

“O protocolo que existe é **o médico daqui entrar em contato com o médico lá**, contato médico com médico” (A).

“[...] **contato médico com médico** [...]” (C).

“[...] primeiramente **o médico faz o contato**” (F).

“[...] **o médico daqui, faz o contato com o médico do hospital onde vai ser encaminhado** pra acertar questão de leito” (D).

“[...] é feito via telefone, a gente liga solicita um leito, **o médico conversa com o médico da outra Instituição** é assim, tanto aqui... tanto fora da cidade” (E).

Todos os participantes indicam que a transferência para outro serviço é realizada com um primeiro contato de médico para médico. Fica explícito que este procedimento inicia pelo profissional médico, logo após entram outros profissionais para completar o processo de encaminhamento, o que se percebe nas falas a seguir:

“[...] autorizado, vai pra **assistente social e vem ambulância**, transporte seguro, a secretaria de saúde nos oferece [...] se for necessário médico, vai médico na ambulância se for necessário pessoal vai de enfermagem” (C).

“[...] deixar tudo acertado pra daí então **nós entrarmos com o encaminhamento de ambulância**, dessas outras coisas, tudo formal direitinho, pra mandar esse paciente” (D).

Os relatos confirmam a presença de outros profissionais que participam nesse processo de transferência do cliente do SUS para outro serviço. As falas deixam evidenciar que essas transferências se referem a casos que necessitam tratamento

mais complexo e por isso são encaminhados para centros que oferecem este tipo de tratamento conforme a gravidade do cliente, este é acompanhado ou não de uma equipe multiprofissional. Fica claro que o município, através de seu gestor oferece e coloca a disposição da população este tipo de serviço. Portanto esta transferência conta com o apoio de uma equipe multiprofissional de saúde, o que permite tornar-se um processo, seguro e confiável para o usuário como também para sua família demonstrando a preocupação e qualidade dos serviços de saúde do município.

Entretanto, em outra fala, demonstra dificuldades de inter-relacionamento com alguns municípios no momento do retorno do cliente ao município de origem, como se observa a continuação:

“Tem paciente que é de outro município interna aqui, **o retorno desse paciente, à volta... algumas cidades dificultam bastante essa busca do paciente após o tratamento**, a gente teve um caso dessa semana que passou de um paciente que ficou quatro dias de alta esperando que a ambulância se decidisse a vir buscar, os municípios não dão essa resposta de imediato [...]” (D).

Percebe-se que as inter-relações entre os prestadores de serviço para os clientes do SUS às vezes são permeados de dificuldades porque os interesses nem sempre são os mesmos. Ao falar do retorno do cliente para o município que o enviou, por vezes esperam-se dias após sua alta exclusivamente pelo transporte que deve ser providenciado pelo município de origem. Isto representa uma serie de dificuldades para esta instituição, no qual o leito fica ocupado aguardando o transporte para o retorno deste cliente para seu município de origem, aumento a despesa de hotelaria, torna o cliente apreensivo e insatisfeito e dificulta a internação de outros clientes que necessitam deste serviço.

Percebe-se a influência que um sistema exerce no outro, o que Bronfenbrenner (1996), chama de ligação indireta. A fala demonstra a influência negativa ao não existir articulação nas inter-relações destes serviços de saúde, confirmada quando o usuário tendo alta deste serviço aguarda o retorno para seu município e este demora em cumprir a sua parte no todo. Essa influência negativa exercida de uma parte do sistema sobre os demais traz reflexos negativos sobre o todo porque as partes se inter-relacionam e são interdependentes.

Em quanto a investigação por parte do pesquisador para esclarecer se estas transferências são acompanhadas de algum documento se obteve as seguintes respostas:

“[...] vai com **encaminhamento do médico** explicando o caso [...]” (D).

“[...] e vai **acompanhando todo o histórico deles** [...]” (F).

“[...] ele faz um **memorando de transferência pra encaminhamento** [...]” (C).

“[...] aí vai **um histórico dele**” (A).

“[...] tanto fora da cidade como aqui dentro a única coisa que vai com é **encaminhamento médico**” (E).

Todas as respostas obtidas afirmam que as transferências realizadas na Instituição Vermelha são acompanhadas de documento escrito, com o histórico do cliente. Isto facilita a compreensão do outro profissional de saúde que recebe este cliente permitindo identificar o tratamento terapêutico realizado, e assim poder tomar decisões pertinentes ao caso. Este procedimento ajuda a referenciar o usuário para o serviço adequado sem ficar perdido na rede de saúde do SUS e facilita encontrar estratégias necessárias para a continuação de seu tratamento terapêutico, se assim for necessário.

Entretanto outra fala demonstra uma peculiaridade entre o serviço hospitalar e o da rede básica como se percebe a seguir:

“[...] também são referenciados e vai acompanhando todo o histórico deles, nós temos esse trabalho também que é muito bom no PSF [...]... que muitas das vezes vem aqui, tem que fazer um curativo, tem que ter uma medicação, **então antes do paciente sair a gente vê de onde ele é, a que comunidade ele pertence e já se liga pra gente comunicar e já pede para PSF dê essa assistência lá... e vice-versa o PSF quando manda alguém, o paciente está em abandono, maus tratos ele já vem recomendado pelo PSF pra cá e a gente já atua em cima daquela situação.** Não... geralmente existe esse contato, essa referência” (F).

Aparecem ressaltados os vínculos de referência e contra-referência entre o PSF e a Instituição Vermelha. O PSF como serviço da rede básica de saúde municipal e através de um serviço hospitalar, permite perceber a interconexão entre eles.

Através desta troca de informações há um monitoramento do usuário, ainda que não sistemático, mas demonstram certa continuidade no atendimento. Essa forma de agir permite perceber que é possível existir uma articulação entre diversos serviços de saúde. Essa articulação permeia uma troca de responsabilidades que possui como objetivo central o acesso aos serviços de saúde por parte dos usuários

do SUS e pode-se afirmar que quanto maior a sua interdependência, maiores serão os seus resultados em benefício da saúde individual e coletiva.

Com o intuito de desvelar as influências exercidas na comunicação entre as diversas instituições/organizações/serviços do SUS buscou-se identificar na **Instituição Azul** a presença **de trabalhadores da equipe multiprofissional de saúde exercendo as suas atividades em duas ou mais instituições**. Ao questionar os entrevistados a respeito dessas questões obteve-se os seguintes depoimentos:

“Tem.... mais assim o pessoal que eu tenho basicamente são técnicos de enfermagem que eles trabalham a noite no hospital, HU, na Santa Casa eu tenho alguns, tenho no Hospital Psiquiátrico, tenho no Pronto Socorro” (L).

“[...] que a gente tem no HU, a gente tem profissionais que trabalham aqui e lá [...]” (K).

“Neste momento não tem nenhum que trabalhe, já tive... nesse momento nenhum deles, dos nossos são todos Secretaria” (N).

“Os médicos, porque a carga horária deles é compatível nós temos pessoas que trabalham na Santa Casa, agora médicos há uma coincidência na cidade, o médico do Hospital Universitário é o mesmo da Santa Casa que é o mesmo do município, tem um ou outro que não é de todos, mas a grande maioria trabalha em todos os serviços” (I).

“Tem, tem muitos.... foi um problema grande a uns anos atrás quando eles começaram a fazer concurso então o pessoal teve que optar [...]” (J).

As falas constataam a presença dos componentes da equipe multiprofissional de saúde que trabalham em mais de uma instituição/organização/serviço de saúde do SUS no Município do Rio Grande.

Apenas uma das falas expõe que não tem, atualmente, mas já teve profissionais que desenvolveram suas atividades em outra instituição. Estes depoimentos pressupõem a existência de interdependência e interconexões entre as instituições/organizações/serviços porque integrantes da equipe desempenham suas funções em mais de uma instituição, o que facilita as articulações dos processos de encaminhamento dos usuários do SUS porque conhecem o funcionamento das Instituições Hospitalares por trabalharem nelas.

Tendo em vista esclarecer se trabalhadores da **Instituição Amarela** desenvolvem suas práticas profissionais em mais de um serviço de saúde segue-se as seguintes falas:

“Aqui nós temos assim oh, da área da enfermagem nós temos pessoas que trabalham aqui e trabalham também no outro hospital, nós temos na área médica também que atuam aqui, atuam numa instituição privada [...]” (B).

“Tem, tem tanto na enfermagem como os médicos. Nós temos dois hospitais existem médicos e enfermeiros que trabalham nos dois hospitais né?[...]e também na rede, os médicos da prefeitura ou da enfermagem que trabalham na rede” (G).

“Sim, sim nós temos funcionários que trabalham aqui, trabalham nas outras Instituições, tanto públicas como privadas né?, que atendem ao SUS e que não atendem ao SUS, eu sou uma, eu trabalho de manhã [...]onde atende paciente privado e de tarde no SUS” (H).

Observa-se unanimidade nas respostas confirmando que os trabalhadores de saúde que fazem parte das instituições pesquisadas trabalham em mais de uma delas. Entretanto, esclarecem que nem sempre estas atividades são exercidas em serviços que atendem usuários do SUS, mas atendem também outros convênios, dando amplitude do universo de atendimento por eles executados. Estas respostas confirmam a realidade do trabalhador da área de saúde que na grande maioria desempenha suas funções profissionais em mais de um serviço de saúde. As justificativas são permeadas pelas baixas remunerações como também pela flexibilidade de horários que estes serviços permitem.

As atividades desenvolvidas pelo profissional de saúde em mais de uma instituição/organização/serviço de saúde é o que Bronfenbrenner chama de participação multiambiente. Este profissional desempenha suas funções em mais de um serviço de saúde, ele participa de cada microssistema, sendo influenciado enquanto ele também influencia, portanto, segundo o mesmo autor compartilha do conhecimento e em outras vezes participa em atividades em dois ou mais ambientes. Essa realidade foi amplamente contatada nas falas anteriormente analisadas.

Por outro lado surgiu à necessidade de esclarecer se existem trabalhadores da **Instituição Vermelha** que exercem suas atividades em outra instituição/organização/serviço de saúde para a qual o cliente do SUS é encaminhado e se conhecem quais são elas, obtendo-se as seguintes respostas:

“Temos, temos, temos bastante, **devido aos baixos salários principalmente na Secretaria Municipal de Saúde né?... e Hospital [...]**” (F).

“Sim.. sim... **temos vários profissionais, médicos enfermagem...** pessoal da enfermagem é isso aí... vários [...]” (E).

“Sim, sim temos.... **Temos profissionais que trabalham aqui, que trabalham na Secretaria de Saúde e no Hospital [...]**” (D).

“Sim... **aqui tem na Secretaria de Saúde, Hospital [...]**” (C).

“Tem, **trabalha aqui e trabalha no outro hospital**” (A).

Todas as respostas corroboram a afirmação da participação de alguns profissionais da equipe multiprofissional desempenhando suas funções em outro serviço de saúde que acolhe os clientes do SUS.

Uma das falas refere o motivo de desempenhar funções em mais de um serviço, é motivado pela baixa remuneração dos salários oferecidos nesta área. Apesar de não podermos dizer que exista baixo desempenho, a desmotivação torna-se um papel importante, principalmente nas atividades de prestação de serviços de saúde, onde o objetivo é atender a população com qualidade. Jornadas duplas de trabalho trazem cansaço físico e mental, baixam o desempenho de produção e a qualidade de vida do profissional, refletindo-se na articulação das relações entre as pessoas, estruturas, tecnologias, metas, incluindo os usuários dos serviços de saúde.

Salienta-se que nas Instituições/organizações/serviços acontece a participação multiambiente e com isso o conhecimento interambiente se estabelece automaticamente. Essa relação ao caracterizar a participação do profissional de saúde desenvolvendo suas atividades em mais de um serviço de saúde, faz com que não apenas conheça o funcionamento e os profissionais que exercem as suas atividades nesta instituição, assim como também desempenha suas atividades profissionais juntamente com os demais trabalhadores.

Essa realidade pode ser contatada na **Instituição Azul** nas falas dos entrevistados conforme segue:

“Com certeza.... porque eu, **eu conheço porque eu sou funcionária da Santa Casa trabalho no período da manhã** sei todo o procedimento de pronto socorro porque também dei aula pros técnicos e enfermagem no SENAC e fiz estágio com meus alunos lá [...]” (N).

“Conheço... é porque a gente é uma cedência da prefeitura pro ambulatório, então no ambulatório a gente se ocupava do tratamento dos dependentes químicos e também do trabalho de prevenção então também porque os projetos ficavam... institucional com a presença da gente na outra instituição eu acabava me ocupando muito dos momentos de contato de negociação” (M).

“Olha o Hospital Universitário eu conheço muito [...] Santa Casa também conheço porque durante muitos anos nós trabalhamos na Santa Casa como Hospital Universitário” (I).

“Se tem uma noção pra onde as pessoas estão indo, de como vai funcionar a recepção... se tem... te digo por mim, antes de me formar trabalhei dois anos na FURG, então eu tava do outro lado, então eu via os pacientes e na Santa Casa eu também fiquei pouco tempo mas também fiquei e a maioria das pessoas que estão aqui a quantidade de auxiliares técnicos que saíram da Santa Casa, enfermeiros também, a maioria já foi trabalhador nas outras Instituições. A maioria já conhece” (J).

A maioria dos entrevistados possui conhecimento do funcionamento das instituições que compõem os serviços de saúde do município do Rio Grande porque já trabalharam ou ainda trabalham nessas instituições/organizações/serviços para os quais a clientela do SUS é encaminhada.

Este conhecimento é manifestado de diversas maneiras; se destacam algumas particularidades, como ser funcionaria atuante, como docente de curso de técnico de enfermagem o que possibilitou desempenhar os estágios curriculares nestas instituições. Também através da troca no atendimento de usuários do SUS, especificamente os dependentes químicos, oportunizando um trabalho conjunto de funcionários da rede básica no ambulatório de uma das instituições hospitalares. Este trabalho em conjunto facilita a troca de conhecimentos entre as equipes, e informações a respeito do funcionamento dos serviços. Percebe-se a participação no trabalho em ambas instituições hospitalares por parte dos entrevistados, como o conhecimento de certos serviços especializados, como é o caso da gravidez de alto risco, em que a rede básica encaminha para o serviço especializado da outra organização.

Essa forma de inter-relações permite esclarecer e conhecer alguns dos serviços de outra instituição, o que não significa que seja um conhecimento amplo e profundo a respeito do funcionamento institucional, mas facilita o encaminhamento que às vezes se torna informal e direcionado a determinado profissional porque este é conhecido e assim facilita o atendimento.

Por outro lado a minoria dos entrevistados desconhece o funcionamento das outras instituições:

“Não, a gente não sabe, a nossa finalidade encaminhar o paciente do SUS, isso” (K).

A fala evidencia claramente o desconhecimento do funcionamento organizacional dos serviços hospitalares do município do Rio Grande, somente demonstra conhecer que são serviços que oferecem atendimento pelo SUS aos seus usuários. Portanto, os clientes enviados a eles poderão ser acolhidos para receber o atendimento nos serviços de saúde oferecidos pelas instituições.

A fala denota, na interpretação de Bronferbrenner (1996), a ausência de ligação indireta, ao demonstrar desconhecimento do outro serviço de saúde para o qual está encaminhando o usuário do SUS.

Prosseguindo tenta-se esclarecer junto aos pesquisados da **Instituição Amarela** se possuem conhecimentos do funcionamento das instituições/organizações/serviços de saúde que atendem usuários do SUS no município do Rio Grande, obtendo-se as seguintes respostas:

“Mas ou menos. **A gente conhece porque a cidade é pequena, a gente tem uma idéia de como funciona [...]**” (H).

“Eu particularmente **não tenho muito conhecimento**” (G).

“Nós temos um **intercâmbio**, profissional com profissional fazendo o seu dia-a-dia, não é uma coisa institucionalizada”. (B).

As falas deixam transparecer que o conhecimento adquirido com respeito às outras instituições de saúde do município é puramente informal. A troca de informações se dá através dos colegas, contrapondo-se ao respondido anteriormente que pressupõe que ao desempenharem suas funções em mais de uma instituição, deveriam ter conhecimento das articulações destes serviços, sendo que as respostas apresentadas demonstram ter conhecimento parcial do funcionamento das outras instituições de saúde do município, mas que não desempenham atividades em duas ou mais instituições. Esta forma de articulação é o que Bronfenbrenner (1996) denomina de comunicação interambiente, na qual mensagens são enviadas de um ambiente para outro, com a finalidade de transmitir informações.

Assim passa-se a investigar também, os entrevistados da **Instituição Vermelha** possuem conhecimento do funcionamento destas instituições/organizações/serviços de saúde que atendem a clientela do SUS.

“Se conhece, como já disse **o município é pequeno. A gente tem um bom relacionamento, os profissionais** sejam da área de enfermagem, com a área de enfermagem lá, assistente social com assistente social de lá... bastante, mais por telefone... é... trabalham aqui também, nos dão essa referência também e a gente tem essa facilidade” (F).

“Sim, **sei algumas coisas**” (E).

“Eu **não tenho como te dizer certinho** como é que funciona”(D).

“Tenho **uma idéia superficial**, os modos são mais ou menos parecidos [...]” (C).

“Como eu te disse, entre o médico daqui e o de lá é o encaminhamento. **Como funciona lá mais ou menos conheço**” (A).

Ficou claramente relatado que a maioria dos participantes da entrevista possuem de forma superficial o conhecimento a respeito do funcionamento dos outros serviços de saúde que atendem a população pelo SUS no município do Rio Grande. Não souberam determinar e explicar as formas como se articulam essas instituições junto ao usuário, e sim sabem que é oferecido acolhimento através do SUS. Fica explicitado que existe uma parceria informal entre os profissionais que necessitam encaminhar os usuários do SUS para a outra instituição, deixando pressupor que funciona como uma troca de favores.

Apenas uma das entrevistas afirma que conhece as formas de funcionamento das outras instituições de saúde do município do Rio Grande, provavelmente já tenha trabalhado nelas.

Acredita-se que este desconhecimento possa interferir na qualidade do encaminhamento ao não possuir esclarecimento da maneira como será o acolhimento do usuário no serviço para o qual foi referido.

Com o intuito de saber se na **Instituição Azul** existem dificuldades para encaminhar os clientes do SUS à outra instituição/organização/serviço para receber atendimento identificou-se o que segue:

“**Não. não... não... porque enquanto o paciente está se locomovendo na ambulância eu to telefonando pra minha colega que é responsável do Pronto Socorro e já to informando, foi visto isso, isso e isso[...], eu faço questão de assinar e carimbar**” (N).

“Nós temos alguns ajustes que lógico que ainda precisam ser feitos, mas eu **não chamo de dificuldades**, sempre que ha alguma situação um pouco mais delicada ou constrangedora eu sempre converso com qualquer uma das direções e nós sempre chegamos a termo. Tem uma parceria muito equilibrada, não tenho queixa de nenhuma das duas Instituições, reconhecemos **todos nós juntos que nós temos uma série de ajustes a serem feitos** [...]” (I).

“A nível de internação hospitalar, te respondendo por mim também que eu vejo, aqui eu não pego muito encaminhamento ta?... quê que eu vejo? **não temos leito e aí geralmente a gente tem que encaminhar**” (J).

“É... se eu te disser que não, estou mentindo, porque realmente **existem algumas dificuldades sim**, por exemplo, **o serviço não dar conta da demanda né?** [...] Pra internação é... que tem que passar pela avaliação do médico plantonista” (L).

A maioria dos entrevistados relata que não encontra grandes dificuldades para enviar o usuário do SUS para outra instituição de saúde do município do Rio Grande. No entanto, existe conscientização dos participantes da necessidade de articulação entre as instituições de saúde do município para superar obstáculos ainda presentes nestes serviços.

Ficam evidentes as diferentes formas pelas quais os usuários são referidos aos outros serviços. Através do serviço de ambulância municipal é enviado o cliente e avisado pelo telefone a colega de profissão, sendo informados os procedimentos realizados até o momento da remoção, como também o motivo que indicaram esta conduta. Como é facilmente percebível o encaminhamento, a referência nem sempre é acompanhada de maneira formal, mas se processa informalmente através de comunicação verbal.

Em relação às situações que exigem a intervenção da direção dos serviços das instituições as falas demonstram que os resultados por elas obtidos são sempre positivos, o que pressupõe que os benefícios são de maior importância para o usuário e que existe uma relação positiva entre as instituições/organizações/serviços de saúde do município do Rio Grande.

Estas constatações demonstram que o relacionamento entre as instituições/organizações/serviços enfrentam dificuldades, mas ao mesmo tempo deixam esclarecido que utilizam-se de diferentes estratégias formais e informais para poder alcançar seu objetivo, que se expressa através da internação hospitalar do usuário do SUS no município do Rio Grande.

Porém, aparece nas falas a falta de leitos em número suficiente para os usuários do SUS, situação que muitos das instituições hospitalares e municipais enfrentam.

Situação amplamente discutida em nível nacional a procura de estratégias e soluções que conduzam para uma resolutividade a este problema. Essa situação encontra também fragilidade semelhante no município do Rio Grande, conforme um dos entrevistados citados, também lembra.

Entretanto outro participante apresenta uma peculiaridade no encaminhamento dos pacientes do SUS à rede hospitalar local

“Acho que não tem dificuldades, porque quando eu encaminho os pacientes, a gente pede, quando eu estou na frente na recepção, eu peço pra ele quando não for atendido me dar retorno, eles não retornam, se tu não conseguir tu retorna no posto pra ver... eles não retornam, acredito a princípio que o atendimento foi realizado” (K).

A fala esboça nitidamente que o encaminhamento é feito pelo próprio serviço, apenas orientando o usuário a procurar determinada instituição hospitalar do município do Rio Grande caso não seja atendido é solicitado o retorno para procurar uma possível solução. Por outro lado se percebe que os usuários não retornam o que pressupõe, para o entrevistado, que este encaminhamento informal tenha obtido êxito. Entretanto, isto não significa que realmente foi atendido, quanto tempo esperou e nem o tempo gasto em filas à busca de solução.

Paralelamente a isso temos uma clientela especial, a de saúde mental:

“[...] na saúde mental eu só encaminho quando eu sei que tem uma porta aberta, na verdade se cuida muito pelo paciente que a gente trabalha.... então só encaminhamos quando se tem certeza... se faz isso pelo papel, faz pelo telefone na verdade a gente deveria ir na instituição que é uma coisa que a gente tem começado a fazer ” (M).

O relato demonstra claramente a trajetória percorrida para realizar o encaminhamento desta clientela específica. O comprometimento, empenho, e o profissionalismo transparecem no diálogo. Utilizam-se diversos meios de comunicação para alcançar o objetivo, que neste caso é a internação hospitalar, ressaltando o deslocamento do profissional até o serviço de saúde onde é solicitada a internação. Outros sentimentos surgem que vão além do profissionalismo e se expressam pelos sentimentos de humanização e solidariedade para com o seu semelhante.

Retomando questões já abordadas (re)força-se que esta clientela recebe atendimento especializado no serviço do CAPS, e foi esclarecida a utilização de várias terapias, incluindo o lúdico para evitar internações hospitalares e inserir o cliente na sociedade. A tomada de decisão da internação acompanhando o cliente demonstra que vai além do encaminhamento formal e burocrático.

Dando continuidade a pesquisa buscou-se saber a respeito das dificuldades encontradas na **Instituição Amarela**, quando se tem necessidade de encaminhar o usuário para outro serviço de saúde do SUS. Em relação a esta questão os sujeitos referiram:

“A dificuldade é **o número de leitos escassos para o SUS**, então a superlotação dos hospitais, então é nesse sentido, mas isso a gente não acredita que é má vontade, mas há um problema de sobrecarga nos hospitais que atendem ao SUS” (G).

“Nós **não temos leitos**. Acontece muito conosco é assim oh.... pacientes que estão dentro da UTI numa fase mais estabilizada, são as vezes transferidos pra cá porque nós temos leito, para que o politraumatizado nosso possa ir, então essa troca ela é bem intensa, e é bem real, nós... as duas UTIs trabalham de uma forma muito conjunta nesse sentido... As internações de clínica médica que são mais complicadas”.(B).

“[...] tem **acumulo de paciente**, eles não querem receber uma a mais é dificuldade pra eles assim como a recíproca é verdadeira é difícil pra mim receber um paciente que eu sei que eu não vou ter resolutividade no caso dele”.(H).

Analisando as respostas obtidas percebe-se uma grande ênfase evidenciando que a grande dificuldade é em relação ao número insuficiente de leitos para atender a demanda de internação pelo SUS. Essa é uma realidade nacional, e não apenas do município do Rio Grande. Esse tema encontra-se amplamente discutido e denunciado na imprensa nacional local, regional e até mesmo internacional, sendo motivo de inúmeras reportagens. As falas revelam que existe conscientização do tema, como problema em nível nacional e não somente municipal. Para minimizar essa problemática utilizam-se estratégias e acordos informais para tentar superar algumas das dificuldades enfrentadas. A troca de leitos nas UTIs revelam a cumplicidade e estratégias adotadas dos profissionais que atuam nestas instituições, unidos à procura de resolutividade com respeito à deficiência de leitos.

Na continuação da investigação para elucidar se são encontradas dificuldades por parte da **Instituição Vermelha** quando encaminha os usuários do SUS para estas instituições supracitadas, obteve-se as seguintes informações:

“Não. Dificuldades não têm, a única dificuldade que se tem em Rio Grande agora é a **falta de leitos**” (F).

“Não... pra outro município a gente por exemplo precisa mandar um paciente para Porto Alegre nunca teve problema algum para mandar... tem um contato bom com eles assim né? [...] a gente nunca teve problema para encaminhar paciente aqui para outro hospital ,tudo via telefone a gente tem esse contato bom, esse contato bom.. é... esse contato bem fácil, relacionamento bom com eles”.(D).

“Não, não encontro dificuldades. A **dificuldade é leito**, essas coisas assim são normais que acontecem em qualquer Instituição” (E).

“Não, o problema todo é a questão do leito, **a dificuldade é leito**” (C).

“Não... Não temos dificuldades” (A).

As respostas foram unânimes a respeito de não haver dificuldades para encaminhar o usuário do SUS para outro serviço de saúde, mas ao mesmo tempo apontam a falta de leito na hora do encaminhamento.

Ao analisar as falas compreende-se que a ausência de dificuldades para o encaminhamento para outra instituição possui como pano de fundo o bom relacionamento existente entre as diversas equipes multidisciplinares que compõem as instituições/organizações/serviços de saúde do município do Rio Grande. Também é citado em uma das entrevistas não existir dificuldades na transferência para fora do município, evidenciando que existe um bom relacionamento entre os serviços de saúde, também entre os municípios para os quais o cliente do SUS é encaminhado.

Ressalta-se a falta de leitos para o usuário do SUS, como dificuldade na maioria das falas, o que pressupõe que existe uma demanda maior que a oferecida, assim como também o tempo de espera destes usuários para obter seu atendimento. Esta problemática tornou-se uma rotina cotidiana dos serviços de saúde, o que se percebe em uma das falas “como coisas normais”, o que não caracteriza a falta de conscientização da problemática, indo à procura de soluções através de uma rede informal alicerçada na cumplicidade do coleguismo e “boa vontade” em solidariedade para com os usuários.

Apenas uma das falas relata não ter dificuldades quanto ao encaminhamento do usuário do SUS para outro serviço, sem saber precisar a existência de faltas de leitos no município, mas não explicita se existe demora, por parte da clientela do

SUS para obter atendimento. Enquanto os demais entrevistados referem a falta de leitos é possível inferir que talvez o desconhecimento ou o tipo de atividade que este entrevistado exerce não necessariamente envolve estas questões em relação ao usuário do SUS.

5.4 - IDÉIAS, FORMAS E SUGESTÕES QUE NA OPINIÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA PODERIAM MELHORAR O ENCAMINHAMENTO E AS RELAÇÕES ENTRE AS INSTITUIÇÕES/ORGANIZAÇÕES/SERVIÇOS QUE ATENDEM A CLIENTELA DO SUS

Finalizando a pesquisa na **Instituição Azul** questionou-se aos entrevistados se possuíam sugestões que gostariam de expressar e que poderiam melhorar o encaminhamento e as relações entre as instituições/organizações/serviços de saúde do município do Rio Grande.

Diversas foram as sugestões e que enriqueceram esta pesquisa porque as mesmas podem ser capazes de motivar o desencadeamento de atividades com possibilidade de melhorar o encaminhamento e as inter-relações dos serviços integrantes do SUS. Verifica-se nas falas a seguir as idéias dos participantes a respeito deste assunto:

“Sim, eu acredito que o grande caminho é **a regulação através das centrais de referência**[...]para iniciar esse processo com **a central de regulação de especialidades**, que é o nosso nó crítico, a gente acredita que regulando a especialidade a gente vai ter muito mais facilidade pra regular leito óbvio né?. Um registro formal também de quantas vezes as pessoa passou pelo sistema, quantos encaminhamentos uma pessoa gerou, quantas vezes, porque ela consulta com uma unidade, consulta no outro, tem outro encaminhamento então a gente ta informatizando as unidades para poder fazer o sistema de informatização por rede junto com o apoio dos hospitais” (L).

Neste relato percebe-se a preocupação em implantar uma central de regulação, o que oportunizaria realizar um controle dos usuários e exames solicitados. Fica evidente que o sistema municipal de saúde não conta com um serviço informatizado de seus usuários, o que não permite um controle conciso dos mesmos. Percebe-se que existe um conhecimento empírico em relação da busca de

atendimento do usuário do SUS em diversos serviços de forma simultânea, oferecidos pela Instituição Azul sem, no entanto saber exatamente em quantos deles.

Isto gera gastos, utilização dos profissionais por uma mesma pessoa de forma descontrolada e ao mesmo tempo tratamento inadequado devido a que não segue a terapêutica indicada. Possivelmente as terapêuticas medicamentosas indicados pelos diversos profissionais também sejam diferentes, ocasionando um aumento da demanda e um gasto elevado e, talvez, desnecessário.

A carência de profissionais especializados e criação de uma central de regulação de medicamentos são abordadas pelo entrevistado como uma necessidade a ser resolvida:

“Ter profissionais disponíveis do SUS. Existe uma grande **dificuldade de neurologista em Rio Grande**, então o quê que acontece, o paciente ele é encaminhado simplesmente para o pronto socorro, a porta de entrada, lá o pronto socorro vai ver o quê que vai fazer” (L).

“[...] às vezes o médico prescreveu o medicamento que não tem na rede básica porque? Porque o caso daquela criança exige outra medicação e ela não tem dinheiro pra comprar e não tem onde adquirir, então, por exemplo se tivesse **uma central de medicamento** que pudesse fornecer essa medicação, fora da nossa padronização seria uma medicação seletiva, de acordo com a patologia, acredito que iria resolver oitenta por cento [...]” (K).

Os entrevistados expõem a necessidade de possuir mais profissionais médicos neurologistas na rede básica de saúde do município do Rio Grande, assim como também a concepção de uma central de medicamentos, com medicações padronizadas, e uma coordenação para avaliar as necessidades dos não padronizados, e assim poder atender as necessidades da clientela.

Desta forma garantiria o acesso a tratamento dos usuários do SUS, evitando a internação hospitalar, como também as consultas nos serviços de saúde, pressupondo que este usuário poderia realizar a terapia medicamentosa na sua residência, sendo que muitas vezes não consegue realizá-la por não possuir recursos financeiros suficientes para sua compra.

A fala a seguir demonstra a preocupação com uma clientela especial, os usuários da saúde mental:

“Acho que **mapeamento**, um jeito... onde tem a rede de assistência social, o serviço social poderia se ocupar disso... as relações, Quem que eu posso te mandar? [...] tanto pro trabalho da rede tanto para a

inclusão do doente mental, porque a gente também vive esse outro preconceito...porque a pessoa chega lá ele fica pipocando porque o médico acha que o problema dele é social [...]” (M).

“[...] tu tem que sensibilizar a rede tu **tem os leitos credenciados**, tu tens o Hospital Universitário, mas tu tens um pessoal, tanto da área médica, como da área de enfermagem que não aceita essa internação porque não se sente preparado, porque tem uma sobrecarga de trabalho, porque tem né?...tem várias coisas, tem vários níveis....talvez em torno disso que esses trabalhadores na prática terminem bloqueando esses leitos, esses leitos são ocupados com outras pessoas [...]” (M).

Ressalta-se nos diálogos as inúmeras dificuldades que enfrentam para o encaminhamento do usuário da saúde mental, e para tanto sugere-se a criação de mapeamento dos leitos que a rede hospitalar oferece para esses usuários porque favoreceria o encaminhamento para a internação. O usuário iria já com seu leito assegurado, sem necessidade de transitar pelos diferentes setores das instituições à procura desta internação. A falta de inter-relação entre as instituições de saúde segue-se também o que poderia ser chamado de insegurança ou como o entrevistado se refere preconceito, por parte dos profissionais de saúde para lidar com esse tipo de clientela. É necessário que os portadores de transtornos mentais sejam reconhecidos como seres integrais, dignos, com direito à integridade física e moral, à reabilitação para o trabalho e à qualidade de vida.

Para alcançar esses objetivos, deve-se trabalhar em conjunto e diminuir o preconceito por parte dos profissionais de saúde, das famílias e das comunidades, considerando que a doença mental atinge todas as classes sócias com a mesma intensidade. Portanto, é preciso despertar o debate na opinião pública para a conscientização de diminuir o preconceito e a discriminação à respeito da doença mental e o respeito pelo ser humano, mentalmente adoecido.

Por outro lado um dos entrevistados considera que não existem mudanças fortes para serem realizadas:

“Deve existir, com certeza, sempre existem coisas pra melhoria né?... com certeza mas eu acho que de tudo que se vê e até que acho que não tem tanta dificuldade assim. Melhorar o encaminhamento sempre, eu acho que isso é fundamental, ajuda muito” (N).

A fala esboça nitidamente que não existem dificuldades de grande porte enfrentadas pela Instituição Azul nos serviços de saúde que oferece aos usuários do SUS. Aponta, no entanto, a necessidade de melhorar o encaminhamento é uma

forma importante, o que facilitaria o atendimento do cliente como também organizaria as ações e relações entre as instituições/organizações/serviços do município do Rio Grande. Com a observação de protocolos formais a serem cumpridos pelas instituições/organizações/serviços poderia se implantada a referencia e contra-referencia dos clientes do SUS quando encaminhados para outros serviços de saúde ou mesmo o seu retorno à rede básica, porta de entrada ao sistema e para o qual deveria ser devolvido após a sua estada em outra instituição/organização/serviço que auxiliou na recuperação de sua saúde que estava necessitando de ações mais complexas do que aquelas disponíveis na rede básica. Essa forma inter-relacionada constituindo um sistema, um todo interdependente e interconectado não é percebido e não ocorre nos serviços de saúde no município do Rio Grande.

A criação da central de leitos emerge como uma grande necessidade e poderia melhorar o encaminhamento e a solução de várias situações como se percebe a seguir:

“Nós estamos inclusive já, trabalhando juntos do ano passado pra cá nós já fizemos várias reuniões onde sentamos a mesa com os dois hospitais e a Secretaria que eu acho que é uma coisa que eu acho que não costumava acontecer antes e ta acontecendo agora, sendo que na última semana nós sentamos com o ministério público federal, estadual e os dois hospitais e a Secretaria pra discutirmos a **organização da central de marcação de consultas e a direção da central de marcação de leitos**” (I).

“[...] nós não precisamos de mais leitos no município, nós precisamos é **utilizar melhor os leitos, tem duas coisas tem que acontecer: uma é a hospitalização desnecessária e neste sentido se está trabalhando também com os dois hospitais e mais a promotoria pra ver se a gente acerta a padronização da medicação**, porque muitas vezes a hospitalização é mantida pro paciente poder ter a medicação que isso não é necessário na medida em que o município fornece medicação [...]” (I).

Nestas falas identifica-se nitidamente a necessidade da criação da central de marcação de consultas e a direção da central de marcação de leitos, impregnado de forte interesse por parte das instituições que fazem parte do sistema de saúde da rede básica e hospitalar do município do Rio Grande, junto ao Ministério Público em encontrar soluções que se adaptem as necessidades dos serviços do município junto a resolutividade de acesso aos usuários do SUS. Estas centrais facilitariam o atendimento e garantiriam o acesso as medicações por parte do usuário, o que pressupõe otimização dos leitos hospitalares da rede municipal, que por vezes são

utilizados por clientes somente para ter acesso a terapia medicamentosa, a qual poderia fazer na sua residência e por motivos financeiros não pode adquiri-los, e atualmente, para solucionar este problema resta tão somente a internação hospitalar que garante a ele o acesso a esta terapia. Ressalta-se nesse dialogo que existe a conscientização da responsabilidade por parte do gestor municipal em oferecer medicamentos a todos os usuários do SUS, como também assegurar seu acesso aos serviços de saúde na rede básica municipal como também na rede hospitalar, a procura de garantir serviços de qualidade aos seus clientes.

Além disso, conforme outros entrevistados existem outras estratégias que poderiam ser experimentadas para solucionar esta problemática:

“[...] se colocasse **mais enfermeiros, se retornasse pra ambulância** eu acho que já era uma forma de se melhorar porque eu acho que no momento de tu passar o paciente lá, quando chega no hospital tu recebe uma recepção melhor, eu acho que existem informações que são passadas melhor” (J).

“[...] e com relação **unidade de regulação** né?, eu acho que a gente aqui em Rio Grande por ser a central só funcionasse bem, a minha experiência quando a central é fora do município não é boa, mas aqui daria é um trabalho muito simples, não é difícil mas em Rio Grande a gente pode tentar, de repente funcionasse bem, de repente facilitaria” (J).

Para entender a fala dos entrevistados esclarece-se que o serviço de ambulância, ou seja, de transporte dos usuários do SUS é oferecido pela rede básica de saúde do município do Rio Grande à população.

Nesta fala fica evidente a importância da presença do profissional enfermeiro no serviço de ambulância municipal, facilitando a organização, qualidade do atendimento e as relações com os as instituições hospitalares para onde é removido o cliente. A indicação da presença do profissional enfermeiro na ambulância pode ser entendida como uma otimização no atendimento porque como já discutido anteriormente a ambulância pode ser acionada pela própria população. Essa, muitas vezes, por não conhecer a gravidade dos agravos à saúde acaba encaminhando desnecessariamente clientes ao Pronto Atendimento ou Serviço de Urgência e Emergência, casos que poderiam e deveriam ser resolvidos nas UBS. Estes fatos sobrecarregam os serviços acolhedores das Instituições Amarela e Vermelha.

A seguir apresentam-se as opiniões e sugestões para superar as dificuldades de encaminhar o cliente do SUS, por parte dos participantes da pesquisa da **Instituição Amarela**:

“Eu acho que isso, **uma central de leitos no município, a central de marcação de consultas** que agente consiga juntar as pessoas pra resolver o problema como um todo e não dum hospital ou do outro, eu acredito que esse é o caminho pra melhoria desse problema” (G).

“[...] nós gostaríamos muito que houvesse **uma central de internação** no município de Rio Grande, eu acho justamente nós que temos essa dificuldade toda nos leitos clínicos, para nós seria uma solução muito importante a central de internação” (B).

“[...] nós deveríamos ter **uma central de leitos** tá... é fundamental, segundo, a rede básica de saúde deveria ter mais... deveria ser mais atuante, ter um resultado melhor, eu tenho muitos pacientes que vem pra dentro do Pronto Socorro porque ele não tem dinheiro pra comprar medicação [...]” (H).

Todos os participantes sugerem e acreditam que a criação de uma central de regulação de leitos traria resolutividade ao problema enfrentado no município do Rio Grande. Conforme tinham expressado anteriormente a falta de leito é um dos problemas enfrentados em todo o Brasil. As centrais devem adaptar-se à realidade local e regional, podendo administrar os leitos que o município possui de forma mais articulada. Uma das vantagens da implantação deste sistema é monitorar a movimentação dos pacientes nas diversos serviços hospitalares de saúde.

Com isso haveria um controle dos índices de ocupação e o tempo médio de permanência através da qual seria possível monitorar o paciente desde o momento da internação, movimentação e alta. Com isso é possível saber onde e quantos leitos estão disponíveis, bem como o tempo de permanência de um paciente na instituição hospitalar. A implantação dessa estratégia poderia auxiliar nas informações e assim constituir-se numa ferramenta de gestão de saúde do município do Rio Grande.

A entrevista a seguir demonstra que se entende que existem possibilidades que podem ser criativamente implantadas para buscar soluções que não se apresentam prontas, mas são viáveis, possíveis de implantação:

“[...] o SUS tem que se preocupar com tudo, é uma coisa muito grande, então o que eu vejo no SUS é assim: uma carroça cheia de abóboras e as abóboras tentando se acomodar ta?... acomoda umas, acomoda outras mais assim a gente vai indo ta?... assim agente vai indo... tomara que um dia todas as abóboras todas se acomodem, não vai ser fácil ta?.... mais apesar de ter muitas falhas, apesar de ter muitos problemas é uma das melhores coisas que a nossa sociedade pode ter é o SUS. Todo cidadão devia brigar pra que tudo isso desse certo e devia vigiar e ficar atento pra que o SUS seja um dia o

que ele realmente se propõem ser, porque isso é um bem pro nosso povo [...]" (H).

O relato deixa transparecer as dificuldades enfrentadas pelo SUS, e mostra a situação dos serviços de saúde no município, à procura de estratégias para obter resolutividade nas ações e acesso aos serviços de saúde à população. Também ressalta a necessidade da participação dos cidadãos colaborando para que o SUS se transforme realmente em um sistema de saúde alicerçado em seus princípios de **integralidade, equidade e universalidade**, assim como também na descentralização, controle e regionalização e hierarquização. Ainda atravessando inúmeras dificuldades, destaca-se como um sistema de saúde adequado às necessidades da população, precisando obter sua efetivação e aplicabilidade de acordo com a regulamentação legal.

Assim solicitou-se aos participantes da pesquisa da **Instituição Vermelha** sua opinião a respeito da existência de outras formas que poderiam melhorar o encaminhamento e as relações entre as instituições/organizações/serviços que atendem a clientela do SUS, obtendo as seguintes respostas:

"Eu acho que não, a coisa aqui é tão fácil da gente fazer né?" (A).

"Não pois ela flui bem aqui... flui bem a gente não tem grandes problemas [...]" (E).

"Não sei te dizer se haveria uma outra forma" (C).

Esse grupo de entrevistados da Instituição Vermelha esboça nitidamente que não há necessidade de acrescentar melhorias nos relacionamentos e encaminhamentos dos usuários do SUS para outros serviços, induzindo a entender que a Instituição Vermelha, não possui dificuldades com falta de leitos nem com obstáculos para o encaminhamento de seus usuários. Para essa Instituição, segundo os entrevistados o SUS funciona muito bem e não necessita de maiores ajustes.

Um dos entrevistados da Instituição Vermelha não soube precisar o que poderia melhorar em relação ao encaminhamento dos usuários do SUS, assim como também a respeito dos relacionamentos entre as instituições.

Por outro lado, nesta mesma Instituição Vermelha, outros participantes expressaram necessidades e fizeram sugestões, como se observa nas falas a seguir:

“É...acho que seria mais os **exames** né. O que a gente vê a necessidade maior assim, que a gente vê que os pacientes tem mais necessidade é os exames que tem um **número muito limitado**” (D).

“É uma **central de leitos** porque uma central de leitos vai fazer o que? Ela vai selecionar os casos... vai fazer uma.... triagem dos casos mais urgentes e esses pacientes que serão internados devido a sua gravidade né?” (F).

Uma das entrevistas deixa transparecer a necessidade de aumentar o número de exames realizados através do SUS, evidenciando certa dificuldade de acesso dos usuários para este tipo de serviço.

Paralelamente a isso a outra fala enfatiza a necessidade de uma central de regulação de leitos, o que facilitaria o encaminhamento do usuário do SUS e melhoraria os vínculos de relacionamento entre todos os serviços de saúde. Essa necessidade, como já foi discutida ao longo da pesquisa, recebeu uma ênfase especial por parte dos participantes das três instituições/organizações/serviços estudadas

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da saúde no Brasil é permeada de inúmeros e diferentes acontecimentos que conduziram ao surgimento do SUS. Este sistema de saúde, alicerçado na Constituição Federal garante a saúde, em seu conceito ampliado, como um direito a todos os cidadãos através de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Surge, assim, um novo modelo, sistêmico e ecossistêmico de saúde baseado na prevenção e promoção, opondo-se ao modelo biomédico curativista centrado na doença. Entretanto o SUS enfrenta diversos obstáculos na sua aplicabilidade entre os quais é possível destacar, uma sociedade impregnada de preconceitos, discriminações, diferenças econômicas caracterizadas, especialmente, pela má distribuição da renda, aspectos culturais e geográficas, exigindo refletir a respeito de quais as melhores estratégias a serem utilizadas para efetivar o acesso aos serviços de saúde à população, levando em consideração as necessidades do ser humano inserido na sua região.

O país com uma abrangência continental traz no seu conteúdo características que o classifica de diversificadas formas. Assim sendo os serviços e ações de saúde oferecidos pelo SUS necessitam conhecer a realidade na qual a clientela se insere, para desta forma elaborar estratégias para seu atendimento. O município do Rio Grande ciente da sua responsabilidade frente à municipalização com Gestão Plena da atenção Básica, oferece diferentes modalidades de atendimento em saúde ao usuário do SUS.

Com o intuito de conhecer as diferentes modalidades de saúde que o Município do Rio Grande oferece à clientela do SUS surgiu a presente proposta de trabalho. Além de conhecer as modalidades de atendimento que as instituições/organizações/serviços de saúde do SUS do município do Rio Grande oferecem a sua clientela, buscou-se também compreender as relações e inter-relações que mantêm entre si e de que forma se processam essas relações, sob a visão sistêmica, tendo como ponto de referencia a teoria sistêmica, com abordagem em Bronfenbrenner (1996).

Com o olhar voltado para esse autor percebe-se o SUS como um todo articulado, interdependente e inter-relacionado, que em conjunto, isto é, as instituições/organizações/serviços buscam estabelecer relações e estratégias no coletivo para solucionar as questões que envolvem a saúde da clientela do SUS.

A pesquisa foi realizada nas três instituições/organizações/serviços de saúde do município do Rio grande, que foram identificadas com o pseudônimo de cores: Instituição Azul, Instituição Amarela e Instituição Vermelha respectivamente.

O referencial teórico e revisão de literatura permitiram compreender com maior clareza a temática abordada conduzindo a questão pesquisa para entender as interfaces e aderências com os pressupostos e o objetivo traçado Além disso, ofereceu a sustentação para análise e interpretação dos dados, coletados na rede básica de saúde e nas instituições hospitalares que integraram este estudo.

Ao focar as **modalidades** de atendimento oferecidas identificou-se claramente a existência de 33 unidades de saúde em Atenção Básica e que cada unidade tem sua própria característica quanto aos serviços, horários e modalidades de atendimento oferecidos pela Instituição Azul.

Todas as Unidades de Atenção Básica proporcionam atendimento diurno, sendo que apenas três possuem atendimento às 24h. Independentemente do horário de funcionamento é oferecido permanentemente atendimento de enfermagem, ficando destacado que é o enfermeiro o responsável pelo gerenciamento deste serviço. Olhando cada unidade integrante da Atenção Básica e analisando seu conteúdo e funcionamento é possível vê-las como um microssistema, tendo suas características próprias, individuais e particulares, mas ao mesmo tempo encontrando-se interligada fazendo parte e se inter-relacionando, não apenas as demais Unidades Básicas de Saúde, mas também com as demais instituições/organizações/serviços que integram o Sistema de Saúde como um todo do município. Essa visão corrobora com Bronfenbrener (1996) ao considerar que as unidades integrantes do sistema são interdependentes, influenciam e são influenciadas pelo todo.

O estudo demonstrou que existem diversas modalidades de atendimento oferecidas pelas instituições/organizações/serviços que oferecem os serviços à clientela do SUS, entre as quais: Assistência Ambulatorial, Internação Hospitalar, Hospital Dia.

A **modalidade Assistência Ambulatorial** ainda que oferecido em todas as instituições/organizações/serviços possui suas particularidades. Entre elas merece destaque o CAPS, oferecida pela Instituição Azul, alternativa hoje preconizada em substituição à hospitalização convencional, que proporciona atendimento a uma clientela especial, utilizando-se de várias estratégias terapêuticas, entre elas o lúdico, com ênfase na reabilitação e reintegração do cliente ao convívio social.

Ficou destacado o esforço da equipe de saúde deste serviço, ultrapassando as fronteiras do profissionalismo, utilizando-se fortemente da humanização no atendimento desta modalidade.

Também merece consideração especial o atendimento especializado PSF, que vai ao encontro do usuário do SUS no seu domicílio, facilitando seu atendimento e fortalecendo os vínculos com os profissionais. Este atendimento é oferecido em algumas das Unidades Básicas de Saúde, existindo grande interesse do gestor de saúde do município, conforme manifestação expressa na entrevista, com base nos bons resultados obtidos com o mesmo, em ampliar a abrangência deste serviço.

A assistência ambulatorial oferecida pela Instituição Amarela tem como porta de entrada o próprio serviço através de agendamento específico como também o Pronto Atendimento, destacando-se especialmente pela variedade de especialidades oferecidas à clientela.

Entre as particularidades ambulatoriais oferecidas pela Instituição Vermelha desataca-se a oferta dos serviços especializados em cardiologia, psiquiatria e oncologia, sendo permitido o acesso a esses serviços de forma direta nas próprias unidades, ou então através do encaminhamento da Unidade de Pronto Socorro desta instituição. Uma especificidade no atendimento ambulatorial de psiquiatria é que o usuário para usufruir dos serviços do mesmo deverá ter tido uma internação na unidade de psiquiatria, não sendo um serviço aberto a toda a comunidade. Portanto, sua única forma de acesso é através de uma internação previa nesta área, funcionando como um retorno.

A acessibilidade ambulatorial é de forma direta por parte do usuário, isto não quer dizer que seja um serviço rápido, mas sim ficou explícita a preocupação e empenho pelos integrantes dos serviços de saúde, em oferecerem resolutividade aos problemas dos usuários que ali procuram acolhimento.

Neste sentido ficou evidenciada a heterogeneidade do atendimento ambulatorial, e seu esforço para constituir um modelo de atenção à saúde que de

forma articulada ofereça um atendimento baseado nos princípios do SUS, abrangendo as demandas de todos os grupos sociais, buscando melhorar a qualidade dos serviços de saúde, na procura de um equilíbrio de sustentabilidade econômica.

A **modalidade de Internação Hospitalar** é oferecida pelas instituições Amarela e Vermelha a todos os usuários do SUS das diferentes faixas etárias. Apresentam algumas similitudes, mas também existem especificidades em cada uma delas. As unidades de cardiologia, oncologia e psiquiatria têm sua própria porta de entrada nos seus serviços, mas também é possível o encaminhamento pelo Pronto Socorro da Instituição Vermelha.

Já a Instituição Amarela tem como porta de entrada o Serviço de Pronto Atendimento. Esta unidade devido à falta de leitos nas instituições hospitalares que atendem o cliente do SUS no município do Rio Grande instalou estrategicamente uma unidade de internação na qual o cliente é atendido enquanto aguarda leito na rede hospitalar.

A modalidade de Internação Hospitalar oferecida à clientela do SUS do município do Rio Grande estende-se também aos usuários de outros municípios, por ser ponto de referencia de atendimento dos serviços de traumatologia e cardiologia.

Enquanto à **modalidade de atendimento Hospital Dia**, ambas as instituições hospitalares a possuem, direcionado a grupos diferenciados de clientela.

A Instituição Vermelha oferece a modalidade de Hospital Dia à clientela do serviço de psiquiatria, enquanto que a Instituição Amarela oferece à clientela DST/AIDS e também para portadores de doenças crônicas. Ficou ressaltado por parte de todos os entrevistados, que possuem esclarecimento a respeito desta modalidade de seu funcionamento, assim como dos benefícios por ela aportada aos clientes, a família e as instituições de saúde.

Desta maneira ficaram conhecidas as modalidades de atendimento a saúde aos usuários do SUS oferecidas pelas instituições/organizações/serviços do município do Rio Grande. A Atenção Básica de Saúde se apresenta como um pilar fundamental, promovendo ações de saúde utilizando-se de estratégias para abarcar o atendimento a todos os usuários que utilizam destes serviços. A rede hospitalar oferece atendimento através das instituições integrantes em varias especialidades e para todos os faixas de idade.

As entrevistas deixaram transparecer o comprometimento dos profissionais de saúde, e a preocupação manifestada em oferecer serviços de qualidade e de resolutividade aos usuários que chegam à procura de acolhimento, como também, demonstraram empenho na busca de articulações entre as instituições/organizações/serviços do SUS para dar conta às necessidades dessa clientela.

Os responsáveis pelos serviços de saúde deste município, demonstraram nas entrevistas que estão cientes da realidade que enfrentam e que buscam encontrar estratégias capazes para solucionar estes problemas. Percebeu-se que muitas são as dificuldades a serem superados entre as quais pontua-se o hábito cultural e já arraigado na população que procura os serviços de Pronto Socorro e Serviço de Pronto Atendimento para resolver quase todos os problemas de saúde. Essa questão cultural pode ser interpretada como um dos motivos que também induzem ao aumento da demanda destes serviços, e que muitos problemas poderiam ser solucionados na UBS.

Além disso, é necessário destacar as freqüentes crises econômicas, o empobrecimento acentuado da população que não possui recursos nem para adquirir os medicamentos que necessita, assim como também para uma alimentação saudável, somando-se aos descuidos de autoridades em relação à saúde e a busca desenfreada, muitas vezes desnecessária, da maioria da população, sobrecarregando o serviço de saúde. O somatório desta problemática leva a falência paulatina e progressiva dos serviços de saúde, pois não conseguem atender de maneira qualitativa e quantitativa a demanda.

O aumento da demanda no atendimento nos serviços de saúde é um dos fatores causadores da superlotação, recebendo um número de pacientes acima de sua capacidade de prestar um bom atendimento, obrigando a dividir atenção dos profissionais e de recursos. Esta situação não é exclusiva do município do Rio Grande, e sim uma problemática nacional, desencadeada por inúmeros fatores. Percebeu-se que as unidades de Pronto Socorro, e especialmente a de Pronto Atendimento necessitou criar uma unidade de internação, o que descaracteriza seu funcionamento, para desta forma tentar solucionar o problema de falta de leitos.

Sabendo que as instituições/organizações/serviços se encontram superlotadas procurou-se identificar a existência da **Internação Domiciliar**, modalidade que poderia ser utilizada para amenizar a superlotação das Unidades

hospitalares integrantes do SUS. Obteve-se como resultado que esta modalidade de atendimento não é oferecida no município do Rio Grande. A sua inexistência confirma o pressuposto que: algumas das modalidades de atendimento, ainda que legalmente permitidas, são desconhecidas da maioria das instituições/organizações/serviços de saúde, integrantes do SUS do Rio Grande.

Isto é a internação domiciliar, legalmente reconhecida e com possibilidade de oferecimento por parte das instituições integrantes do SUS poderia ser utilizada como estratégia para atender a demanda e assim colaborar na solução da problemática da superlotação. A falta de leitos, reclamada e constatada em todas as entrevistas, poderia ser amenizada com a implantação desta modalidade de atendimento. Além disso, esta modalidade ao oferecer à clientela o atendimento no seu próprio domicílio representa uma estratégia que diminui o custo e oferece um atendimento mais humanizado porque o cliente permanece no convívio familiar.

Embora pressupondo, inicialmente, que as instituições/organizações/serviços oferecem as modalidades de forma desarticulada, constatou-se ao longo deste trabalho, que nem sempre acontece dessa maneira. Existe por parte dos trabalhadores um grande empenho para conseguir tanto o encaminhamento do cliente para exames como para a possível internação ou outro atendimento que é oferecido pelas instituições integrantes do SUS. Percebeu-se, também, um grande esforço para realizar as articulações necessárias em cada um dos microssistemas (Instituição Azul, Amarela e Vermelha) buscando estratégias de resolutividade interna, antes de encaminhá-lo para outro serviço externo a sua instituição.

Neste sentido os dados obtidos na pesquisa permitiram constatar a presença de relações e inter-relações nas ações de serviços de saúde oferecida pelas instituições/organizações/serviços do município do Rio Grande, ressaltando características e particularidades individuais em cada serviço.

As características definidas na teoria de Bronfenbrenner revelem-se explicitadas nestas relações interinstitucionais também em relação a cada uma das institucionais nas quais é possível distinguir tanto o micro, meso, exo e macrossistema encontram-se presentes sempre.

Percebeu-se que cada serviço de saúde apresenta suas próprias peculiaridades individuais na forma de referenciar seu cliente. Os entrevistados das instituições hospitalares, unanimemente confirmam que o primeiro contato para iniciar o processo de transferência para outra instituição, acontece através do

profissional médico para com o médico do outro serviço para onde se pretende enviar o cliente.

Após a confirmação entram outros profissionais para completar o processo. Também ficou esclarecido que em todas as instituições/organizações/serviços de saúde do município do Rio Grande sempre que o usuário for transferido, é acompanhado de encaminhamento escrito da terapêutica realizada no serviço. Esta forma de encaminhamento não é protocolada, portanto este histórico é realizado pelo médico em receituário ou outro tipo de papel, sem existir um formulário específico. Porém deve-se destacar a existência de um formulário de referencia e contra-referencia utilizado no serviço de PSF, esta especificidade ficou constatada somente neste serviço de saúde.

A Instituição Azul utiliza-se de vários caminhos ao precisar referenciar o cliente para outro serviço da mesma instituição, assim como para outra instituição de saúde. Recebe seu usuário através da unidade básica de saúde, após esgotar seus recursos ou na falta deles, urgindo a necessidade de transferência, pode ser realizada através de contato telefônico ou não, mas sempre acompanhado de um histórico sob a forma escrita, isto também se aplica quando há necessidade de enviar este usuário para um serviço de urgência e emergência, assim como também de pronto atendimento. Nestes casos específicos o cliente é enviado diretamente ao serviço de saúde através do serviço de ambulância quando necessário, no qual, apenas possui auxiliar de enfermagem e motorista, acompanhado de um histórico escrito.

Percebeu-se durante a pesquisa que existe uma parceria entre os serviços de CAPS e PSF como estratégia entre ambos, para referenciar os seus usuários, através de telefonema e de forma escrita, existente exclusivamente entre eles, o que não significa que seja um serviço articulado.

Ao retornar da Instituição Amarela e Vermelha para a Instituição Azul é acompanhado apenas através de histórico escrito ou por receitas dos medicamentos prescritos pelo médico para continuidade do tratamento do cliente, sem ser referenciado para a unidade básica, caracterizando uma fragmentação do atendimento interinstitucional. Esta ao acolher o usuário não tem certeza da terapêutica realizada, de seu estado atual, os exames realizados, geralmente dificultando as ações de saúde a serem continuadas pela Instituição Azul.

Torna-se necessário esclarecer algumas das dificuldades encontradas, ao tentar referenciar o retorno do usuário para o seu município de origem, em que por vezes se encontra com alta e permanece por vários dias ocupando o leito aguardando que venham buscá-lo. Isto demonstra a desarticulação dos serviços de saúde intermunicipais, prejudicando as atividades/serviços oferecidos aos usuários do SUS. Ficou evidenciado a forte presença da ligação indireta, em que um ambiente influencia o outro sem necessidade da participação direta, estas atitudes demonstram individualidades de serviços a serem melhorados para que desta forma, conseguir integrar o sistema em si.

A participação multiambiente, na perspectiva de Bronfenbrenner (1996) ficou constatada, confirmando que muitos dos profissionais da equipe multiprofissional de saúde trabalham em mais de uma instituição/organização/serviço de saúde do município do Rio Grande, assim como também a importância da presença do conhecimento interambiente tornando-se um facilitador entre as inter-relações das instituições. Essa forma de inter-relações permite esclarecer e conhecer alguns dos serviços de outra instituição, o que não significa que seja um conhecimento amplo, assim como também se constatou a presença de desconhecimento por parte de alguns entrevistados a respeito do tema que não souberam determinar e explicar as formas como se articulam essas instituições junto ao usuário, sabendo somente que é oferecido acolhimento através do SUS.

Em relação à questão referente às dificuldades encontradas para a transferência do usuário do SUS para outra instituição/organização/serviço, constatou-se não existir grandes dificuldades entre as articulações interinstitucionais, e sim se ressaltou que as dificuldades encontradas eram a falta de leitos para internação pelo SUS, problemática que não atinge somente a este município e sim ao todo o território nacional, o que leva a utilização de varias estratégias por parte das instituições, do gestor de saúde e dos próprios profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional, e muitas vezes tecem uma rede informal a procura de soluções utilizando a criatividade, o espírito humanitário de solidariedade ao cuidar de pessoas.

Finalizando a pesquisa, foi deixado um espaço para as sugestões que os entrevistados teriam para acrescentar, alicerçados na sua realidade de vivência do sistema de saúde municipal. A necessidade da criação de uma central de leitos foi uma sugestão que a grande maioria dos entrevistados verbalizou como uma

necessidade fundamental para solucionar a problemática de falta de leitos, e desta forma o fluxo e atendimento interinstitucional se daria de forma mais organizada e equilibrada.

Desta forma também foi sugerido a necessidade de contratação de mais profissionais, a inserção de profissional enfermeiro e médico no serviço de ambulâncias do municipal, uma central de regulação de medicamentos, a necessidade de criação de protocolos de referencia e contra-referencia, liberação de mais quantidades de exames e desmistificação da doença mental, para desta forma eliminar o preconceito a respeito deste usuário.

Ao olhar para as várias articulações feitas pelo gestor de saúde, assim como também para os responsáveis pelas instituições hospitalares do município do Rio Grande junto ao Ministério Público com a finalidade para encontrar soluções que se adaptem às necessidades dos serviços do município junto a resolutividade de acesso ao usuário do SUS verificou-se que entre as necessidades discutidas está a criação das centrais de leito e medicamentos, que trariam inúmeros benefícios, entre eles o controle de fluxo e distribuição de leitos, e assim proporcionaria a terapêutica medicamentosa necessária para todos os usuários.

Também é notório o esforço por parte do gestor de saúde municipal em instalar uma rede informatizada entre todas as unidades das UBS. Ela poderá ser capaz de produzir inúmeras vantagens revertidas para um melhor atendimento do usuário do SUS. As vantagens em relação ao usuário do SUS se estendem desde o seu acolhimento facilitando as ações e serviços e as inter-relações entre os diversos serviços da própria instituição, como também junto as demais, que em parceria contribuem no atendimento à clientela do SUS possibilitando controle e monitorização do usuário na rede de saúde pública.

Sabe-se que a proposta de consolidação do SUS enfrenta inúmeras dificuldades a nível nacional, o que exige uma participação não somente por parte das autoridades, como também é fundamental a presença dos cidadãos a procura de soluções.

O eixo da discussão é o acesso a serviços de saúde do SUS efetivos e resolutivos para com o usuário, e considerados como um sistema, que dependendo do olhar pode-se compreender como micro, meso, exo ou macrossistema, interligado e interconectado, visto como um todo.

Para dar conta dessa complexa rede de serviços buscou-se saber a composição da equipe multiprofissional. Constatou-se que em algumas UBS ela é formada por equipe básica, aquela formada por profissionais da área da enfermagem e médico. Partindo deste patamar são inseridos outros profissionais de acordo com a especificidade e necessidade dos serviços de saúde, que nem sempre se encontram lotados em unidades específicas, mas cuja presença é agendada conforme a necessidade da clientela. Assim sendo, na Instituição Azul existem alguns profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional de saúde, mas se encontram lotados em determinados serviços, e, quando sua participação se torna necessário o cliente é encaminhado até ele. Existem serviços que atendem a uma clientela específica e possuem profissionais na sua equipe multiprofissional de saúde para realizar um atendimento diferenciado, como é o caso do CAPs.

A Instituição Amarela, também apresenta equipes multiprofissionais de saúde com características diferenciadas de acordo à clientela a ser atendida, como no caso dos usuários do DST/AIDS, grupos de diabéticos e hipertensos.

Além disso, faz parte da equipe de saúde, um profissional do controle de qualidade, que é realizado através de entrevista de questionário por parte do usuário, e assim acompanham e avaliam as suas necessidades na melhora do atendimento.

Já na Instituição Vermelha as equipes estão inseridas em todas as unidades que fazem parte desta instituição, existindo especificidades como se percebe no serviço de cardiologia, oncologia e psiquiatria. O serviço de psiquiatria utiliza-se de várias formas de recursos para oferecer atendimento a seu cliente e, portanto possui profissionais capacitados para lidar com a doença mental. Destaca-se ainda, nesta instituição, a participação na equipe multiprofissional, de funcionários que trabalham na horta, utilizando desta terapêutica no tratamento ao cliente da instituição psiquiátrica.

Percebeu-se em todas as equipes multiprofissionais de saúde a presença do profissional enfermeiro e médico. É necessário ressaltar o destaque outorgado ao enfermeiro por parte dos entrevistados da Instituição Azul o que não significa que sua participação seja de menor importância nas equipes multiprofissionais das outras instituições, mas a ênfase dado a esse profissional, nesta pesquisa, deve-se a sua presença em todos os horários de funcionamento dos serviços de saúde.

Identifica-se o enfermeiro como o elo de comunicação, de conexão, no uso dos instrumentos sociais, em que procura e busca respostas em um processo de interação junto à comunidade para compreender e atuar nas soluções de seus problemas de saúde o que representa um grande desafio para a sua atividade, embasado na sua qualificação e capacidade construída por diferentes saberes, o que permite e proporciona uma sólida atuação nas ações de saúde. A presença marcante do profissional enfermeiro na equipe multiprofissional fortaleceu a idéia da sua necessidade e porque não dizer a sua imprescindibilidade nos serviços e ações de saúde.

Ficou explicitado que a equipe multiprofissional de saúde representa o elemento fundamental no atendimento ao cliente do SUS, compartilhando responsabilidades e decisões, identificando os problemas de saúde do usuário, considerando a realidade local, substituindo o trabalho isolado pelo coletivo e, assim, enfrentando obstáculos e desafios para conseguir efetivar suas ações.

Desta maneira acredita-se ter alcançado o objetivo da pesquisa obtendo subsídios para compreender as diversas modalidades de atendimento oferecidas pelas instituições/organizações/serviços de saúde do município do Rio Grande. Esses elementos podem ser capazes de conduzir a uma melhoria no atendimento e auxiliar no acesso aos serviços de saúde do SUS à população que procura acolhimento e resolutividade de seus problemas.

A pesquisa ao perfilar as modalidades de atendimento oferecidas pelas instituições/organizações/serviços de saúde aos clientes do SUS do município, assim como aportar informações que conduzem a refletir sobre os atores que fazem parte da equipe multiprofissional de saúde e nortear a necessidade das inter-relações e interconexões dos serviços e ações de saúde obtendo assim não apenas o seu propósito inicial, mas abarcando num contexto mais amplo e complexo a saúde com seus condicionantes e determinantes como um sistema que deve estar disponível como um direito do indivíduo.

Seguindo nesta vertente, os dados obtidos servem como base de identificação de lacunas e estratégias utilizadas pelos diversos serviços, buscando caminhos e o conhecimento da realidade, servindo como instrumento motivador para o desenvolvimento das inter-relações com o propósito de auxiliar na melhoria da qualidade.

Assim, ao finalizar essa pesquisa registro que a mesma serviu para o pesquisador ampliar o conhecimento da temática, conscientizar e fortalecer os princípios de cidadão. Como profissional da saúde despertou não apenas o interesse, mas levou a entender que todos temos o compromisso social de participar na defesa do Sistema Único de Saúde especialmente de seus princípios de universalidade, equidade, integralidade através da participação no controle social.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE S.M.R.L. de. **Assistência domiciliar**: diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica. [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP; 2001.

ALMEIDA, M.C.P., MISHIMA, S.M. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família**: construindo “novas autonomias” no trabalho. Disponível para visualização em: www.interface.org.br/revista9/debate4.pdf. Acesso em 18 de junho, 2006.

ANTUNES, J. L. F. **Hospital**. Instituição e história social. São Paulo: Letras&Letras, 1991.

ANVISA. **Notícias da Anvisa**: Diário e Mensal. Atenção domiciliar ganha regras. Disponível para visualização em: anvisa.gov.br/divulga/noticias/2006/300106.htm. Acesso em 8 de março, 2006.

ANVISA. **Resolução Da Diretoria Colegiada - Rdc Nº11, de 26 de Janeiro de 2006** Disponível para visualização em: [http:// www.anvisa.gov.br/legis/portarias.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias.htm). Acesso em 8 de março, 2006.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2002.

BARRIOS, R.C. As concepções do homem na filosofia contemporânea. In Antropologia filosófica I. São Paulo: Loyola, 1991.

BASSO, C. **Trabalho em equipe**. Disponível para visualização em: <http://www.crbasso.com.br/>. Acesso em 01 de maio de 2006

BERTALANFLY, L.V. **Teoria geral dos sistemas**. Petrópolis: Vozes, 1993.

BERTOLLI FILHO, C. **Historia da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Àtica, 2004.

BOLONHEZI, A., DE FINA, J. RAMÃO, J.E. **Entendendo a Assistência Domiciliar**. São Paulo, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília 1988.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1988. Brasília 1988.

BRASIL, **LEI 8080**. Disponível para visualização em: < <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm> >. Acesso em 8 de julho de 2005.

BRASIL, **LEI nº10424**. Disponível para visualização em: <<http://200.205.52.12/scripts/as-web.exe?LEI.ask+b+10424>>. Acesso em 8 de julho de 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Adesão**: os municípios e estados interessados em aderir à Política Nacional de Internação Domiciliar. Disponível para visualização em: portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe Acesso em 30 de outubro de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Hospitalar no SUS-1995/1999/Secretaria de Assistência a Saúde**. Brasília: Editora MS, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível para visualização em: portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124 . Acesso em 20 de março de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional da Saúde**: conferência Sergio Arouca, relatório final. Brasília, Editora MS. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **CAPs**. Disponível para visualização em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24128. Acesso em 20 de março de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto Nº 5.055, de 27 de abril de 2004**. Disponível para visualização em: dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/index_leg.htm - Acesso em 30 de julho de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Do sanitarismo à municipalização**. Disponível para visualização em : portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=125. Acesso em 20 de março de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde**. Projeto de terminologia em saúde. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **NOB-SUS 01/96**. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS. (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996) Brasília, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde**: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília: Editora MS, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**; organizado por Lopes, J.M.C.. Porto Alegre: Serviço de saúde Comunitária do Grupo Hospital Conceição, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de Atenção às Urgências: SAMU 192**. Brasília: Editora MS, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 44, de 10 de Janeiro de 2001.** Disponível para visualização em: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/hosp_d/GM_P44_01hosp_dia.doc. Acesso em 18 de julho de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.023, de 23 de setembro de 2004.** Disponível para visualização em: dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria1886_18_12_97. Acesso em 30 de julho de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.023, de 23 de Setembro de 2004.** Disponível para visualização em: dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria2023_23_09_04. Acesso em 18 de julho de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.529 De 19 De Outubro de 2006.** Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Disponível para visualização em: portalweb05.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2529%20institui%20a%20internacao%20domiciliar.pdf. Acesso em 30 de outubro de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde do Brasil 2004:** uma análise da situação de saúde. Brasília, 2004.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano:** experimentos naturais e planejados. São Paulo: Artmed, 1996.

BUSS, P.M. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** Ciência&Saúde Coletiva,5 (1):163-177,2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1982.

CAPRA, F. **As conexões ocultas.** São Paulo: Cultrix, 2002.

CAPRA, F. **A teia de vida.** São Paulo: Cultrix, 1982.

CAPRA, F. **Gerenciamento ecológico.** São Paulo: Cultrix, 1993.

CAPRA, F. **O ponto de mutação.** São Paulo: Cultrix, 1982.

CARNEIRO JR, N; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **IN:** Cadernos de Saúde pública. Rio de Janeiro nov./dez. 2003, v. 19, n 6, p. 1827-1835. ISSN 0102-311X.

CARVALHO, G.I. SANTOS, L. **Comentários à Lei Orgânica de Saúde,** Leis 8.080/90 e 8142/90. Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.

CASTIEL, L.D. **O buraco do avestruz:** a singularidade do adoecer humano. Campinas: Papirus;1994.

CECAGNO, D. **Serviço de educação continuada na enfermagem nas instituições de saúde do município do Rio Grande.** Rio Grande: FURG, 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade federal do Rio Grande, 2003.

CENSO DEMORÁFICO 2000. Características da população e dos domicílios. Resultados do Universo. **IBGE** (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo demográfico, 2000,520 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 159**, Consulta de Enfermagem. Disponível para visualização em: www.coren.pb.com.br/legislacao/resolucoes/res159. . Acessado em: 10 de outubro de 2006.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Porto Alegre:2002.

CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração.** 7ª ed. São Paulo: Campus,2004.

COHN, A., Elias, P. E. ***O público e o privado na saúde: o PAS em São Paulo.*** São Paulo: Cortez/Cedec, 1999.

COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida.** Lisboa-Porto-Coimbra: Lidel, 1999.

CRUZ, L.C.F. BARROS, S.R.T.P. FERREIRA, H.C. **Enfermagem em Home Care e sua Inserção nos Níveis de Atenção à Saúde: a experiência da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense.** Disponível para visualização em: www.homecareplus.com.br/empresas_estudos.htm. Acessado em: 20 de julho de 2005.

ELIAS, P.E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **Rev.Saúde Pública**, v.18. nº. 3. São Paulo jul./set. 2004.

FABRÍCIO S.C.C. et all. **Assistência domiciliar:** a experiência de um hospital privado do interior paulista. Ver. Latino Americana de Enfermagem vol. 12 nº 5. São Paulo setembro/outubro 2004.

FAZENDA, I. C. **Interdisciplinaridade:** Um projeto em parceria. São Paulo: Loyola, 1993.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

GERSCHMAN,S. Las reformas del Estado, de las políticas sociales y de salud. Un balance del final del milenio. **Caderno Saúde Pública**, Río de Janeiro v.15,n.2 p.01-15, 1999.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GÓMEZ, C.C.T. **Cuidado em casa**. Associação Latino-americana de Cuidado Paliativo (ALCP). Disponível para visualização em: www.cuidadospaliativos.org . Acessado em: 20 de setembro de 2006.

GONZALES, R. M. et al. **Cenários de cuidado**: aplicação de teorias de enfermagem. Santa Maria: Palloti, 1999.

GRAÇA, L. **História dos Hospitais**. Disponível para visualização em: www.ensp.unl.pt/lgraca/textos. Acessado em: 20 de julho de 2005.

HAGETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Rio de Janeiro: Editora Vozes Ltda., 1999.

HISTORIA – RIO GRANDE. Disponível para visualização em: <http://www.riogrande.com.br/municípios/riogrande.htm>. Acessado em: 16 de abril de 2006.

HISTORICO DO RIO GRANDE. Disponível para visualização em: <http://www.mikrus.com.br/~classe35/histcidade.htm> Acesso em: 16 de abril de 2006.

JOVCHELOVITCH, M. **Municipalização e saúde**: possibilidades e limites. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1993.

KOMORA, C.A. **Opção Pobre**. Disponível para visualização em: http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/opção_pobre.htm Acesso em: 20 de junho 2006.

LAHAM, C.F. **Peculiaridade do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe**. Disponível para visualização em: www.cepsic.org.br/revista/Artigos/v2n2a10.htm - 44k -Acesso em 18 de dezembro de 2005.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.; Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, p.269-318, 2001.

MARTIN, H.S. **Crisis mundial de la salud**.- Salud para nadie en el año 2000? Editorial Ciencia 3. S/D.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo 1. Bahia: Casa da Qualidade Editora, 2002.

MENDES, W. **Home Care**: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro> UNERJ, UnATI, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S. **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MIRSHAWKA, V. **Hospital**: fui bem atendido, a vez do Brasil. São Paulo: Makron Books, 1994.

MOTTA, F.C.P. **Teoria geral da administração**: uma introdução. São Paulo: Pioneira, 1998.

OLIVEIRA, D.P.R. **Planejamento estratégico**: conceitos, metodologia, práticas. São Paulo: Atlas, 1998.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998. 254p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35 n.01. São Paulo, 2001.

PIANCASTELLI, C.H. FARIA, H.P.;SILVEIRA,M.R. **O trabalho em equipe** . Disponível para visualização em: www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_1.pdf Acesso em:02 de maio de 2006

PIANUCCI, A. **Saber cuidar**: procedimentos básicos em enfermagem. São Paulo: Senac, 2005.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume,1998.

PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício**. São Paulo: Hercitec, 1991.

POLIGNANO, M.V., **Historia das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível para visualização em: www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf - Acesso em 22 de novembro de 2005.

PRIGOGINE, I. **O Fim das Certezas**. (Lisboa: Gradiva, 1996).

RESOLUÇÃO CFM Nº 1668/2003. Disponível para visualização em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1668-2003.htm>> Acesso em 8 de julho de 2005.

RIBEIRO, H.P. **O hospital**: história e crise. São Paulo: Cortez, 1993.

RIO GRANDE, RS – **Histórico** - Disponível para visualização em: <http://www.furg.br/rgrande/historico>. Acesso em: 16 de abril de 2006.

RODRIGUES, D; ARNOLD, M. Sociedad y teoría de sistemas. Chile: Editorial Universitária, 1991.

RODRIGUES, G., VARGAS, L.A. **O Programa de atendimento domiciliar (PAD): o caso do Hospital Adão Pereira Nunes - 2003**. Disponível para visualização em: www.um.es/eglobal/9/pdf/09d08p.pdf - Acesso em: 17 de setembro de 2006.

ROJAS, J. **O lúdico na construção interdisciplinar da aprendizagem: uma pedagogia do afeto e da criatividade na escola**. Disponível para visualização em: www.anped.org.br/25/excedentes25/jucimararojast07. Acesso em: 17 de setembro de 2006.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Unesp, 1994.

SABINO, C. A. **Metodología de investigación**. Buenos Aires: Gráfica Industrial y Comercial, 1978.

SCILIAR, M. **Do mágico ao social - a trajetória da saúde pública-**. São Paulo: LPM, 1987.

SANTOS, D.S.R. **Administração aplicada à enfermagem**. João Pessoa: Universitária/UFPB, 1995.

SANTOS, N. Q. **Infecção hospitalar: uma reflexão histórico-crítica**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1997.

SILVA, K.L.et al. **Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde**. Rev. Saúde Pública, vol.39, nº3. junho de 2005.

SIQUEIRA, H. C. H. de **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar - um novo modo de pensar e agir**.2001. 272f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SIQUEIRA, H. C. H. de. **Ensaio de administração hospitalar**. São Paulo: USP, 1974.

SIQUEIRA, H. C. H. de et al. Hospital universitário: um sonho... uma conquista...uma realidade. **Vitalle**, Rio Grande, v. 12, p. 37-46, 2000.

SILVA, J.R.S. **O enfermeiro no programa de internação domiciliar: a visão do usuário e da família**. Monografia. Universidade Federal de Pelotas, 2004.

SOARES, E. **Metodologia Científica: lógica, epistemologia e normas**. São Paulo: Atlas, 2003.

SOUZA, V.H.S., MOZACHI, N. **O Hospital: manual do ambiente hospitalar**.Curitiba: 2005.

TARAPANOFF, K. **Inteligência organizacional e competitiva**. Brasília: UnB,2001.

TREVIZAM, M.A. **Enfermagem hospitalar: administração& burocracia**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1988.

UJVARI, S.C. **A história e suas epidemias** – A convivência do homem com os microorganismos. São Paulo: Editora Senac, 2003.

VELLOSO, C. **Equipe multiprofissional**. Disponível para visualização em: www.confe.org.br/revistasweb/n17/09_equipe_multiprofissional_de_saude-pdf. Acesso em 03 de maio de 2006.

VICTORA, C. **Um panorama das nossas desigualdades**. Disponível para visualização em <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/45/capa-03.html>. Acesso em 03 de maio de 2006.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: um resgate necessário. Porto Alegre: Sagra-Luzato, 1998.

ANEXOS

ANEXO A

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº11, DE 26 DE JANEIRO DE 2006.

Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV, do Regulamento da Anvisa aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, c/c o art. 111, inciso I, alínea "b", § 1º, do Regimento Interno aprovado pela Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000, republicada no DOU de 22 de dezembro de 2000, em reunião realizada em 23 de janeiro de 2006,

considerando a necessidade de propor os requisitos mínimos de segurança para o funcionamento de Serviços de Atenção Domiciliar nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar;

considerando que os serviços de saúde que oferecem esta modalidade de atenção são responsáveis pelo gerenciamento da estrutura, dos processos e dos resultados por eles obtidos, devendo atender às normas e exigências legais, desde o momento da indicação até a alta ou óbito;

sanitária, sobre as técnicas adequadas de gerenciamento da atenção domiciliar e sua fiscalização;

adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar, nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar, constante do Anexo desta Resolução.

Art. 2º Determinar que nenhum Serviço de Atenção Domiciliar pode funcionar sem estar licenciado pela autoridade sanitária local, atendendo aos requisitos do Regulamento Técnico de que trata o Art. 1º desta RDC e demais legislações pertinentes.

Art. 3º As Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, visando o cumprimento do Regulamento Técnico, poderão estabelecer normas de caráter supletivo ou complementar, a fim de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 4º Todos os atos normativos mencionados neste regulamento, quando substituídos ou atualizados por novos atos devem ter a referência automaticamente atualizada em relação ao ato de origem.

Art. 5º O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator a processo e penalidades previstas na Lei nº 6.437 de 20 de agosto de 1977, suas atualizações, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Art. 6º Esta Resolução da Diretoria Colegiada entra em vigor na data de sua publicação.
DIRCEU RAPOSO DE MELLO

ANEXO

Regulamento Técnico para o funcionamento de Serviços de Atenção Domiciliar

Objetivo

Estabelecer os requisitos de funcionamento para os Serviços de Atenção Domiciliar.

Abrangência do Regulamento

Esta resolução é aplicável a todos os Serviços de Atenção Domiciliar, públicos ou privados, que oferecem assistência e ou internação domiciliar.

Definições

3.1 Admissão em Atenção domiciliar: processo que se caracteriza pelas seguintes etapas: indicação, elaboração do Plano de Atenção Domiciliar e início da prestação da assistência ou internação domiciliar.

3.2 Alta da Atenção domiciliar: ato que determina o encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, óbito.

3.3 Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

3.4 Assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

3.5 Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

3.6 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD: profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio.

3.7 Internação Domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

3.8 Plano de Atenção Domiciliar - PAD: documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta.

3.9 Serviço de Atenção Domiciliar - SAD: instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar.

3.10 Tempo de Permanência: período compreendido entre a data de admissão e a data de alta ou óbito do paciente.

Condições Gerais

O SAD deve possuir alvará expedido pelo órgão sanitário competente.

O SAD deve possuir como responsável técnico um profissional de nível superior da área da saúde, habilitado junto ao respectivo conselho profissional.

O SAD deve estar inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

O SAD deve possuir um regimento interno que defina o tipo de atenção domiciliar prestada e as diretrizes básicas que norteiam seu funcionamento.

O SAD deve elaborar manual e normas técnicas de procedimentos para a atenção domiciliar, de acordo com a especificidade da assistência a ser prestada.

A atenção domiciliar deve ser indicada pelo profissional de saúde que acompanha o paciente.

4.7 O profissional de saúde que acompanha o paciente deve encaminhar ao SAD relatório detalhado sobre as condições de saúde e doença do paciente contendo histórico, prescrições, exames e intercorrências.

4.8 A equipe do SAD deve elaborar um Plano de Atenção Domiciliar - PAD.

4.9 O PAD deve contemplar:

4.9.1. a prescrição da assistência clínico-terapêutica e psicossocial para o paciente;

4.9.2. requisitos de infra-estrutura do domicílio do paciente, necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades dos profissionais e logística de atendimento;

4.9.3. o tempo estimado de permanência do paciente no SAD considerando a evolução clínica, superação de déficits, independência de cuidados técnicos e de medicamentos, equipamentos e materiais que necessitem de manuseio continuado de profissionais;

4.9.4 a periodicidade dos relatórios de evolução e acompanhamento.

4.10 O PAD deve ser revisado de acordo com a evolução e acompanhamento do paciente e a gravidade do caso.

4.10.1 A revisão do PAD deve conter data, assinatura do profissional de saúde que acompanha o paciente e do responsável técnico do SAD.

4.11 O registro dos pacientes em atenção domiciliar e o PAD devem ser mantidos pelo SAD .

4.12 O SAD deve manter um prontuário domiciliar com o registro de todas as atividades realizadas durante a atenção direta ao paciente, desde a indicação até a alta ou óbito do paciente.

4.12.1 O prontuário domiciliar deve conter identificação do paciente, prescrição e evolução multiprofissional, resultados de exames, descrição do fluxo de atendimento de Urgência e Emergência, telefones de contatos do SAD e orientações para chamados.

4.12.2 O prontuário deve ser preenchido com letra legível e assinado por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente.

4.12.3 Após a alta ou óbito do paciente o prontuário deve ser arquivado na sede do SAD, conforme legislação vigente.

4.12.4 O SAD deve garantir o fornecimento de cópia integral do prontuário quando solicitado pelo paciente ou pelos responsáveis legais.

4.13 O SAD deve fornecer aos familiares dos pacientes e/ou cuidadores orientações verbais e escritas, em linguagem clara, sobre a assistência a ser prestada, desde a admissão até a alta.

4.14 O SAD deve prover por meio de recursos próprios ou terceirizados, profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com a modalidade de atenção prestada e o perfil clínico do paciente.

4.15 O SAD deve observar, como critério de inclusão para a internação domiciliar, se o domicílio dos pacientes conta com suprimento de água potável, fornecimento de energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso, facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela, específico para o paciente, com dimensões mínimas para um leito e equipamentos.

4.16 O SAD deve controlar o abastecimento domiciliar de equipamentos, materiais e medicamentos conforme prescrição e necessidade de cada paciente, assim como meios para atendimento a solicitações emergenciais.

4.17 O SAD deve assegurar o suporte técnico e a capacitação dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

4.18 O SAD deve estabelecer contrato formal, quando utilizar serviços terceirizados, sendo que estes devem ter obrigatoriamente Alvará Sanitário atualizado.

4.19 O SAD deve elaborar e implementar um Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Eventos Adversos (PCPIEA) visando a redução da incidência e da gravidade desses eventos.

4.20 O SAD deve possuir sistema de comunicação que garanta o acionamento da equipe, serviços de retaguarda, apoio ou suporte logístico em caso de urgência e emergência.

4.21 O SAD deve garantir aos pacientes que estão em regime de internação domiciliar, a remoção ou retorno à internação hospitalar nos casos de urgência e emergência.

5 Condições Específicas

5.1 O SAD deve assegurar os seguintes serviços básicos de retaguarda de acordo com a necessidade de cada paciente e conforme estabelecido no PAD:

5.1.1 referência para atendimento de urgência e emergência e internação hospitalar formalmente estabelecida;

5.1.2 referência ambulatorial para avaliações especializadas, realização de procedimentos específicos e acompanhamento pós alta.

5.2 O SAD deve assegurar os seguintes suportes diagnósticos e terapêuticos de acordo com o PAD:

- 5.2.1 exames laboratoriais, conforme RDC/ANVISA nº. 302 de 2005;
- 5.2.2 exames radiológicos, conforme Portaria SVS/MS nº. 453 de 1998;
- 5.2.3 exames por métodos gráficos;
- 5.2.4 hemoterapia, conforme RDC/ANVISA nº. 153 de 2004;
- 5.2.5 quimioterapia, conforme RDC/ANVISA nº. 220 de 2004;
- 5.2.6 diálise, conforme RDC/ANVISA nº. 154, de 2004;
- 5.2.6.1 na realização da hemodiálise o dialisador deve ser de uso único.
- 5.2.7 assistência respiratória com oferta de equipamentos, materiais e gases medicinais compreendendo procedimentos de diferentes graus de complexidade;
- 5.2.7.1 a ventilação mecânica invasiva só é permitida na modalidade de internação domiciliar com acompanhamento do profissional da Equipe Multiprofissional de Atenção domiciliar - EMAD;
- 5.2.7.1.1 caso o equipamento seja acionado por energia elétrica o domicílio deve ser cadastrado na companhia de fornecimento de energia elétrica local;
- 5.2.7.1.2 deve haver sistema alternativo de energia elétrica ligado ao equipamento com acionamento automático em no máximo 0,5 segundos;
- 5.2.7.2 quando houver instalação de sistema de suprimento de gases medicinais canalizada, esta deve estar de acordo com a NBR 12.188;
- 5.2.7.3 O enchimento dos cilindros de gases medicinais não deve ser realizado no domicílio do paciente.
- 5.2.8 Nutrição Parenteral conforme Portaria SVS/MS nº. 272 de 1998;
- 5.2.8.1 compete a EMAD verificar e orientar as condições de conservação da nutrição seguindo as exigências do regulamento do item 5.2.8.

6. Recursos humanos

- 6.1 O SAD deve possuir EMAD que atenda ao seu perfil de demanda e ser dimensionada para o atendimento de cada paciente conforme o PAD.
- 6.2 O SAD deve garantir educação permanente para a EMAD.
- 6.2.1 As capacitações devem ser registradas contendo nome do responsável, especificação de conteúdo, lista de participantes assinada, data e tempo de duração das atividades.
- 6.3 O SAD que mantiver em estoque medicamentos sujeitos ao controle especial deve contar com farmacêutico habilitado, conforme Portaria SVS/MS nº. 344 de 1998.
- 6.3.1 caso o SAD esteja inserido em um serviço de saúde, pode contar com o apoio do profissional da farmácia do mesmo.
- 6.4 O SAD deve garantir o fornecimento e orientar o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), conforme as atividades desenvolvidas.

7. Infra-estrutura física

- 7.1. O domicílio do paciente deve possibilitar a realização dos procedimentos prescritos no PAD.
- 7.2 Infra-estrutura da Sede do SAD
- 7.2.1 O SAD deve possuir infra-estrutura física conforme a RDC/ANVISA nº. 50 de 2002; com os seguintes ambientes:
- 7.2.1.1 recepção;
- 7.2.1.2 área de trabalho para a equipe administrativa com arquivo;
- 7.2.1.3 área de trabalho para a EMAD;
- 7.2.1.4 almoxarifado;
- 7.2.1.5 instalações de conforto e higiene;
- 7.2.2 O SAD que estiver inserido em um serviço de saúde pode compartilhar os ambientes descritos no item 7.3.1.

8. Equipamentos, medicamentos e materiais

- 8.1. O SAD deve prover equipamentos, medicamentos e materiais conforme definido no PAD.
- 8.2 Os equipamentos, medicamentos e materiais devem estar regularizados junto à ANVISA/MS, conforme legislação vigente.
- 8.3 O SAD deve possuir um sistema de controle que permita a rastreabilidade dos equipamentos, dos medicamentos e dos materiais.
- 8.4 O transporte de equipamentos, medicamentos e materiais deve ser efetuado conforme orientação do fabricante, de forma a garantir sua integridade.
- 8.5 Os equipamentos devem ser calibrados periodicamente, conforme instruções do fabricante.
- 8.6 O SAD deve garantir a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e manter registros das mesmas.
- 8.7 Para a instalação dos equipamentos no domicílio, o SAD deve:
- 8.7.1 Verificar as condições de instalação conforme manual de operação do fabricante;
- 8.7.2 Realizar os testes de funcionamento dos equipamentos;
- 8.7.3 Orientar o paciente, os familiares e cuidadores quanto ao manuseio dos equipamentos e os riscos a eles associados.
- 8.8 O SAD deve substituir prontamente os equipamentos com problemas de operação.
- 8.9 O SAD deve fornecer baterias dos equipamentos de suporte a vida.

9. Procedimentos de suporte técnico e logístico

- 9.1 O SAD deve garantir a implantação das normas e rotinas de limpeza e desinfecção de artigos, superfícies e equipamentos utilizados diretamente na assistência ao paciente, sob supervisão do responsável pelo PCPIEA.
- 9.2 O responsável técnico do SAD deve elaborar e implantar o plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde - PGRSS, conforme RDC/ANVISA nº. 306, de 2004.

10. Avaliação da assistência domiciliar

- 10.1 Compete ao SAD a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global.

10.2 A avaliação referida no item 10.1 deve ser realizada levando em conta os indicadores abaixo:

Nº.	Indicador	Fórmula e Unidade	Frequência de Produção
1	Taxa de mortalidade para a modalidade internação domiciliar	(Número de óbitos de pacientes em internação domiciliar no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
2	Taxa de internação após atenção domiciliar	(Número de pacientes em atenção domiciliar que necessitaram de internação hospitalar no mês / Todos os pacientes que receberam atenção domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
3	Taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar com episódios de infecção no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
4	Taxa de alta da modalidade assistência domiciliar	(Número de pacientes em assistência domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade assistência domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
5	Taxa de alta da modalidade internação domiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
1 - Pacientes que receberam atenção domiciliar no mês: considerar o número de pacientes do dia 15 de cada mês.			

10.3 O SAD deve encaminhar à Vigilância Sanitária local o consolidado dos indicadores do semestre anterior em todos os meses de janeiro e julho.

10.4 O consolidado do município deverá ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à ANVISA.

11. Disposições transitórias

11.1 O SAD já em funcionamento têm prazo máximo de 365 dias após a publicação, para se adequar aos disposições deste regulamento.

11.2 Para o início ou reinício das atividades os serviços devem atender na íntegra as disposições deste regulamento.

ANEXO B

PORTARIA Nº 2.529 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.

Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080/90, dos princípios e diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, que estabelece no âmbito do SUS a Assistência e a Internação Hospitalar;

Considerando o art. 15, inciso IV, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso;

Considerando a Resolução de Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar;

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;

Considerando a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a Humanização como Política transversal na Rede SUS expressa no documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde - 3º ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006;

Considerando a incorporação tecnológica de caráter substitutivo à intervenção hospitalar;

Considerando que a atenção domiciliar integra duas modalidades específicas, a assistência domiciliar e a internação domiciliar; e Considerando que a assistência domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS é desenvolvida por profissionais da atenção básica e/ou da atenção especializada,

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º Definir como Internação Domiciliar, no âmbito do SUS, o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim.

Art. 3º Definir que os Serviços de Internação Domiciliar são compostos de:

I - Equipes Multiprofissionais de Internação Domiciliar, compostas, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem; e

II - Equipes Matriciais de Apoio, podendo ser compartilhadas por várias equipes ou serviços de Internação Domiciliar, ou mesmo com a rede de serviços de saúde, composta por outros profissionais de nível superior, levando em consideração o perfil da atenção a ser prestada e os protocolos firmados.

Art. 4º Definir que uma Equipe Multiprofissional de Internação Domiciliar esteja referida a uma população mínima de 100.000 (cem mil) habitantes.

Parágrafo único. Os municípios poderão habilitar uma equipe por grupo populacional de referência de 100.000 (cem mil) habitantes.

Art. 5º Definir como meta a média de 30 (trinta) internações/mês por equipe, com média de permanência de até 30 (trinta) dias.

Art. 6º Definir que os Serviços de Internação Domiciliar garantam retaguarda no período da noite e finais de semana para as pessoas sob cuidado das equipes.

Art. 7º Estabelecer, de acordo com os Anexos I e II a esta Portaria o roteiro e as condições mínimas para credenciamento dos Serviços de Internação Domiciliar que deverão ser explicitadas na elaboração dos programas locais de internação domiciliar.

Art. 8º Estabelecer como prioridade de eleição os seguintes grupos populacionais:

I - idoso;

II - portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;

III - portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e

IV - portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

Parágrafo único. Outras prioridades, além das definidas, poderão ser estabelecidas localmente.

Art. 9º Definir a exclusão de usuários, dada a complexidade do modelo proposto:

I - com necessidade de ventilação mecânica;

II - com necessidade de monitorização contínua;

III - com necessidade de enfermagem intensiva;

IV - com necessidade de propedêutica complementar com demanda potencial de realização de vários procedimentos diagnósticos em sequência com urgência;

V - em uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves, ou de difícil administração;

VI - com necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; e

VII - que não tenham cuidador contínuo identificado.

Parágrafo único. Outros critérios de exclusão definidos pelos protocolos locais.

Art. 10. Estabelecer que os serviços que preencherem os requisitos constantes nesta Portaria passem a dispor das condições necessárias para se integrarem ao Sistema Único de Saúde e receberem a remuneração por equipe em funcionamento, de acordo com os tetos financeiros previstos pelo Ministério da Saúde para os estados, o Distrito Federal e os municípios.

Art. 11. Estabelecer recursos no montante de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) por equipe, por mês, a serem incorporados aos limites financeiros anuais dos estados, do Distrito Federal ou dos municípios.

Parágrafo único. Não serão admitidas superposições de equipes em uma mesma base territorial ou populacional.

Art. 12. Instituir incentivo financeiro para implementação e funcionamento das equipes de internação domiciliar em parcela única, no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por equipe.

Art. 13. Estabelecer que os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585-0035 Atenção à Saúde da População nos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena Avançada.

Art. 14. Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) a regulamentação desta Portaria, bem como a adoção das medidas necessárias ao fiel cumprimento do que nela está disposto.

Art. 15. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação..

Ar. 16. Fica revogada a Portaria nº 2.416/GM, de 23 de março de 1998, publicada no Diário Oficial nº 58, de 26 de março de 1998, página 106, Seção 1.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO I

INTERNAÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SUS

INTRODUÇÃO

A história recente da crise do modelo de atenção hospitalar brasileiro representa um momento ímpar de oportunidades de se enfrentar corajosamente alguns temas pertinentes ao uso de tecnologias que permitam o aprimoramento do cuidado ofertado aos usuários do sistema de saúde, bem como a discussão de alternativas que permitam agregar, dentro de uma razão comunicativa, integralidade na rede de serviços de saúde.

O ponto de partida da discussão que será aqui colocada é a intercessão entre o mundo das necessidades de saúde da população e os modelos assistenciais conformados pela gestão do Sistema Único de Saúde em todos os seus níveis, desde a formulação da política pública para a saúde, até a gestão de equipamentos sanitários de diversas naturezas.

Esse encontro, a despeito dos avanços conquistados pelo movimento de reforma sanitária no Brasil, ainda se dá de forma tensa e conflituosa, particularmente nos aspectos de inadequação entre oferta e necessidade, entre estrutura de custos e financiamento possível, entre tecnologia existente e empregada e finalmente entre as diretrizes de um modelo assistencial ofertante e um universo de demandas, aparentemente insolúvel.

Reconhecer a importância da atenção hospitalar significa respeitar a condição humana que, em sua expressão individual, sofre, sente e busca saídas para os problemas que enfrenta (Heller, 2000), e, numa abordagem do cotidiano, o hospital responde a certo grupo de problemas que exigem, para o atendimento das necessidades de saúde, grande intensidade e densidade de uso de tecnologias cuidadoras. Porém, esta mesma questão coloca ao indivíduo e à coletividade riscos adicionais desnecessários, caso sua utilização se dê de forma inadequada.

A expansão em movimento paradoxal do Sistema Único de Saúde, que ao mesmo tempo reforçava o modelo médico tradicional (Campos, 1992), hegemonicamente centrado em procedimentos (Merhy, 2002), e gerava novas experiências e fazeres de organização da atenção (Campos, 1992), talvez seja uma referência para a discussão proposta para a internação domiciliar no âmbito do SUS.

Incorporar tecnologias ao Sistema Único de Saúde diz respeito à gestão e à disponibilização de suas diversas conformações. Por vezes, o olhar privilegiado da gestão do sistema concentra-se nas tecnologias duras, ou seja, naquelas pertinentes aos equipamentos diagnósticos e terapêuticos, bem como nos dispositivos que proporcionam reabilitação funcional como órteses e próteses, além de protocolos ou diretrizes clínicas e assistenciais. Esse processo complexo envolve também a disseminação e o uso de tecnologias leve-duras ou leves, respectivamente: as relacionadas com os saberes organizados e sistematizados pelos diversos grupos profissionais, dado o aspecto normalizador das escolas de saúde em

seus vários níveis de formação; e aquelas tecnologias derivadas das interseções entre profissionais de saúde e seus usuários, ou seja, o desenvolvimento do campo relacional, tais como abordagens humanizadas e acolhedoras no íntimo do mundo das necessidades de saúde (Merhy, 2002).

Nesse sentido, independentemente de não haver uma política formal ampla de financiamento de práticas assistenciais que busquem processos de desospitalização, inúmeras instituições de saúde buscam a construção e a operação de práticas voltadas a uma assistência com intensidades variáveis de cuidados, tendo como característica comum realizar a intervenção terapêutica no interior do domicílio do usuário.

A análise dessas experiências demonstra a existência de pelo menos quatro grupos de objetivos não tão distintos, que estabelecem o centro de seus eixos de atuação sobre:

- desospitalização de eventos desnecessários gerados por falta de suporte ou por questões vinculadas ao processo de exclusão social que terminam por produzir internações hospitalares por falta de melhor alternativa;
- processos de “alta precoce”, demonstrando um forte viés de busca da garantia de economicidade do processo hospitalar ao se empreender uma troca entre o ônus do cuidado sob internação hospitalar, pela garantia de cuidados e insumos mínimos com economia da hotelaria e disponibilização de recursos escassos, tais como os leitos de clínica médica;
- busca de períodos maiores livres de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos, com histórico de reinternações recorrentes; e
- processo terapêutico humanizado de redução do sofrimento em situação de cuidados paliativos, onde o alívio da dor e, porque não dizer, uma boa morte é o objeto do processo de trabalho em saúde

O mundo das necessidades dos usuários vem a exigir respostas por parte dos equipamentos de saúde que contemplem oportunidade de conquista. Boas condições de vida, acesso às tecnologias que diminuam o sofrimento e prolonguem a vida, reconhecimento de necessidades especiais dadas pela singularidade das pessoas, criação de vínculo e responsabilidade por parte de profissionais e equipes cuidadoras e recuperação, a maior possível autonomia para andar a própria vida (Cecílio e Matsumoto, 2002; Merhy,

2003) são algumas delas. Esta interação ou intervenção é terapêutica “é uma parte essencial da clínica” e “não se trata, portanto, de uma preocupação tão-somente humanizadora, mas também de estabelecimento de uma técnica que qualifique o trabalho em saúde” (Campos, 2003, p.68). É sobre este eixo analítico privilegiado que se propõe que ocorra o processo de incorporação desta nova modalidade assistencial em caráter ampliado.

Este mesmo olhar pode propiciar, através da autonomia que as equipes de trabalho constroem no seu dia-a-dia, a transversalização entre os saberes próprios dos diversos grupos de trabalhadores, garantindo a ação transdisciplinar indispensável para a construção dos projetos terapêuticos individuais.

Assim, a reforma sanitária se estende, segundo Jorge (2002), para dentro das trincheiras da micropolítica.

De acordo com Campos (2002) propõe um novo formato de equipes de saúde, valorizando os campos e núcleos de saberes de diferentes profissionais, médicos e não médicos, e constituindo projetos terapêuticos, reinventam suas práticas e constroem novas possibilidades de fazer, de forma vinculada, a defesa da vida.

Existem experiências bem-sucedidas em diversos países no que toca ao desenvolvimento de modalidades dentro da atenção domiciliar (Mendes, 2000), porém, conforme Lugarinho (2004), no cenário de escassez moderada e enorme exclusão social, há

que se levar em conta a existência de múltiplas formas de se produzir iniquidades no sistema de saúde. Portanto, este é um dos filtros obrigatórios para a análise acerca das experiências em andamento e a larga implantação da modalidade de internação domiciliar.

Enfim, para discutir a internação domiciliar, foi necessário debruçar-se sobre as experiências diversas, e elaborar as mediações teóricas que permitiram compreender o processo brasileiro de implantação desta modalidade. Por outro lado, também fez-se necessário levantar aspectos epidemiológicos que contribuíssem para a definição de clientela diferenciada. Singularizar usuários em distintos espaços sociais, econômicos, demográficos e culturais, assim como o leque de possibilidades, em termos de políticas públicas de saúde que permitisse uma extensão franca e segura de cobertura a estes, que sejam dependentes de certa intensidade de cuidados, e nem necessitem de internação hospitalar nem sejam objetos imediatos dos equipamentos típicos da atenção básica.

Estender cobertura dentro da modalidade da internação domiciliar, dada tantas diversidades de projetos e estrutura de custos, exigiu uma abordagem técnico-científica, particularmente para uma modelagem do projeto com estudo de custos e de repercussões sobre os usuários assistidos e sobre a racionalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde.

Algumas das questões que mereceram uma proximidade de olhar para a construção de uma política de inclusão em larga escala nesta modalidade assistencial são:

- níveis de intervenção terapêutica e intensidade de cuidados realizados de forma segura nos ambientes domiciliares;
- critérios de inclusão e exclusão;
- critérios de ingresso e de saída;
- diretrizes assistenciais para garantia de padronização e qualidade, nas diversas alternativas de enfrentamento de agravos e doenças prevalentes; e
- eleição de grupos prioritários.

Algumas experiências já em curso, diversas e dispersas por várias unidades do País, foram articuladas como resposta à demanda de estruturação desta modalidade assistencial como propostas de intervenção.

A partir do olhar sobre o mundo das necessidades de saúde, bem como das capacidades de enfrentamento em intervenções cuidadoras, pôde ser observado o surgimento de propostas que diferem em termos da vinculação territorial, intensidade de cuidados, seleção de usuários, bem como critérios de inclusão e exclusão.

Por outro lado, ficaram claros alguns marcos conceituais, que podem contribuir para a organização desta formulação de política. Dar resposta às necessidades de acesso a estas tecnologias de saúde, para através de relações vinculantes e vinculadas, minorar a experiência do sofrimento humano, restituir autonomia e se for a melhor alternativa, permitir que o processo de morte aconteça de forma humanizada (Merhy, 2003).

VINCULAÇÃO TERRITORIAL

A vinculação territorial é utilizada, via de regra, mais como critério de possibilidade de inclusão (ou de exclusão) do que com referência para articulação com a rede de serviços de saúde nas experiências relatadas, no que diz respeito à oferta da definição de território de abrangência. Uma exceção marcante diz respeito à experiência do Município de Belo Horizonte, onde o critério territorial, diferente das demais experiências públicas ou privadas, territorializa o cuidado na rede de serviços de saúde e não simplesmente pelo eixo da performance operacional, dentro de uma abordagem unicamente instrumental.

No caso da experiência mineira, esta nasce vinculada de forma bilateral, ou seja, numa interface entre as redes hospitalar e básica, fortemente vinculada ao Programa Saúde da Família, particularmente nas áreas onde existe maior densidade desta modalidade de produção de trabalho de saúde.

A vinculação territorial deve acompanhar a trama estabelecida pela organização da rede de serviços, com particular atenção aos equipamentos destinados ao enfrentamento das questões de urgência e emergência.

INTENSIDADE DE CUIDADOS

Entre as experiências hoje existentes no Brasil, apresentam-se diversas formas de produção do trabalho em saúde no domicílio. A atuação cuidadora varia desde a visitação domiciliar a pacientes crônicos, até o estabelecimento em domicílios de um aparato médico-hospitalar de grande intensidade e densidade de cuidados. No primeiro caso, busca-se a manutenção prolongada dos intervalos intercríticos e a conseqüente quebra do eixo internação-reinternação-morte e, no segundo, estes cuidados podem incluir o manejo de prótese respiratória e projetos terapêuticos que incluem infusão contínua e controles de fluxos e fármacos que exigem avaliação com grande precisão. Entre os extremos, várias experiências buscaram o estabelecimento de um projeto de intervenção na saúde dos usuários que necessitem de cuidados mais intensos, mas que não são eletivos de internação propriamente dita.

O que esta política propõe, define como objeto da discussão a atenção dirigida aos usuários que apresentam incapacidade funcional com limitação de autonomia eventual ou permanente, que não demandam atenção em regime hospitalar em seus episódios de adoecimento.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

As experiências de atenção domiciliar até então vêm ocorrendo à margem de uma definição de política pública de saúde. Assim, as seleções de usuários, bem como os critérios de inclusão e exclusão, foram sendo definidos de acordo com as lógicas internas pertinentes a cada local. Diante disso, observa-se uma grande diversidade nestes critérios, chegando ao extremo de certo critério ser de inclusão em um programa e de exclusão em outro, tal qual a moradia precária e os territórios envolvidos.

Existe um consenso em torno da aplicação terapêutica, ou seja, é uma modalidade construída para viabilizar projetos terapêuticos e não apenas projetos de assistência social, no sentido do resgate de condições de cidadania etc. Por outro lado, existe uma perspectiva, quando se relaciona e interage com a rede de serviços de saúde, de promover a desospitalização do que não deveria ser hospitalizado, e o é por outras questões não relacionadas diretamente ao projeto terapêutico individual, tais como garantia da continuidade de uso de medicação, disponibilidade de material médico hospitalar etc.

INSERÇÃO NA REDE E INTEGRAÇÃO COM O SISTEMA DE SAÚDE

Com vistas à formulação de um projeto de implantação da política com inserção na rede de serviços de saúde, as equipes de Internação Domiciliar deverão estar formalmente inseridas na rede do SUS e com ela estabelecer mecanismos claros de corresponsabilização pelos cuidados prestados. Assim, a solicitação de inclusão no programa pode partir das unidades de atenção básica de referência, pelas unidades de atenção a urgências ou pelas equipes de assistência hospitalar para as equipes, sendo que a inclusão deverá ser de responsabilidade da Equipe de Internação Domiciliar. Quando os usuários estiverem em condições de alta do programa, essa responsabilidade será transferida à esfera pertinente, ou seja, à atenção básica. Caso haja agravamentos sujeitos a intervenção terapêutica de maior intensidade e densidade de cuidados, estes poderão, de acordo com a necessidade, ser transferidos para a sua unidade hospitalar.

Um componente da rede de serviços de saúde importante é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, tendo em vista que qualquer pessoa incluída em um programa de internação domiciliar deve poder contar com uma retaguarda absolutamente precisa, para o atendimento às situações de urgência e emergência, eventos esperados em parcela da população sob esta cobertura assistencial.

A Internação Domiciliar deve ser uma modalidade assistencial inserida nos sistemas locais de saúde do SUS. Assim, integra as ações da rede básica, urgência e emergência e área hospitalar. Numa abordagem do espaço-território, pressupondo o domicílio como local de atuação, referencia-se à territorialidade da rede básica, podendo transcendê-la. A equipe de internação domiciliar pode ser acionada pelo hospital de referência, pela rede básica, pela central de regulação e pelos serviços de urgência e emergência.

Em caso de necessidade de referências por parte das equipes ou dos cuidadores dos usuários da internação domiciliar, estes contarão com o sistema pré-hospitalar móvel e com os hospitais de referência.

Trata-se de uma necessidade eletiva que deve ser referida à rede básica ou aos organismos regulatórios do sistema de saúde, tal qual as centrais de marcação, entre outros.

A vinculação simultânea do usuário em hospital de referência, da equipe de internação domiciliar, da equipe de atenção básica e do SAMU, na rede de proteção social, composta pelos diversos mecanismos de garantia de proteção às pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social, é pertinente para a garantia do fluxo de referência, para amalgamar esse conjunto de vínculos entre si.

A proposta de Internação Domiciliar pode atuar como “costura” entre o nível hospitalar e a atenção básica, fortalecendo o sistema e, particularmente, o PSF, onde couber. Para êxito nessa intenção, faz-se necessário reconhecer os limites das competências e resolubilidades verificadas na atenção básica, na internação domiciliar e na atenção hospitalar. Esses limites são estabelecidos pela complexidade dos casos, da capacitação dos trabalhadores de saúde, de capacidade de ação multiprofissional, do domínio de tecnologias e das características dos processos de gestão dos cuidados.

O estabelecimento de responsabilidade compartilhada entre níveis distintos da rede de serviços de saúde torna-se imprescindível a fim de garantir a continuidade indispensável ao atendimento das necessidades de grupos particularmente vulneráveis. Compartilhar responsabilidades entre equipamentos e equipes faz sentido, por ser elemento constitutivo do conceito de estação na linha de cuidados. Essa possibilidade ocupada pela internação domiciliar confere integralidade no âmbito da rede de serviços, referente aos usuários portadores de incapacidade funcional em processos de adoecimento.

BUSCA DE AUTONOMIA

As modalidades de atenção domiciliar compreendem ações de promoção, prevenção e reabilitação.

Ocorrem no domicílio e compreendem os níveis de cuidados de atenção primária, secundária e terciária.

No caso específico da internação domiciliar, esta deve atingir o conjunto de usuários possível, que possa beneficiar-se de cuidados no domicílio, que não possua autonomia para deslocar-se e que possa ser desospitalizado sem risco.

A busca de autonomia para “andar a própria vida”, como discute Cecílio & Matsumoto (2002) e Merhy (2003), deve servir de guia central para qualquer projeto de internação domiciliar. Em situações de internação hospitalar, ainda que se mantenha a vida, muitas vezes esta é mantida sob restrição da autonomia. Assegurar processos de ganho contínuo de possibilidades de “andar a própria vida” é no âmbito da proposta um eixo central.

Nesse eixo, para além da dimensão cuidadora, a produção de autonomia para o usuário tem importância singular, seja na inclusão social e seu reconhecimento enquanto cidadão, seja enquanto sujeito do seu território. A hospitalização, mesmo que temporária priva o sujeito do seu território identificador, quando alongada por ausência de alternativas que respondam às variadas necessidades desse sujeito e acaba por subsumir sua condição de cidadão portador de direitos. A cidadania é também o direito de permanecer no lugar, no seu território, o direito a seu espaço de memória. (Véras, 1987).

Todo esse processo, em sua variada composição tecnológica, acaba por provocar no campo relacional uma certa inovação, resultado da mediação das autonomias dos usuários e das equipes. Entrar no território do outro é ter permissão para compartilhar sua identidade. A possibilidade de ser mais ou menos cidadão depende de sua localização no território. (Santos, 1987:81) Nesse sentido, as equipes de internação domiciliar exercem sua autonomia à medida que, sem abdicar da produção do cuidado, encontram caminhos que permitam não só sua entrada no território do usuário, mas também que esse território entre na vida da equipe de forma transformadora. Há uma ruptura da hierarquia formal e institucional do leito hospitalar onde há uma verdadeira sujeição do corpo do outro, possibilitando uma nova ordem horizontalizada. É uma forma de poder sem centro, exercida horizontalmente através dos seus próprios sujeitos a começar pelo corpo humano(...) (Santos, 2001)

Projetos individuais de ganho de autonomia são primordiais para superar um forte risco, relativo à transferência pura e simples de uma situação semi-asilar do espaço hospitalar para o espaço domiciliar.

Assim, o esforço institucional não poderia se dar apenas no sentido da economia de recursos, buscando relações de redução de custos do sistema, cronificando situações de cuidados, sem que haja um projeto de uso de tecnologias que permitam melhorar a autonomia dos usuários. Uma nota importante diz respeito ao foco da ação terapêutica que, nesse caso, não deveria ser apenas o usuário acamado, mas também sua rede de vínculos afetivos e sociais, que também necessita de maior autonomia para andar a vida. Isso coloca uma questão fundamental: para a análise do processo de desospitalização, deve também ser levada em conta capacidade e desejos existentes na rede pessoal de vínculos do usuário e mesmo a possibilidade desses requisitos poder ser elaborada junto à equipe de internação domiciliar.

ESPAÇO DE DIÁLOGO ENTRE SABERES

Os diversos saberes que habitam o campo da saúde estabelecem relações hierárquicas entre si e produzem instituições marcadas por saberes-poder, manifestos em relações tensas e conflituosas, onde o poder técnico específico de um grupo é dado pela capacidade de impor interesses particulares a si às definições gerais e sentimento de pertença do hospital como um todo (Carapinheiro, 1998).

A organização do trabalho e conseqüente produção de cuidados no ambiente hospitalar são marcadas por várias questões, sendo duas de relevância para a discussão aqui colocada. Em primeiro lugar a oposição entre um modelo médico e outro asilar, que coexistem nos hospitais, delimitando a forma e intensidade do uso de saberes e tecnologias, bem como o objeto institucional, em torno da busca da cura e do amparo respectivamente (Ib.). A questão seguinte diz respeito à oposição entre comando e execução na organização (divisão) do trabalho. Existe uma oposição entre trabalho intelectual de diagnóstico e terapêutica e aquele pertinente à execução de prescrições médicas, hierarquizando funcionalmente pela atribuição de critérios de qualificação técnica, à qual corresponde um sistema de estratificação social do pessoal do serviço (Ib., p. 111). São produzidas relações produtivas marcadas por uma estrutura de dominação/subordinação, que se coloca no lugar de cooperação e diálogo entre saberes distintos (Ib.).

Construir uma alternativa produtiva, baseada no protagonismo dos atores detentores dos diversos saberes da saúde e dos usuários e sua rede de vínculos, pressupõe intenso diálogo e autonomia das equipes, acolhimento e permeabilidade de canais de escuta, bem como criação de vínculos. Poder construir projetos terapêuticos singularizados, com ganhos de autonomia e liberdade para o usuário e sua rede de vínculos é o resultado esperado.

SINGULARIDADES

Pensar a internação domiciliar como modelo único não parece adequado, pois qualquer projeto para ela, deve ter em conta as condições locais, tais como questões habitacionais, sociais, culturais, possibilidades de formação de equipes, estrutura e funcionamento da rede básica, decisão do gestor e tecnologia disponível para realização de cuidados, entre outras. (...) a pluralidade humana, precisa da mediação do diálogo e da argumentação. Fica excluída, portanto, qualquer generalização que unifique a pluralidade dos que sofrem negligenciando sua singularidade e sua individualidade. (Szasz, 1994:306).

Assim, a singularidade a ser observada, além daquela circunscrita ao usuário, também é a referente aos espaços-território onde se dão tais práticas. Pressupõe-se, portanto, a construção de projetos locoregionais de internação domiciliar, que ainda que preservem diretrizes de caráter macro-regionais ou nacionais, seja resultado da intercessão destas com a leitura do espaço-território específico onde irá se desenvolver.

Devem ser considerados aspectos referentes às representações sociais do adoecimento e dos lugares de seu enfrentamento (Mendes, 2000), tendo em vista que este lugar pode diferir entre diferentes culturas e mesmo a experiência da morte ocorrida no espaço domiciliar ou no hospitalar, tem níveis heterogêneos de aceitação nas culturas dos diversos povos que habitam o Brasil.

EQUIPES

O cuidador é um ator relevante para a efetivação da atenção domiciliar e deve ser considerado um elemento importante na articulação e no agenciamento de recursos e esforços para a consecução dos projetos terapêuticos formulados.

Quanto à equipe técnica necessária para a implantação dessa modalidade assistencial, ainda que não exista um consenso sobre a intensidade de sua participação, puderam ser estabelecidos alguns saberes profissionais indispensáveis para a efetivação dos cuidados domiciliares. O desenho dessas intensidades deverá ser feito pelos programas locais, guardadas as características e disponibilidades loco-regionais.

O núcleo mínimo das equipes poderá ser constituído por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, que deverão apresentar vinculação exclusiva com o programa. Outros profissionais poderão (e deverão) ser inseridos da mesma forma ou em caráter de compartilhamento com outros programas assistenciais a critério do projeto loco-regional. De certa forma, para que se possa apresentar uma prática segura, faz-se necessário o estabelecimento de uma equipe matricial de suporte com profissionais de serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e nutrição.

A capacitação da equipe deve considerar o deslocamento do ambiente protegido (hospital, serviço de saúde etc.) para o domicílio. Isso demanda um processo especial, já que normalmente as tecnologias necessárias não são abordadas nas escolas da área da saúde e podem ser desconhecidos pelas equipes.

Para a implantação da modalidade assistencial faz-se necessário desenvolver padrões de equipamentos e insumos, que devem estar disponíveis, bem como consentir diretrizes assistenciais e protocolos terapêuticos bem firmados para garantia da segurança operacional que seja efetiva para a defesa da vida.

Para a produção dessas capacidades técnicas, será importante a articulação entre a proposta de implantação do modelo com a implementação dos Pólos de Educação Permanente, inserindo nestes a área de internação domiciliar.

CAPACIDADE

Tendo em vista uma capacidade estimada de atendimento simultâneo de 30 internações por equipe, com média de permanência em internação domiciliar de 30 dias, poderia ser estimado o atendimento médio de 360 pessoas por ano. Em cálculos extremamente iniciais, estima-se uma ocorrência de incapacidade funcional importante em 230 pessoas por 100.000 habitantes, o que corroboraria a proposição inicial de financiamento de uma equipe para esta base populacional.

A capacidade pode ser potencializada com a inclusão de um maior número de profissionais de enfermagem, o que possibilita, dentro do plano terapêutico considerando a intensidade de cuidados e a intervenção exigida, ampliar a inclusão de pessoas sob cuidado da equipe.

Essa estimativa é apenas uma referência, pois para avaliar capacidade, é importante considerar o objeto da intervenção definido loco-regionalmente, bem como as condições de acesso. No Brasil, podem ser observadas enormes diversidades entre as calhas dos rios amazônicos e os aglomerados urbanos com complexos habitacionais de grande densidade populacional e com questões sócio-culturais, relativas à violência, à estrutura de comunicação e à densidade de serviços de saúde entre outras. Particularizar a capacidade é importante tendo em vista ser impossível generalizar essa definição, quando se observam as condições objetivas de circulação e acesso.

Nesse sentido, ao se pensar a inclusão dessa modalidade no Sistema Único de Saúde, que fuja ao modelo urbano e mais, metropolitano, e que atenda aos princípios constitucionais de equidade e universalidade, esta deve ser marcada pela flexibilização dos conceitos de produtividade e economicidade, gerados pelas experiências com altos níveis de escala.

CONCLUSÃO

Nesse momento em que o País se debruça sobre a necessidade de reforma da atenção hospitalar, a proposta de instalação da modalidade de internação domiciliar pode vir a contribuir de forma decisiva para o re-ordenamento interno da rede de serviços de saúde, bem como das novas definições de papéis que se fazem necessárias.

A necessidade de reposicionamento missional de hospitais é colocada por diversos autores, particularmente dentro do conceito de crise, tais como os hospitais universitários, como discutem muito bem Lima (2004), Jorge (2002) e Vasconcelos (2003). Em relação aos hospitais em geral, Vasconcelos (2003) problematiza particularmente a relação com o conjunto da rede de serviços de saúde e a busca de integralidade. Cecílio & Merhy (2003), discutem a capacidade de promover integralidade nas linhas de cuidado comportando-se como uma "estação" e conferindo caráter de movimento e dinâmica para o processo de relacionamento. Cecílio (2000), discute a formulação de projetos institucionais para além do cimento simbólico de reduzir o sofrimento e impedir a morte, respeitando e colocando em diálogo os diferentes projetos que habitam as instituições hospitalares. Recentemente, López (2004) em relação aos hospitais de pequeno porte, estabelece como centralidade a

produção de relacionamento com a rede de serviços de saúde, particularmente no caso da atenção básica, na busca de resolubilidade e redefinição missional.

Essa discussão remete à capacidade que esta nova modalidade apresenta de tensionar o modelo produtivo da saúde pautado sobre procedimentos, operando uma possibilidade de novos devires na atenção hospitalar, dados pela possibilidade de uma nova interação e responsabilização frente a usuários singularizados em territórios específicos.

A formulação de uma modalidade de assistência que objetiva a internação em regime domiciliar, mais do que promover atenção humanizada aos usuários torna-se, por ser elemento de ligação, uma peça potencialmente importante para a construção de relacionamentos na rede.

A construção de portas de saída na rede, que produzam, mesmo que apenas no longo e médio prazos desinstitucionalização com ganhos crescentes de autonomia, pode ser uma aposta coerente com o desenho de uma reforma da atenção hospitalar. Esta pode ser pautada pela divulgação do sistema de saúde, onde o interesse dos usuários, na busca de sua autonomia e felicidade, sejam os motores do processo de promoção e produção de cuidados (Merhy, 2002).

Assim, a internação domiciliar deve estar articulada ao processo de reforma da atenção hospitalar no Brasil e como tal contribuir para o atendimento das necessidades de saúde da população e, portanto, ser instrumento da defesa da vida individual e coletiva.

ANEXO II

ROTEIRO TÉCNICO PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Para credenciamento e implantação do Programa Local de Internação Domiciliar, além de atender aos critérios definidos para habilitação quanto à população mínima de 100.000 habitantes, à existência de programa formal de atenção pré-hospitalar, e à assinatura do TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO no âmbito do Pacto pela Saúde 2006, o Gestor deverá apresentar à Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/DAE/SAS/MS, projeto de implantação da Internação Domiciliar, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

O projeto de implantação, que é a explicitação do programa assistencial para a modalidade, deverá conter:

- Diagnóstico Situacional Simplificado do Município com destaque para os grupos populacionais abrangidos pelas prioridades indicadas no art. 9º da Portaria;
- Objetivos do Projeto;
- Características Técnicas do Modelo Assistencial Proposto;
- Plano Operativo Anual com Metas Qualitativas, Quantitativas e Impactos Esperados; e
- Proposta Local de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação.

1. Diagnóstico Situacional Simplificado do Município

Caracterização do município a partir de dados sócio demográficos, da descrição dos serviços de saúde existentes, e do perfil epidemiológico municipal ou regional, com problematização e justificativas para implantação da política.

2. Objetivos do Projeto.

Apresentação clara das pretensões da gestão do sistema, traduzidos em impactos esperados dos pontos de vista da defesa da vida, da defesa do SUS e da gestão do Sistema.

3. Características Técnicas do Modelo Assistencial Proposto.

3.1 Quantidade de Serviços de Internação Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Internação Domiciliar.

3.2 Quadro de Pessoal dos Serviços de Internação Domiciliar, contendo os nomes e registros profissionais dos trabalhadores.

3.3 Equipes Matriciais de Suporte, contendo nomes, registros profissionais e unidades de lotação, em caso de compartilhamento com a rede de serviços de saúde.

3.4 Protocolo de disponibilização de carga horária e vinculação dos membros das equipes matriciais.

3.5 Equipamentos, segundo tipos e quantidades, disponibilizados para as equipes.

3.6 Unidades Hospitalares onde os Serviços de Internação Domiciliar estão vinculados.

3.7 Unidades de Atenção Básica e de Especialidades e de Diagnóstico Complementar de referência formal dos Serviços de Internação Domiciliar.

3.8 Unidades de Urgência e Emergência de referência formal dos Serviços de Internação Domiciliar.

3.9 Proposta de relacionamento com a atenção pré-hospitalar (SAMU).

3.10 Modelo de Prontuário (preferencialmente deve ser único e referente à unidade de vinculação dos Serviços de Internação Domiciliar).

3.11 Critérios Técnicos de Inclusão de usuários no programa e mecanismos de garantia de acesso.

3.12 Protocolos Assistenciais.

3.13 Mecanismos de articulação com a rede de proteção social do município ou do estado.

3.14 Modelo de apuração e análise de custos proposto.

4. Plano Operativo Anual com Metas Qualitativas, Quantitativas e Impactos Esperados

O Plano Operativo deve apresentar de forma clara a intenção da Gestão do Sistema, bem como as estratégias escolhidas para a sua execução. Tais metas deverão apresentar o desempenho esperado em produção física de trabalho de saúde, bem como os padrões de qualidade que se espera observar. Para tanto deverão ser apresentados os indicadores qualitativos e quantitativos que estimarão o cumprimento destas intenções.

5. Proposta Local de Avaliação e Acompanhamento

A proposta de avaliação e acompanhamento deve ser local, porém o conjunto mínimo de indicadores estabelecido pela RDC nº 11 da ANVISA, de 26 de janeiro de 2006, é referência obrigatória para manutenção de um conjunto mínimo de informações acerca dos serviços. Deverão ser emitidas AIH, no código para cômputo de processos terapêuticos na modalidade, sem valor de ressarcimento, uma vez que o financiamento será por transferência global, fundo-a-fundo.

Indicadores mínimos estabelecidos pela RDC 11 da ANVISA de 26/01/2006.

Nº	Indicador	Fórmula e Unidade	Frequência de Produção
1	Taxa de mortalidade para a modalidade internação domiciliar	(Número de óbitos de pacientes em internação domiciliar no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
2	Taxa de internação após atenção domiciliar	(Número de pacientes em atenção domiciliar que necessitaram de internação hospitalar no mês / Todos os pacientes que receberam atenção domiciliar no mês) *100 [%]	Mensal
3	Taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar com episódios de infecção no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) *100 [%]	Mensal
4	Taxa de alta da modalidade internação domiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
5	Taxa de alta da modalidade internação domiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
1 – Pacientes que receberam atenção domiciliar no mês: considerar o número de pacientes do dia 15 de cada mês.			

ANEXO C

PORTARIA GM/MS nº 2.023, DE 23 DE SETEMBRO DE 2004

Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a alínea VII do art. 30 da Constituição Federal, que define como competência dos municípios prestar serviços de atendimento à saúde da população, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado;

Considerando as exigências do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que define os requisitos que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem atender para receberem os recursos do Fundo Nacional de Saúde de forma regular e automática;

Considerando a Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96, alterada pela Portaria nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997;

Considerando a Portaria nº 1882/GM, de 18 de dezembro de 1997, alterada pela Portaria nº 2.091/GM, de 26 de fevereiro 1998, que estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB;

Considerando a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002, alterada pelas Portarias nº 384/GM e nº 385/GM, de 4 de abril de 2003; e

Considerando a decisão da Comissão Intergestores Tripartite na reunião do dia 19 de agosto de 2004, resolve:

Art. 1º Definir que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, conforme o Anexo desta Portaria, sem prejuízo das competências definidas na Lei nº 8.080/90.

Art. 2º Cessar o processo de habilitação de municípios em Gestão Plena de Atenção Básica -GPAB e Gestão Plena de Sistema Municipal -GPSM conforme a NOB SUS 01/96, e em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada - GPAB-A, conforme a NOAS SUS 2002.

Art. 3º Extinguir a condição de Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada conferida aos municípios que cumpriram os requisitos da NOB SUS 01/96 e da NOAS SUS 2002 para habilitação nestas formas de gestão.

§ 1º Os municípios até esta data habilitados nas condições de gestão mencionadas neste artigo, bem como os municípios habilitados em Gestão Plena de Sistema Municipal conforme a NOB-SUS 01/96 e NOAS SUS 2002, continuarão exercendo as atribuições de gestores responsáveis pela execução das ações de atenção básica no seu território, de acordo com o estabelecido no artigo 1º desta Portaria.

§ 2º Fica revogada a exigência de habilitação dos municípios em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada dos requisitos para a qualificação de regiões/microrregiões, constantes do Anexo 7 da NOASSUS 2002.

§ 3º Fica revogada a exigência de habilitação dos municípios em qualquer condição de gestão para o recebimento dos recursos do PAB variável ou de outros incentivos, exceto no caso daqueles que ainda não recebem recursos financeiros fundo a fundo para a atenção básica.

Art. 4º Estabelecer como a única modalidade de habilitação de municípios a Gestão Plena de Sistema Municipal. Parágrafo único. Os pleitos de habilitação na modalidade de gestão de que trata este artigo deverão observar as determinações da NOAS-SUS 2002.

Art. 5º Definir que a parte fixa do Piso de Atenção Básica - PAB, passe a ser uma das modalidades de financiamento do conjunto dos serviços, programas e ações da atenção básica à saúde.

§ 1º A parte fixa do PAB será obtida pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município.

§ 2º Os estados e o municípios também devem assegurar o aporte regular de recursos financeiros para a atenção básica uma vez que o financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo.

§ 3º Os Grupos dos Procedimentos da Atenção Básica da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS permanecem como referência para a alimentação dos bancos de dados nacionais.

§ 4º A transferência dos recursos da parte fixa do PAB, de forma regular e automática aos municípios e ao Distrito Federal, está condicionada à alimentação regular dos bancos de dados nacionais.

§ 5º Os valores referentes ao PAB serão transferidos, em caráter transitório, aos Fundos Estaduais de Saúde, exclusivamente para a cobertura da população residente em municípios que ainda não recebem recursos financeiros fundo a fundo para a atenção básica à saúde.

Art. 6º Definir que os municípios que ainda não recebem recursos financeiros fundo a fundo para a atenção básica à saúde, situados nos Estados do Acre, do Amapá, de Maranhão, de Minas Gerais e de São Paulo, terão um prazo de cento e oitenta dias a contar da publicação desta Portaria para assumirem a gestão das ações e dos serviços de atenção básica em seu território.

§ 1º As Secretarias Estaduais de Saúde dos estados referidos neste artigo deverão prestar apoio técnico a esses municípios para o aperfeiçoamento de sua atuação na área da saúde, visando à descentralização.

§ 2º As Comissões Intergestores Bipartite dos referidos estados, com base em relatório técnico da Secretaria Estadual de Saúde, deverão atestar que os municípios referidos neste artigo estão aptos a assumir as responsabilidades de gestão do sistema municipal de saúde para execução das ações de atenção básica, descritas no Anexo desta Portaria.

§ 3º Esgotado o prazo estabelecido neste artigo, e após parecer das Comissões Intergestores Bipartite dos estados envolvidos e pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, o Ministério da Saúde encaminhará ao Ministério Público a relação dos municípios que não assumiram as ações previstas no Anexo desta Portaria, para providências.

Art. 7º Revogar a modalidade de transferência fundo a fundo de recursos financeiros, designada Piso da Atenção Básica Ampliada, a partir da competência setembro de 2004, aos municípios que se habilitaram conforme as NOAS SUS 2001 e 2002 e ao Distrito Federal.

Art. 8º O Ministério da Saúde publicará portaria, no prazo de 90 dias, definindo o instrumento de responsabilização dos gestores na gestão e na execução da atenção básica, os mecanismos e instrumentos de monitoramento e avaliação por meio do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, bem como as sanções cabíveis em caso de descumprimento das respectivas responsabilidades.

§ 1º O instrumento citado neste artigo deve ser elaborado e pactuado no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite.

§ 2º As Secretarias Estaduais de Saúde, em conjunto com os municípios, por meio da respectiva Comissão Intergestores Bipartite, firmarão em 90 dias, após a publicação da portaria citada neste artigo, o referido instrumento definindo as metas anuais a serem alcançadas pelos municípios, de acordo com o respectivo Pacto de Indicadores.

§ 3º As Secretarias Estaduais de Saúde deverão, a partir de 2006 e até o mês de março, avaliar anualmente o cumprimento das metas estabelecidas para o ano anterior, de acordo com o § 2º deste artigo.

§ 4º As Comissões Intergestores Bipartite deverão, a partir de 2006, encaminhar para a Comissão Intergestores Tripartite, até o mês de abril de cada ano, a relação dos municípios que não cumpriram as metas pactuadas para o ano anterior, nos termos do parágrafo segundo deste artigo, para definição das providências ou sanções cabíveis.

Art. 9º Definir como atribuições das Secretarias Estaduais de Saúde:

- I - apoiar política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios;
- II - promover cooperação técnica com os municípios, com orientação para organização dos serviços de atenção básica que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;
- III - promover a capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos na atenção básica, com ênfase em educação permanente e no assessoramento aos municípios nas questões legais de contratação de pessoal; e
- IV - realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica em seu território.

Art. 10. Estabelecer que os gestores estarão sujeitos às penalidades previstas em leis específicas se for comprovado o não cumprimento das responsabilidades definidas no Anexo desta Portaria, sem prejuízo, conforme o caso, de outras medidas, tais como:

- I - comunicação aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde;
- II - instauração de tomada de contas especial;
- III - comunicação ao Tribunal de Contas do Estado ou do Município, se houver;
- IV - comunicação à Assembléia Legislativa do Estado; e
- V - comunicação à Câmara Municipal.

Art. 11. Tornar sem efeito:

I - os seguintes itens da NOB SUS 01/96, alterada pela Portaria nº 1.882/GM, de 18/12/1997:

- a) 15, 15.1, 15.1.1, 15.1.2, 15.1.3, que tratam da habilitação de municípios em GPAB;
- b) 15.2.2, que trata dos requisitos para habilitação de municípios em GPSM;
- c) 17.11 e 17.15, que tratam da implantação do PAB em municípios habilitados conforme a NOB SUS 96 e em municípios não-habilitados;

II - todas as referências contidas no texto da NOAS SUS 2002 a "municípios habilitados em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada ou GPAB-A", que são substituídas pelo termo "municípios", com exceção dos itens 14, 33.6 e 57.3b, que são substituídas pela expressão "não estiver habilitado em GPSM", e do item 25.3 substituída pela expressão "não habilitados em GPSM";

III - os seguintes itens da NOAS SUS 2002, alterada pela Portaria nº 384/GM, de 04/04/2003:

- a) os itens 7, 7.3, 7.4, 7.5, 7.6, que tratam dos procedimentos que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada e o seu financiamento;
- b) os itens 53, 53.1, 53.2, 53.3, 54, 54.1, 54.2, 54.3, 60, 61.1 do Capítulo III, que tratam das condições de gestão dos municípios, da habilitação em GPAB-A e da desabilitação de municípios em GPAB-A;
- c) o Anexo 2, que trata do elenco de procedimentos da atenção básica;
- IV - os seguintes itens da Instrução Normativa nº 1, de 2003, anexa à Portaria nº 385/GM, de 04/04/2003:

- a) o item I do parágrafo único do art. 2º; o art. 3º; os arts. 4º, 5º, 6º e seus parágrafos que tratam da gestão de municípios e das etapas e trâmites para habilitação de municípios em GPAB-A;
- b) o art. 9º, relativo à habilitação cumulativa nas duas condições de gestão da NOAS SUS 2002;

- c) o art. 17, o item I do art. 18 e o § 1º do art. 18, que tratam da desabilitação de municípios em GPAB-A e em GPSM;
- d) o Anexo I, que trata da sistematização do processo de habilitação de municípios em GPAB-A;
- e) o Termo de Habilitação 1;

V - os seguintes arts. da Portaria nº 1.882/GM, de 18/12/1997, alterada pela Portaria nº 2091/GM de

26/02/1998:

- a) o parágrafo único do art. 3º, relativo à transferência do PAB aos municípios não habilitados;
- b) o art. 4º relativo à parte fixa do PAB;
- c) os § 1º e § 2º do art. 4º, relativos às ações custeadas pela parte fixa do PAB;

VI - a Portaria nº 398/GM, de 04/04/2003, que fixa o valor do PAB-A e define o elenco de procedimentos financiados pelo PAB-A;

VII - a Portaria nº 1.433/GM, de 14/07/2004 que redefine critérios de avaliação para habilitação de municípios em GPAB-A e GPSM.

Art. 12. Alterar a redação:

I - do art. 2º da Portaria nº 1.882/GM, de 18/12/1997, alterada pela Portaria nº 2.091/GM, de 26/02/1998, que passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 2º O PAB é composto de uma parte fixa e de uma parte variável que, juntamente com outras modalidades de financiamento, custeará a atenção básica”;

II - do item 61 da NOAS SUS 2002, que passa a vigorar com a seguinte redação: “61. Os municípios habilitados na gestão Plena do Sistema Municipal estarão passíveis de desabilitação quando:

- a) não cumprirem as responsabilidades de gestores do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica;
- b) não cumprirem as responsabilidades definidas para a gestão Plena do Sistema Municipal, particularmente aquelas que se referem a:
 - cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso;
 - disponibilidade do conjunto de serviços do M1;
 - atendimento às referências intermunicipais resultantes do PDR e da PPI;
 - comando único da gestão sobre os prestadores de serviço em seu território;
- c) não cumprirem as metas de cobertura vacinal para avaliação da atenção básica;
- d) não cumprirem os demais critérios de avaliação da atenção básica, para manutenção da condição de gestão;
- e) não firmarem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica;
- f) apresentarem irregularidades que comprometam a gestão municipal, identificadas pelo componente estadual e/ou nacional do Sistema Nacional de Auditoria.

g) apresentarem situação irregular na alimentação dos bancos de dados nacionais, por dois meses consecutivos ou três meses alternados;”

III - do art. 24 da Instrução Normativa nº 1, de 2003, anexa à Portaria nº 385/GM, de 4 de abril de 2003 que passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 24 Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação, cessando os efeitos do disposto na Instrução Normativa nº 01/GM/MS, de 10 de janeiro de 1998.”

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de setembro de 2004.

HUMBERTO COSTA

ANEXO (Pt. GM/MS 2.023)

RESPONSABILIDADES DOS MUNICÍPIOS E DO DISTRITO FEDERAL NA GESTÃO E EXECUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

- a) Garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade e resolutivos na atenção básica, com território adscrito, viabilizando o planejamento, a programação e a atenção à saúde descentralizados.
- b) Garantia da integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar e social, englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência e reabilitação, assegurando atendimento às urgências médicas e odontológicas.
- c) Humanização do atendimento com o desenvolvimento de responsabilização e vínculo das equipes com a população adscrita, com estímulo ao autocuidado dos indivíduos e famílias;
- d) Valorização dos profissionais de saúde por meio da garantia de qualificação e da educação permanente.
- e) Estímulo à organização e participação popular e ao controle social na gestão dos serviços, democratizando o conhecimento do processo saúde-doença e do sistema de saúde.
- f) Execução das ações básicas de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes.
- g) Trabalho intersetorial visando integrar projetos sociais voltados para a promoção da saúde.

h) Promoção da equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, buscando adequar a oferta às necessidades como princípio de justiça social, ampliando o acesso de populações em situação de desigualdade respeitadas as diversidades locais.

i) Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde -doença da população e na melhoria da qualidade de vida.

j) Assegurar os processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema.

k) Gerência de unidades ambulatoriais próprias e das transferidas pelo estado ou pela União.

l) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.

m) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI.

n) Desenvolvimento das atividades de: realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB localizados em seu território e vinculados ao SUS.

o) Operação do SIA/SUS e do SIAB, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação regular, junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais.

p) Autorização, conforme definição da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.

q) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do Ministério da Saúde.

r) Firmar o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica com o Estado.

s) Realização de avaliação permanente das ações do sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente, incluindo o cumprimento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica.

t) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

u) Elaboração do Relatório de Gestão anual a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

v) Organização e gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde.

w) Garantia da estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, incluindo posto de coleta laboratorial de acordo com as normas técnicas do Ministério da Saúde.

ANEXO D

PORTARIA Nº 1.886, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997

Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e, considerando que o Ministério da Saúde estabeleceu no seu Plano de Ações e Metas priorizar os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, estimulando a sua expansão;

O Ministério da Saúde reconhece no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar

Resolve:

Art. 1º Aprovar as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, nos termos dos Anexos I e II desta Portaria, com vistas a regulamentar a implantação e operacionalização dos referidos Programas.

Art. 2º Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE

ANEXO 1

NORMAS E DIRETRIZES DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - PACS

RESPONSABILIDADE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

1. Ao Ministério da Saúde, no âmbito do PACS, cabe:

- 1.1 Contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia de agentes comunitários de saúde pelos serviços municipais de saúde.
- 1.2 Definir normas e diretrizes para a implantação do programa.
- 1.3 Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento tripartite do programa.
- 1.4 Definir mecanismo de alocação de recursos federais para a implantação e a manutenção do programa, de acordo com os princípios do SUS.
- 1.5 Definir prioridades para a alocação da parcela de recursos federais ao programa; regulamentar e regular o cadastramento dos ACS e enfermeiros instrutores/ supervisores no SAI/SUS.
- 1.6 Prestar Assessoria técnica aos estados e municípios para o processo de implantação e de gerenciamento do programa;
- 1.7 Disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores ao processo de capacitação e educação permanente dos ACS e dos enfermeiros instrutores supervisores;
- 1.8 Disponibilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, ou transitoriamente o Sistema de Informação do PACS - SIPACS como instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelos ACS.
- 1.9 Assessorar estados e municípios na implantação do Sistema de Informação.
- 1.10 Consolidar e analisar os dados de interesse nacional gerados pelo sistema de informação e divulgar os resultados obtidos.
- 1.11 Controlar o cumprimento, pelos estados e municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informação.
- 1.12 Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e, avaliação dos resultados e do impacto das ações dos PACS.
- 1.13 Articular e promover o intercâmbio de experiências, para aperfeiçoar disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à atenção primária à Saúde.
- 1.14 Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado.

RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

2. No âmbito das Unidades da Federação a coordenação do PACS, de acordo com o princípio de gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde, está sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. Compete à esta instância definir, dentro de sua estrutura administrativa, o setor que responderá pelo processo de coordenação do programa e que exercerá o papel de interlocutor com o nível de gerenciamento nacional.

3. Às Secretarias Estaduais de Saúde, no âmbito do PACS, cabe:

- 3.1 Contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia de agentes comunitários de saúde pelos serviços municipais de saúde.
 - 3.2 Estabelecer, em conjunto com a instância de gerenciamento nacional do programa, as normas e as diretrizes do programa.
 - 3.3 Definir os critérios de priorização de municípios para implantação do programa.
 - 3.4 Definir estratégias de implantação e/ou implementação do programa.
 - 3.5 Garantir fontes de recursos estaduais para compor o financiamento tripartite do programa.
- Definir mecanismo de alocação de recursos que compõem o teto financeiro do Estado para a implantação e a manutenção do programa.

- 3.6 Definir mecanismos de alocação de recursos que compõem o teto financeiro do Estado para a implantação e a manutenção do programa.
- 3.7 Definir prioridades para a alocação da parcela de recursos estaduais ao programa.
- 3.8 Pactuar com o Conselho Estadual de Saúde e com a Comissão Intergestores Bipartite os requisitos específicos para implantação do programa.
- 3.9 Regular o cadastramento dos ACS e enfermeiros instrutores/supervisores no SAI/SUS
- 3.10 Prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, monitoramento e de gerenciamento do programa.
- 3.11 Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores ao processo de formação e educação permanente dos ACS.
- 3.12 Capacitar e garantir processo de educação permanente aos enfermeiros instrutores/ supervisores dos ACS.
- 3.13 Assessorar os municípios para implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, como instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelos ACS.
- 3.14 Consolidar e analisar os dados de interesse estadual gerados pelo sistema de informação e divulgar os resultados obtidos.
- 3.15 Controlar o cumprimento, pelos municípios, da alimentação do Banco de dados do sistema de informação.
- 3.16 Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados das ações do PACS no âmbito do estado.
- 3.17 Promover o intercâmbio de experiência entre os diversos municípios, objetivando disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria do atendimento primário à saúde.
- 3.18 Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado para fortalecimento do programa no âmbito do Estado.

RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO

4. O município deve cumprir os seguintes REQUISITOS para sua inserção ao Programa Agentes Comunitários de Saúde:
 - 4.1 Apresentar ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde onde está aprovada a implantação do programa.
 - 4.2 Definir Unidade Básica de Saúde para referência e cadastramento dos Agentes Comunitários de Saúde no SAI/SUS.
 - 4.3 Comprovar a existência de Fundo Municipal de Saúde ou conta especial para saúde.
 - 4.4 Garantir a existência de profissional (ais) enfermeiro(s), com dedicação integral na(s) unidade(s) básica(s) de referência, onde no âmbito de suas atribuições exercerão a função de instrutor supervisor, na proporção de no máximo 30 Agentes Comunitários de Saúde para 01 (um) enfermeiro.

5. A adesão ao PACS deve ser solicitada, pelo município, à Secretaria Estadual de Saúde.

6. PRERROGATIVAS:

- 6.1 O Ministério da Saúde repassará recursos financeiros de incentivo, proporcionais à população assistida pelos Agentes Comunitários de Saúde, de acordo com critérios e prioridades definidos e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.
- 6.2 As Secretarias Estaduais definirão a forma de apoio no âmbito de suas competências.

7. No âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ao município cabe:

- 7.1 Conduzir a implantação e a operacionalização do programa como ação integrada e subordinada ao serviço municipal de saúde.
- 7.2 Inserir o PACS nas ações estratégicas do Plano Municipal de Saúde
- Garantir infra-estrutura de funcionamento da(s) Unidade(s) Básica(s) de referência dos ACS.
- 7.3 Inserir as atividades do Programa na programação físico financeira ambulatorial do município, com definição de contrapartida de recursos municipais.
- 7.4 Definir áreas geográficas para implantação do programa, priorizando aquelas onde as famílias estão mais expostas aos riscos de adoecer e morrer.
- 7.5 Recrutar os agentes comunitários de saúde através de processo seletivos, segundo as normas e diretrizes básicas do programa.
- 7.6 Contratar e remunerar os ACS e o(s) enfermeiros(s) instrutor (es) / supervisor (es);
- Garantir as condições necessárias para o processo de capacitação e educação permanente dos ACS.
- 7.7 Garantir as condições necessárias para o processo de capacitação permanente dos enfermeiros instrutores supervisores, com apoio da Secretaria Estadual de Saúde.
- 7.8 Implantar o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, ou transitoriamente o Sistema de Informação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, cumprindo o fluxo estabelecido para alimentação dos bancos de dados regional e estadual.
- 7.9 Utilizar os dados gerados pelo sistema de informação para definição de atividades prioritárias dos ACS no processo de programação e planejamento das ações das unidades básicas de referência.
- 7.10 Apresentar sistematicamente a análise dos dados do sistema de informações aos conselhos locais e municipal de saúde.
- 7.11 Viabilizar equipamentos necessários para a informatização do sistema de informação.

DIRETRIZES OPERACIONAIS

8. Na operacionalização do Programa deverão ser observadas as seguintes diretrizes:

- 8.1 O Agente Comunitário de Saúde - ACS deve trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida.
- 8.2 Um ACS é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas.
- 8.3 O recrutamento do Agente Comunitário de Saúde deve se dar através de processo seletivo, no próprio município, com acessória da Secretaria Estadual de Saúde.
- 8.4 São considerados requisitos para o ACS: ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos, saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.
- 8.5 O Agente Comunitário de Saúde deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na Comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro Instrutor-

Supervisor lotado na unidade básica de saúde da sua referência.

8.6 É vedado ao ACS desenvolver atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde de sua referência.

8.7 A capacitação do Agente Comunitário de Saúde deve ocorrer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do Instrutor-Supervisor, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde.

8.8 O ACS deve ser capacitado para prestar assistência a todos os membros das famílias acompanhadas, de acordo com as suas atribuições e competências.

8.9 O conteúdo das capacitações deve considerar as prioridades definidas pelo elenco de problemas identificados em cada território de trabalho.

8.10 A substituição de um ACS por suplente classificado no processo seletivo poderá ocorrer em situações onde o ACS: deixa de residir na área de sua atuação; assume outra atividade que comprometa a carga horária necessária para desempenho de suas atividades; não cumpre os compromissos e atribuições assumidas; gera conflitos ou rejeição junto a sua comunidade; o próprio ACS, por motivos particulares, requeira seu afastamento.

8.11 Em caso de impasse na substituição de um ACS, a situação deve ser submetida ao conselho local ou municipal de saúde.

8.12 O monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelo Programa deverá ser realizado pelo Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB ou transitoriamente pelo Sistema de

Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS ou ainda por outro sistema de informações implantado pelo município, desde que alimente a base de dados do sistema preconizado ao Programa pelo Ministério da Saúde (SIAB ou SIPACS).

8.13 A não alimentação do Sistema de Informação por um período de 02 (dois) meses consecutivos ou (três) meses alternados durante o ano, implicará na suspensão do cadastramento do programa.

8.14 São consideradas atribuições básicas dos ACS, nas suas áreas territoriais de abrangência:

8.14.1. realização do cadastramento das famílias;

8.14.2. participação na realização do diagnóstico demográfico e na definição do

8.14.3. perfil sócio econômico da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, na realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da sua área de abrangência;

8.14.4. realização do acompanhamento das micro-áreas de risco;

8.14.5. realização da programação das visitas domiciliares, elevando a sua frequência nos domicílios que apresentam situações que requeiram atenção especial;

8.14.6. atualização das fichas de cadastramento dos componentes das famílias; execução da vigilância de crianças menores de 01 ano consideradas em situação de risco;

8.14.7. acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos;

8.14.8. promoção da imunização de rotina às crianças e gestantes, encaminhando-as ao serviço de referência ou criando alternativas de facilitação de acesso;

8.14.9. promoção do aleitamento materno exclusivo;

8.14.10. monitoramento das diarreias e promoção da reidratação oral; monitoramento das infecções respiratórias agudas, com identificação de sinais de risco e encaminhamento dos casos suspeitos de pneumonia ao serviço de saúde de referência;

8.14.11. monitoramento das dermatoses e parasitoses em crianças;

8.14.12. orientação dos adolescentes e familiares na prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas;

8.14.13. identificação e encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência;

8.14.14. realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes,

priorizando atenção nos aspectos de desenvolvimento da gestação ;

8.14.15. seguimento do pré-natal; sinais e sintomas de risco na gestação; nutrição;

8.14.16. incentivo e preparo para o aleitamento materno; preparo para o parto;

8.14.17. atenção e cuidados ao recém nascido; cuidados no puerpério;

8.14.18. monitoramento dos recém nascidos e das puérperas;

8.14.19. realização de ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, encaminhando as mulheres em idade fértil para realização dos exames periódicos nas unidades de saúde de referência;

8.14.20. realização de ações educativas sobre métodos de planejamento familiar;

8.14.21. realização de ações educativas referentes ao climatério;

8.14.22. realização de atividades de educação de educação nutricional nas famílias e na comunidade;

8.14.23. realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil;

8.14.24. busca ativa das doenças infecto-contagiosas;

8.14.25. apoio a inquéritos epidemiológicos ou investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória;

8.14.26. supervisão dos eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas;

8.14.27. realização de atividades de prevenção e promoção de saúde do idoso;

8.14.28. identificação dos portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio;

8.14.29. incentivo a comunidade na aceitação e inserção social dos portadores de deficiência psicofísica;

8.14.30. orientação às famílias e à comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas;

8.14.31. realização de ações educativas para preservação do meio ambiente;

8.14.32. realização de ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos;

8.14.33. estimulação da participação comunitária para ações que visem a melhoria da qualidade de vida da comunidade;

8.14.34. outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais.

8.15. São consideradas atribuições básicas dos enfermeiros instrutores/supervisores:

8.15.1. planejar e coordenar a capacitação e educação permanente dos ACS, executando-a com participação dos demais membros da equipe de profissionais do serviço local de saúde;

8.15.2. coordenar, acompanhar, supervisionar e avaliar sistematicamente o trabalho dos ACS;

8.15.3. reorganizar e readequar, se necessário, o mapeamento das áreas de implantação do programa após a seleção dos ACS, de acordo com a dispersão demográfica de cada área e respeitando o parâmetro do número máximo de famílias por ACS;

8.15.4. coordenar e acompanhar a realização do cadastramento das famílias

8.15.5. realizar, com demais profissionais da unidade básica de saúde, o diagnóstico demográfico e a definição do perfil sócio econômico da comunidade, a identificação de traços culturais e religiosos das famílias e da comunidade, a descrição do perfil

do meio ambiente da área de abrangência, a realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da área de abrangência dos ACS sob sua responsabilidade;

8.15.6. coordenar a identificação das micro-áreas de risco para priorização das ações dos ACS;

8.15.7. coordenar a programação das visitas domiciliares a serem realizadas pelos ACS, realizando acompanhamento e supervisão periódicas;

8.15.8. coordenar a atualização das fichas de cadastramento das famílias;

8.15.9. coordenar e supervisionar a vigilância de crianças menores de 01 ano consideradas em situação de risco;

8.15.10. executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica na unidade básica de saúde, no domicílio e na comunidade;

8.15.11. participar do processo de capacitação e educação permanente técnica e gerencial junto às coordenações regional e estadual do programa;

8.15.12. consolidar, analisar e divulgar mensalmente os dados gerados pelo sistema de informação do programa;

8.15.13. participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho da unidade básica de saúde, considerando a análise das informações geradas pelos ACS;

8.15.14. definir, juntamente com a equipe da unidade básica de saúde, as ações e atribuições prioritárias dos ACS para enfrentamento dos problemas identificados; alimentar o fluxo do sistema de informação aos níveis regional e estadual, nos prazos estipulados;

8.15.15. tomar as medidas necessárias, junto a secretaria municipal de saúde e conselho municipal de saúde, quando da necessidade de substituição de um ACS;

8.15.16. outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais.

9. O não cumprimento das normas e diretrizes do programa implicará na suspensão da alocação de recursos federais para o seu financiamento.

ANEXO 2

NORMAS E DIRETRIZES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA-PSF

1. Ao Ministério da Saúde, no âmbito do PSF, cabe:

1.1. Contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia de saúde da família pelos serviços municipais de saúde.

1.2. Estabelecer normas e diretrizes para a implantação do programa. Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento tripartite do programa

1.3. Definir mecanismo de alocação de recursos federais para a implantação e a manutenção das unidades de saúde da família, de acordo com os princípios do SUS.

1.4. Definir prioridades para a alocação da parcela de recursos federais ao programa.

1.5. Negociar na Comissão Intergestora Tripartite os requisitos específicos e prerrogativas para implantação e ou implementação da estratégia de saúde da família.

1.6. Regulamentar e regular o cadastramento das unidades de saúde da família no SAI/SUS.

1.7. Prestar assessoria técnica aos estados e municípios para o processo de implantação e de gerenciamento do programa.

1.8. Promover a articulação entre as instituições de ensino superior e as instituições de serviço para capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos necessários ao modelo de saúde da família.

1.9. Assessorar os Pólos de Capacitação, formação e educação permanente para as equipes de saúde da família no que se refere a elaboração, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações.

1.10. Articular com as instituições de ensino superior para a iniciativa de introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação e ou implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação "sensu lato".

1.11. Disponibilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB como instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família.

1.12. Assessorar estados e municípios na implantação do Sistema de Informação;

1.13. Consolidar e analisar os dados de interesse nacional gerados pelo sistema de informação, divulgando resultados obtidos.

1.14. Controlar o cumprimento, pelos estados e municípios da alimentação do banco de dados do sistema de informação.

1.15. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações das unidades de saúde da família.

1.16. Contribuir para a criação de uma rede nacional / regional de intercâmbio de experiências no processo de produção de conhecimento em saúde da família.

1.17. Promover articulações com outras instâncias da esfera federal a fim de garantir a consolidação da estratégia de saúde da família;

Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado

RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

2. No âmbito das Unidades da Federação a coordenação do PSF, de acordo com o princípio de gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde, está sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. Compete à esta instância definir, dentro de sua estrutura administrativa, o setor que responderá pelo processo de coordenação do programa e que exercerá o papel de interlocutor com nível de gerenciamento nacional.

3. Às Secretarias Estaduais de Saúde, no âmbito do PSF, cabe:

3.1. Contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia de saúde da família pelos serviços municipais de saúde.

3.2. Estabelecer, em conjunto com a instância de gerenciamento nacional programa, as normas e as diretrizes do programa.

3.3. Definir estratégias de implantação e/ou implementação do programa.

3.4. Garantir fontes de recursos estaduais para compor o financiamento tripartite do programa.

3.5. Definir mecanismos de alocação de recursos que compõem o teto financeiro do Estado para a implantação e a manutenção do programa.

3.6. Definir prioridades para a alocação da parcela de recursos estaduais ao programa:

- 3.7. Pactuar com o Conselho Estadual de Saúde e com a Comissão de Intergestores Bipartite os requisitos específicos e prioridades para a implantação do programa.
- 3.8. Cadastrar as unidades de saúde da família no SAI/SUS.
- 3.9. Prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, monitoramento e gerenciamento do programa.
- 3.10. Promover articulação com as instituições de ensino superior para capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos de saúde da família:
- 3.11. Integrar os Pólos de Capacitação, formação e educação permanente para as equipes de saúde da família no que se refere a elaboração, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações;
- 3.12. Articular com as instituições de ensino superior para a iniciativa de introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação e ou implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação "sensu lato".
- 3.13. Assessorar os municípios na implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, enquanto instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família;
- 3.14. Consolidar e analisar os dados de interesse estadual gerados pelo sistema de informação e alimentar o banco de dados nacional.
- 3.15. Controlar o cumprimento, pelos municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informação;
- 3.16. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações das unidades de saúde da família no âmbito do estado;
- 3.17. Participar de rede nacional / regional de intercâmbio de experiências no processo de produção de conhecimento em saúde da família;
- 3.18. Promover intercâmbio de experiências entre os municípios de sua abrangência; promover articulações com outras instâncias da esfera estadual, a fim de garantir a consolidação da estratégia de saúde a família;
- 3.19. Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio com organização governamentais, não governamentais e do setor privado.

RESPONSABILIDADES DO MUNICÍPIO

- 4.1. Conduzir a implantação e a operacionalização do PSF como estratégia de reorientação das unidades básicas de saúde, no âmbito do sistema local de saúde.
- 4.2. Inserir o PSF nas ações estratégicas do Plano Municipal de Saúde.
- 4.3. Inserir as unidades de saúde da família na programação físico financeira ambulatorial do município, com definição de contrapartida de recursos municipais.
- 4.4. Eleger áreas para implantação das unidades de saúde da família, priorizando aquelas onde a população está mais exposta aos riscos sociais. Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que integram as equipes de saúde da família.
- 4.5. Garantir a capacitação e educação permanente das equipes de saúde da família, com apoio da secretaria estadual de saúde.
- 4.6. Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde família, através do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, ou por outro instrumento de monitoramento, desde que alimente a base de dados do sistema preconizado ao Programa pelo Ministério da Saúde (SIAB).
- 4.7. Utilizar os dados gerados pelo sistema de informação para definição de atividades prioritárias no processo de programação e planejamento das ações locais.
- 4.8. Apresentar sistematicamente a análise dos dados do sistema de informação e de outros mecanismos e/ou instrumentos de avaliação, aos conselhos locais e municipal de saúde.
- 4.9. Garantir a infra estrutura e os insumos necessários para resolutividade das unidades de saúde da família.
- 4.10. Garantir a inserção das unidades de saúde da família na rede de serviços de saúde, garantindo referência e contra-referência aos serviços de apoio diagnóstico, especialidades ambulatoriais, urgências/emergências e internação hospitalar.

REQUISITOS PARA A INSERÇÃO DO MUNICÍPIO NO PROGRAMA

5. O município é o espaço de execução da estratégia de saúde da família enquanto projeto estruturante da atenção básica, portanto cabe a este nível definir os meios e condições operacionais para sua implantação.
6. O município deve cumprir os seguintes REQUISITOS para sua inserção ao Programa de Saúde da Família:
 - 6.1. Estar habilitado em alguma forma de gestão segundo a NOB/SUS 01/96
 - 6.2. Apresentar ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde onde aprova-se a implantação do programa;
7. A adesão ao PSF deve ser solicitada, pelo município, à Secretaria Estadual de Saúde.

PRERROGATIVAS

8. São prerrogativas do município:
 - 8.1. O Ministério da Saúde repassará recursos financeiros de incentivo, proporcionais à população assistida pelas unidades de saúde da família, de acordo com critérios e prioridades definidos e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.
 - 8.2. As Secretarias Estaduais definirão a forma de apoio no âmbito de suas competências.

DIRETRIZES OPERACIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

9. Aspectos que caracterizam a reorganização das práticas de trabalho nas unidades de saúde da família:
 - 9.1. Caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, complementariedade e hierarquização.
 - 9.2. Adscrição de população/territorialização.
 - 9.3. Programação e planejamento descentralizados.
 - 9.4. Integralidade da assistência.
 - 9.5. Abordagem multiprofissional.

- 9.6. Estímulo à ação intersetorial.
- 9.7. Estímulo à participação e controle social.
- 9.8. Educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família.
- 9.9. Adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação.

10. Caracterização das unidades de saúde da família:

- 10.1. Consiste em unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, através de equipe multiprofissional. Desenvolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente.
- 10.2. Configura-se como o primeiro contato da população com o serviço local de saúde, onde se garanta resolutividade na sua complexidade tecnológica, assegurando-se referência e contra-referência com os diferentes níveis do sistema quando é requerida maior complexidade para resolução dos problemas identificados.
- 10.3. Trabalha com definição de território de abrangência, que significa a área que está sob sua responsabilidade.
- 10.4. Pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, a depender da área de abrangência e do número de habitantes vinculados a esta unidade.
- 10.5. As equipes devem realizar o cadastramento das famílias, com visitas aos domicílios, segundo a definição territorial pré-estabelecido;

11. Caracterização das equipes de saúde da família:

- 11.1. Uma equipe de profissionais de saúde da família pode ser responsável, no âmbito de abrangência de uma unidade de saúde da família, por uma área onde resida, no máximo 1000 (mil) famílias ou 4.500 (quatro mil e quinhentas) pessoas.
- 11.2. Recomenda-se que uma equipe de saúde da família deva ser composta minimamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de um agente para, no máximo 150 famílias ou 750 pessoas).
- 11.3. Para efeito de incorporação dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde, as equipes deverão atender aos seguintes parâmetros mínimos de composição:
 - 11.3.1. Médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de 01 ACS para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas) ou
 - 11.3.2. Médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem.

ANEXO E

DECRETO Nº 5.055, DE 27 DE ABRIL DE 2004.

Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea "a", da Constituição, e

Considerando a realidade atual de morbimortalidade, relativo a todas as urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência;

Considerando que, nos termos do preceituado no art. 197 da Constituição e nos arts. 1º e 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, afigura-se de relevância pública a normatização da organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências;

Considerando a necessidade de estruturação, por parte do Poder Público, de rede regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, de modo a desconcentrar a atenção efetuada exclusivamente pelos pronto-socorros; e

Considerando, ainda, a regulamentação, expedida pela Agência Nacional de Telecomunicações – ANATEL, sobre as Condições de Acesso e Fruição dos Serviços de Utilidade Pública e de Apoio ao Serviço Telefônico Fixo Comutado; DECRETA:

Art. 1º Fica instituído, em Municípios e regiões do território nacional, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, visando a implementação de ações com maior grau de eficácia e efetividade na prestação de serviço de atendimento à saúde de caráter emergencial e urgente.

Art. 2º Para fins do atendimento pelo SAMU, fica estabelecido o acesso nacional pelo número telefônico único – 192 que será disponibilizado pela ANATEL exclusivamente às centrais de regulação médica vinculadas ao referido Sistema.

Art. 3º Os Municípios ou regiões que pretenderem aderir ao SAMU deverão formular requerimento aos Ministérios da Saúde e das Comunicações, que decidirão, conjuntamente, sobre a assinatura de convênio para a disponibilização do número de acesso nacional, bem como a definição dos procedimentos a serem adotados.

Art. 4º O Ministério da Saúde expedirá, no prazo de sessenta dias a contar da publicação deste Decreto, normas complementares pertinentes à implantação do SAMU.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de abril de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

Eunício Oliveira

APÊNDICES

APÊNDICE A

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Sr. (a)

Vimos através deste, solicitar a V. S^a. autorização para desenvolver uma pesquisa intitulada: Sistema Único de Saúde - modalidades de atendimento e suas inter-relações, junto a esta instituição.

A investigação tem como objetivo: **Investigar as modalidades de atendimento que as Instituições/organizações/serviços de Saúde, integrantes do SUS do Rio Grande, oferecem à clientela e verificar como se processam as suas inter-relações nos serviços e ações de saúde.**

Informo que os dados coletados serão utilizados para a produção científica que resultará em minha Dissertação de Mestrado em Enfermagem, inserida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem desta Universidade, na linha de pesquisa Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde, sob a orientação da Prof^a. Enf^a. Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, e também em outros trabalhos científicos a serem realizados.

Os membros da Instituição/organização/serviço selecionados só participarão da pesquisa, se concordarem livremente e após assinatura, em duas vias, do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução nº 196/96 sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Na certeza de contar com a vossa habitual compreensão e cordialidade, agradecemos antecipadamente e, colocamo-nos a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente

Mestrando
José Richard de Sosa Silva
Coren 116644.
Fone: (053) 81 22 50 86

Orientadora
Prof^a. Enf^a. Dra. Hedi C. H. de Siqueira.
Fone (053) 3278 40 18

SR (A):

APÊNDICE B

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Sr. (a)

Vimos através deste, convidar V. S^a. para participar da pesquisa intitulada: **Sistema Único de Saúde** - modalidades de atendimento e suas inter-relações a ser desenvolvida junto às Instituições de Saúde do município do Rio Grande/RS.

A investigação tem como objetivo: **Investigar as modalidades de atendimento que as Instituições/organizações/serviços de Saúde, integrantes do SUS do Rio Grande, oferecem à clientela e verificar como se processam as suas inter-relações nos serviços e ações de saúde.**

Informamos que os dados coletados serão utilizados para a produção científica que resultará em minha Dissertação de Mestrado em Enfermagem, inserida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem desta Universidade, na linha de pesquisa Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde, sob a orientação da Prof^a. Enf^a. Dra.Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, e também em outros trabalhos científicos a serem realizados.

Reiteramos que a vossa participação nesta pesquisa é de fundamental importância para a obtenção de dados que auxiliarão no alcance da proposta desta investigação. Na certeza de contar com a habitual compreensão e cordialidade, agradecemos antecipadamente e, colocamo-nos a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente

Mestrando
José Richard de Sosa Silva
Coren 116644.
Fone: (053) 81 22 50 86

Orientadora
Prof^a. Enf^a. Dra.Hedi C. H. de Siqueira.
Fone (053) 3278 40 18

SR (A):

APÊNDICE C

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

O mestrando do curso de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande, José Richard de Sosa Silva, está desenvolvendo esta pesquisa sob orientação da Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem na Área de concentração Enfermagem e Saúde da supracitada Universidade, na linha de pesquisa: Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde.

A pesquisa tem como objetivo: **Investigar as modalidades de atendimento que as Instituições/organizações/serviços de Saúde, integrantes do SUS do Rio Grande, oferecem à clientela e verificar como se processam as suas inter-relações nos serviços e ações de saúde.**

Pelo presente termo, declaro que fui informado (a) em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada como "Sistema único de Saúde: modalidades de atendimento e suas inter-relações".

Declaro que fui informado (a) sobre:

- a) liberdade de participar ou não da pesquisa bem como de retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e/ou prejuízo;
- b) garantia de privacidade, bem como proteção de minha imagem;
- c) riscos e benefícios desta pesquisa, assim, como a garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da mesma, a metodologia, objetivos e outros aspectos envolvidos no presente estudo;
- d) a segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Assim, nestes termos considero-me livre e esclarecido (a) e, portanto consisto em participar da presente pesquisa. Concedo ao autor da pesquisa e sua orientadora o direito de expressar as informações contidas na mesma, para divulgação dos resultados em trabalhos científicos.

Este documento está em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que será assinado em duas vias, ficando uma via em poder do respondente e a outra com o mestrando responsável pela pesquisa.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____

Assinatura da orientadora da pesquisa: _____

Contato com o responsável pela pesquisa pelo fone (053) 81 22 50 86.

E-mail: richard.sosa@bol.com.br

Contato com a orientadora da pesquisa pelo fone (053) 3278 40 18.

E-mail: hedihs@terra.com.br

APÊNDICE D

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM

Roteiro Nº 1

Questões norteadoras da pesquisa para levantamento de dados junto às Instituições Hospitalares do Rio Grande.

- 1) Que modalidades de atendimento sua Instituição/organização/serviço oferece à clientela do SUS?

	SIM	NÃO
	()	()
1.1 - Internação hospitalar	()	()

Caso positivo em que áreas:

1.2 - Internação Domiciliar:	()	()
-------------------------------------	-------	-------

Caso negativo: que motivos levam a não oferecer essa modalidade de atendimento aos clientes do SUS?

1.3 - Assistência ambulatorial:	()	()
--	-------	-------

Caso positivo em que áreas a instituição presta Assistência Ambulatorial aos clientes do SUS?

1.4 - Hospital Dia:	()	()
----------------------------	-------	-------

Em caso positivo para que clientela do SUS é oferecido?

1.6- Existe equipe multiprofissional ?	()	()
---	-------	-------

Caso positivo: Em que modalidades de atendimento tem equipe multiprofissional?

Que profissionais integram essa equipe?

Que tipo de atendimento desenvolvem?

2. Como é encaminhada a clientela do SUS, quando existe necessidade de ser enviada para outra instituição/organização/serviço?

Ele é encaminhado de maneira formal?

Explique que tipo de documentos acompanha este encaminhamento.

3. Existem trabalhadores que exercem suas atividades em outra instituição/organização/serviço que atende o SUS e para a qual o cliente é encaminhado?

Que instituições/organizações/serviços são essas que tem trabalhadores atuando em duas ou mais instituições que recebem clientes encaminhadas do SUS?

4. O Sr (a) conhece a forma de funcionamento da instituição/organização/serviço para a qual está encaminhando o usuário?

Como conhece o funcionamento dessa instituição/organização/serviço?

5. O Sr (a) encontra dificuldades para encaminhar clientes do SUS a outra instituição/organização/serviço para receber atendimento?

Em caso positivo quais são as principais dificuldades que enfrenta ao encaminhar os clientes do SUS a outra instituição/organização/serviço?

6. Na sua opinião existem outras formas que poderiam melhorar o encaminhamento e as relações entre as Instituições/organizações/serviços que atendem a clientela do SUS?

Especifique quais.

APÊNDICE E

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM

Roteiro N° 2

Questões norteadoras da pesquisa para levantamento de dados junto as Unidades de atendimento da Secretaria de Saúde do Rio Grande/RS.

1) Que modalidades de atendimento sua unidade oferece à clientela do SUS ?

	SIM	NÃO
1.1 - Assistência ambulatorial.	()	()

Caso positivo, em que áreas:

1.2- Existe equipe multiprofissional ? () ()

Caso positivo: Em que modalidades de atendimento tem equipe multiprofissional?

Que profissionais integram essa equipe?

Que tipo de atendimento desenvolvem?

2. Como é encaminhada a clientela do SUS, quando existe necessidade de ser enviada para outra instituição/organização/serviço?

Ele é encaminhado de maneira formal?

Explique que tipo de documentos acompanha este encaminhamento.

3. Existem trabalhadores que exercem suas atividades em outra instituição/organização/serviço que atende o SUS e para a qual o cliente é encaminhado?

Que instituições/organizações/serviços são essas que tem trabalhadores atuando em duas ou mais instituições que recebem clientes encaminhadas do SUS?

4. O Sr (a) conhece a forma de funcionamento da instituição/organização/serviço para a qual está encaminhando o usuário?

Como conhece o funcionamento dessa instituição/organização/serviço?

5. O Sr (a) encontra dificuldades para encaminhar clientes do SUS a outra instituição/organização/serviço para receber atendimento?

Em caso positivo quais são as principais dificuldades que enfrenta ao encaminhar os clientes do SUS a outra instituição/organização/serviço?

6. Na sua opinião existem outras formas que poderiam melhorar o encaminhamento e as relações entre as Instituições/organizações/serviços que atendem a clientela do SUS?

Especifique quais.