

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DO SUS:

UM ESTUDO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO HU/UFSC

KAREN VIEIRA CHEREM

FLORIANÓPOLIS

2009/1

KAREN VIEIRA CHEREM

**O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DO SUS:
UM ESTUDO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO HU/UFSC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Regina Célia Tamaso Miotto.

Florianópolis

2009

KAREN VIEIRA CHEREM

**O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DO SUS:
UM ESTUDO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO HU/UFSC**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e aprovado em 8 de julho de 2009, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Graduação em Serviço Social e da Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Regina Célia Tamaso Miotto
Orientadora

Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmento
Examinador

Francielle Lopes Alves
Assistente Social
Examinador

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pelo dom da vida;

Aos meus pais, Michel (*in memorian*) e Vera (*in memorian*), por todos os ensinamentos proporcionados durante suas vidas, por terem sido exemplos de amor, respeito e honestidade. Seus ensinamentos serão eternos!

Aos meus irmãos, Michelli, Anne, Mariana, Michel e Jorge, e meus sobrinhos Lucas, Júlia, Alyster e Ewelyn, pela compreensão e amizade, principalmente agora no final do curso, quando estive mais ausente. Amo vocês!

Às minhas amigas Angela e Gisele, por todos os momentos compartilhados nesse longo percurso de nossas vidas, incluindo as experiências vividas e as dores da perda. Acredito que essa amizade não se apagará jamais.

A todos os profissionais do Hospital Universitário que contribuíram para minha aproximação com a realidade do fazer profissional. Agradeço em especial as assistentes sociais Mariana e Francielle, por compartilharem comigo todos os seus conhecimentos, por serem profissionais comprometidas e dedicadas em favor da equidade e justiça social.

À Universidade Federal de Santa Catarina, pelo ensino público e gratuito, sem o qual não seria possível a realização desta etapa em minha vida.

A todo o Departamento de Serviço Social da UFSC, professores e assistentes técnico-administrativos, pelos ensinamentos e apoio dado durante minha formação acadêmica. Em especial a Rosana Gaio, pelo apoio tão fundamental neste final de curso; você é admirável.

À minha orientadora e professora Dr.^a Regina Célia Tamasso Mito, pela disponibilidade, dedicação, compreensão e compromisso no decorrer da elaboração deste TCC; por ter compartilhado comigo seus conhecimentos e, principalmente, por me apoiar e incentivar nos últimos anos. Admiro muito você!

Aos meus colegas da Unidade de Pronto Atendimento - UPA Sul da Ilha, que me apoiaram durante a construção deste trabalho. Obrigada por torcerem pelo meu sucesso!

*Não há na história, na vida social, nada de fixo,
de enrijecido, de definitivo. E não existirá nunca.
Novas verdades aumentam o patrimônio da sabedoria,
necessidades novas superiores são suscitadas pelas
novas condições de vida; novas curiosidades intelectuais
e morais pressionam o espírito e obrigam
a renovar-se, a melhorar.*

A. Gramsci

CHEREM, Karen Vieira. **O serviço de emergência no contexto do SUS**: um estudo no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago HU/UFSC. 2009. 83 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Curso de Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Célia Tamasso Miotto.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso procura adensar o debate sobre a questão do acesso aos serviços de saúde na atenção básica, tendo como referência a experiência do estágio curricular obrigatório realizado na unidade de emergência do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Essa experiência teve como projeto de intervenção o reconhecimento da demanda dessa unidade. Esta monografia tem como principal objetivo contribuir para a discussão do acesso aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde, considerando a atenção básica. Para isso, apresenta um histórico da conformação do setor saúde no Brasil, que, a partir da Constituição Federal de 1988, institui o Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando como um dos seus princípios fundamentais a regionalização e hierarquização dos serviços, em níveis crescentes de complexidade, em que as unidades básicas de saúde representam a “porta de entrada” para todas as demais unidades e serviços da rede. A monografia analisa os serviços de emergência e urgência, que funcionam como a principal porta de entrada no SUS, e apresenta propostas para facilitar o acesso do usuário aos serviços básicos de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso à saúde. Serviços de emergência. Atenção básica.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de determinação social da saúde, proposto por Dahlgren e Whitehead	40
Figura 2 – Modelo tecnoassistencial em saúde.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil do usuário por faixa etária e sexo	65
Tabela 2 - Dificuldades encontradas pelos usuários por UBS/regionais de saúde	68
Tabela 3 - Principais motivos de procura pela unidade de emergência do HU	70

LISTA DE SIGLAS

AAHU – Associação de Amigos do HU
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
AIS - Ações Integradas de Saúde
APAC – Autorização para Procedimento de Alto Custo
BM – Banco Mundial
CAP - Caixas de Aposentadoria e Pensão
CF – Constituição Federal
CIB - Comissões Intergestoras Bipartites
CIT- Comissões Intergestoras Tripartites
CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DA – Diretoria de Administração
DAA - Diretoria de Apoio Assistencial
Datusus - Sistema de Informações do SUS
DE – Diretoria de Enfermagem
DG – Diretoria Geral
DM – Diretoria de Medicina
DSS – Determinantes Sociais da Saúde
DVAA – Divisão de Apoio Assistencial
DVDC – Divisão de Diagnóstico Complementar
ESF – Equipe de Saúde da Família
FAS – Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social
HU – Hospital Universitário
IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LOS – Leis Orgânicas da Saúde
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde
NOAS/SUS – Normas Operacionais da Assistência à Saúde do SUS
NOB/SUS – Normas Operacionais Básicas do SUS
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCCS – Plano de Carreira, Cargos e Salários
PDR – Plano de Desenvolvimento Regional
PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PNS – Plano Nacional de Saúde
PPA - Plano de Pronta Ação
PPI - Programação Pactuada Integrada
PSF – Programa Saúde da Família
RDA – Rede Docente Assistencial
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SES/SC – Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
SIA-SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIC – Segundo informações colhidas
SIH-SUS- Sistema de informação hospitalar do SUS
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidades Básicas de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	A SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL	14
2.1	HISTÓRICO DA CONFORMAÇÃO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL	18
2.2	ALGUNS ASPECTOS LEGAIS DO SUS	26
2.3	O PLANO NACIONAL DE SAÚDE E O PACTO PELA SAÚDE 2006	31
3	A ORGANIZAÇÃO DO SUS E O ACESSO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	39
4	O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DO SUS: UM ESTUDO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC	53
4.1	O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DO HU/UFSC.....	56
4.2	O SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO HU/UFSC.....	59
4.3	O ESTUDO DA DEMANDA DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HU/UFSC	63
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	78

1 INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é um tema importante para cumprir a ideia constitucional do direito à saúde. A partir da Constituição Federal de 1988, houve um reordenamento do setor saúde, apresentando uma proposta de direito à saúde como um atendimento universal, integral e igualitário, independente de contribuição. Porém, no decorrer do estágio curricular obrigatório I e II, realizado na unidade de emergência adulto, do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, percebemos que o acesso à saúde não se concretiza conforme está preconizado na CF/1988. Com base nesta experiência, constatamos que a maioria dos usuários internados com mais de 60 anos tem acesso aos serviços de saúde na atenção básica, enquanto os demais usuários, com menos de 60 anos, apresentam dificuldades de acesso a esses serviços. Entre as principais dificuldades apresentadas, podemos citar: a falta de profissionais da área médica e número reduzido de vagas para esses profissionais (na atenção básica), dificuldades de marcação de exames e consultas especializadas (correspondentes à atenção especializada) e também insatisfação com o atendimento recebido nas Unidades Básicas de Saúde. Esses problemas suscitaram a necessidade de realizar um estudo que objetivasse reconhecer a demanda pelo serviço de emergência do HU/UFSC. O estudo realizado, no decorrer do estágio curricular obrigatório II, apresentava como objetivo geral identificar as condições de acessibilidade aos serviços básicos de saúde pelos usuários (municípios de Florianópolis) desta unidade de emergência, que aguardavam atendimento médico por ordem de chegada, após passarem por uma triagem¹. Essa experiência de estágio despertou meu interesse pelo tema, e, como consequência, este trabalho de conclusão de curso é um aprofundamento/discussão sobre a questão do acesso à saúde.

Para atender ao objetivo a que nos propusemos, esta monografia foi dividida em três seções.

A primeira seção, intitulada “A saúde como direito universal”, discute a política de saúde, considerando as políticas sociais como um direito social (básico e

1 Essa triagem tem como finalidade identificar os usuários que necessitam de atendimento médico de urgência (que deve ser realizado em poucas horas) e emergência (que deve ser imediato), encaminhando-os para atendimento imediato, enquanto que os usuários que não se enquadram nessas situações aguardam atendimento médico por ordem de chegada.

universal), essencial para a autonomia e a liberdade humana. É apresentado um histórico da conformação do setor saúde no Brasil, incluindo as tradicionais e históricas dicotomias entre o universal e o particular, o público e o privado, o preventivo e o curativo, o urbano e o rural, a assistência médica previdenciária e não previdenciária, o discurso e a prática das políticas de saúde, corroborando as ideias de Amélia Cohn. Apresentamos ainda alguns aspectos legais que visam a estruturar as doutrinas constitucionais do SUS, enfatizando a organização desse Serviço mediante a regionalização e hierarquização dos serviços, em níveis crescentes de complexidade. Por fim, apontamos alguns aspectos do Plano Nacional de Saúde (2004), que visa a promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, e do Pacto pela Saúde (2006), que, nas suas três dimensões, redefine as responsabilidades coletivas (nas três esferas de gestão do SUS) por resultados sanitários em função das necessidades da população e na busca da equidade social.

Na segunda seção, intitulada “A organização do SUS e o acesso dos usuários aos serviços de saúde”, destacamos que o acesso à saúde é um fator determinante e condicionante das condições de saúde da população. Segundo o Ministério da Saúde, os serviços de saúde devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, em que as unidades básicas representam a “porta de entrada” para todas as demais unidades e serviços da rede. Considerando o modelo tecnoassistencial em saúde, realizamos uma discussão teórica embasada em autores como Cecílio; Giovanella, Escorel e Mendonça; e Castro. Finalizamos essa seção corroborando a ideia de Cecílio e Castro, ao afirmar que, para redefinir a organização da rede de assistência, é necessário discutir o papel do hospital no sistema de saúde como um todo.

A terceira seção, intitulada “O serviço de emergência no contexto do SUS: um estudo no hospital universitário HU/ UFSC”, centra-se na discussão sobre os serviços de emergência e urgência que acabam funcionando como a principal porta de entrada no SUS. A partir daí, enfatiza a experiência desta acadêmica, enquanto estagiária na unidade de emergência do HU/UFSC. Começamos pela breve caracterização do serviço de emergência no contexto do HU e do serviço social nesta unidade de emergência, com base no relatório final de estágio². Em seguida, é

2 Esse relatório tem por objetivo atender à proposta da disciplina Supervisão Pedagógica de Estágio Curricular Obrigatório II, código DSS 5127, da 8.^a fase do curso de Serviço Social. Apresenta

apresentado o resultado do projeto de intervenção, que visava reconhecer a demanda do serviço de emergência do HU, analisando-os a partir da discussão realizada nas seções anteriores.

Por fim, são apresentadas as considerações finais deste trabalho de conclusão de curso.

2 A SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL

A saúde é tratada como um direito universal, um direito de cidadania social, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, sendo garantida por meio de políticas públicas, formando, juntamente com a assistência social e a previdência social, o Sistema Nacional de Seguridade Social.

Considera-se que a cidadania é

mais que um conjunto de direitos e responsabilidades envolvendo um sentido de identidade política e de pertencimento a uma comunidade política, uma cidadania ativa no sentido forte do termo, que expressa o direito a ter direitos de forma igualitária, na definição e invenção de uma nova sociedade. [...] Vem se constituindo, assim, um novo olhar sobre os direitos, mormente os sociais, deslocando-os de uma perspectiva formalista, a-histórica, para assentá-los em vetores mais concretos e palpáveis, nas condições reais de existência e particularizados em cada formação social. [...] Enquanto princípio regulador, os direitos se submetem às alterações estruturais e conjunturais, perpassado pelas contradições e movimentos da sociedade civil e do mercado, que determinam, por sua vez, mudanças nas relações entre esta e o Estado. (NOGUEIRA, 2002, p. 72-75).

Conceitua-se “direito social como um direito básico e universal a um mínimo de bens básicos, essenciais para a autonomia humana ou liberdade” Plant (apud NOGUEIRA, 2002, p. 85). Sua garantia deve ser um dever e uma função da sociedade e sua distribuição, de acordo com as necessidades. Dessa forma os direitos sociais viabilizam a construção da categoria de cidadania democrática e de igualdade democrática. A cidadania democrática compreenderia um critério justo de distribuição de bens e serviços promovendo uma igualdade democrática. Uma questão, no entanto, envolve a discussão dos direitos sociais: é como (ou quanto) redistribuir os bens e serviços de uma sociedade. Não podemos deixar de lembrar que na origem desses direitos está a relação de poder entre o Estado e as camadas sociais. A efetivação desses direitos exige um aparato estatal que dê conta dos serviços públicos garantidos como direitos, difíceis de serem concretizados, pois não se limitam aos princípios ético-morais normativos, mas exigem investimentos financeiros.

Pensar a saúde como direito faz-nos considerar que todo direito social é materializado mediante políticas sociais. Segundo Pastorini (1997), existem duas

perspectivas sobre as políticas sociais: a tradicional e a marxista. Na perspectiva tradicional, alguns autores defendem que essas políticas são um conjunto de ações por parte do Estado que visam a diminuir as desigualdades sociais; são mecanismos de redistribuição da renda social. Nessa perspectiva, as políticas sociais são entendidas como “concessões” por parte do Estado com a finalidade de melhorar o bem-estar da população, principalmente daqueles prejudicados pelo mercado. A intervenção do Estado, por intermédio dessas políticas,

não implica que se intervenha na economia de forma significativa (revertendo as desigualdades), salvo para reforçar a lógica capitalista (contribuindo para valorização do capital) por meio de poucos benefícios outorgados àqueles prejudicados pelo mercado.[...] Esses autores esquecem que as políticas sociais são um produto concreto do desenvolvimento capitalista, de suas contradições, da acumulação crescente do capital e, portanto, um produto histórico, e não fruto de um desenvolvimento “natural” (PASTORINI, 1997, p. 85).

Na perspectiva marxista, as políticas sociais são “como espaço e consequência das lutas sociais (e de classes) e como uma unidade político-econômico-social” (PASTORINI, 1997, p. 81). Nessa perspectiva, essas políticas não devem ser pensadas como concessões por parte do Estado. Elas devem ser compreendidas como fruto das relações conflituosas existentes entre as classes hegemônicas (capital), o Estado (intermediador e dominado pelo capital) e a classe trabalhadora e subalterna (os beneficiários dessas políticas). Os autores que defendem essa posição entendem que as políticas sociais constituem um instrumento redistributivo e cumprem funções políticas (como mecanismo de legitimação da ordem) e econômicas (barateamento da força de trabalho por meio da socialização dos custos de sua produção) (PASTORINI, 1997).

As políticas sociais são entendidas como mecanismos de articulação, tanto de processos políticos quanto econômicos, e tem como alvo as sequelas da “questão social”. Essas políticas “participam da reprodução da estrutura política, econômica e social [...] e contribuem para obter a aceitação e legitimação necessárias para a manutenção da ordem social” (PASTORINI, 1997, p. 90). O Estado, ao atender algumas demandas da classe trabalhadora, por meio de políticas sociais, acaba transformando a luta de classes num pacto entre classes opostas. Para Pastorini (1997, p. 97),

não se trata de uma relação unilinear onde as classes subalternas “conquistam” e o Estado “concede”, mas sim de um processo conflitivo atravessado pelas lutas de classes, onde os diferentes grupos nele inseridos têm ganhos e perdas, ao mesmo tempo que lutam e pressionam, “conquistam” e “concedem” alguma coisa aos demais sujeitos envolvidos.

Percebemos que Nogueira (2002, p. 31-32) corrobora a ideia da perspectiva marxista, ao afirmar que:

O Estado liberal democrático, de meados do século XX, para manter sua legitimidade e hegemonia, face aos processos sociais e econômicos, viu-se obrigado a intervir cada vez mais nos processos de produção e reprodução da vida social, incorporando as demandas e necessidades dos sujeitos políticos. Transforma-se, assim, em um Estado de Bem Estar³, compatibilizando duas ordens de exigências, aparentemente contraditórias, que são as de garantir os direitos sociais aos seus integrantes e, ao mesmo tempo, a sobrevivência da expansão capitalista.

Segundo Nogueira (2002), Esping-Andersen realizou uma análise sobre os padrões de proteção social de dezoito países capitalistas desenvolvidos e os classificou em três modalidades ou regimes de *Welfare State*: o liberal, o conservador e o social-democrata, correspondentes às tendências dos sistemas políticos dominantes.

- α) no regime liberal ou residual, a intervenção estatal ocorre em casos onde os riscos sociais não têm possibilidade de serem resolvidos pelas redes sociais. A atuação estatal é limitada, temporária e pontual, mediante mecanismos seletivos/restritivos de inclusão aos programas de proteção social. E esses riscos sociais são atribuídos à incompetência das pessoas de conseguirem satisfazer as suas necessidades básicas, responsabilizando-as e culpando-as pela sua situação e não pelas formas de apropriação de renda e riqueza;
- β) no regime conservador ou meritocrático, a proteção deve ser responsabilidade de cada um por seu mérito, capacidade produtiva e sua

3 O Estado de Bem Estar, conhecido como *Welfare State* nos países de língua inglesa, foi uma expressão que surgiu na década de 1940 e teve seus princípios norteados pelo Plano Beveridge, elaborado por William Beveridge em 1942, que sinalizou a independência entre necessidades e mercado, interferindo na forma de organização da política de segurança social, em vários países. E como características o Plano Beveridge aponta a política de segurança social como um sistema: a) generalizado: que abrange o conjunto da população, seja qual for o seu estatuto de emprego ou o seu rendimento; b) unificado e simples: uma quotização única abrange o conjunto dos riscos que podem causar privações do rendimento; c) uniforme: as prestações são uniforme, seja qual for o rendimento dos interessados; d) centralizado: preconiza uma reforma administrativa e a criação de um serviço público único, Rosanvallon (apud NOGUEIRA, 2002, p. 33).

performance individual. A intervenção estatal é parcial, no sentido de organizar e não de financiar ou subsidiar as ações de proteção social. Para ter acesso ao sistema de proteção social, o indivíduo tem que estar contribuindo para a riqueza nacional, ou seja, tem que estar inserido no mercado formal de trabalho;

- χ) no regime social-democrata, as políticas públicas são inclusivas e o bem-estar serve de estrutura para essas sociedades. As políticas sociais têm cunho universalizante e abrangente (saúde, educação, habitação, trabalho, previdência, etc), e os benefícios e serviços são compreendidos e garantidos como direitos sociais. Os sociais-democratas buscaram um *welfare state* que promovesse a igualdade, mas uma igualdade com os melhores padrões de qualidade e não uma igualdade das necessidades mínimas, como se tentou realizar em toda parte. Nesse regime defende-se tanto o mercado quanto a família, e nota-se a preocupação efetiva e intensa com o pleno emprego.

Este sistema alterna, em termos de benefícios universais, mecanismos de integração e substituição de renda, oferta de equipamentos públicos para prestação de serviços essenciais e contempla, ainda, a redistribuição de renda e recursos.[...] Todos participam de seu benefício [...] e sentem-se coagidos positivamente a assumir sua manutenção via pagamento de impostos. Os supostos de seu êxito são o de eliminar a insegurança absoluta e o reconhecimento de que o mercado é insuficiente para realização de tal tarefa, devendo ser a mesma uma atribuição estatal (NOGUEIRA, 2002, p. 52).

O direito à saúde está relacionado aos mecanismos de mediação do Estado, como forma de intervir nos conflitos gerados por interesses antagônicos - demandas da classe trabalhadora e do sistema capitalista. Para Nogueira (2002, p. 92), “as exigências da ordem econômica e política vão conformando o direito à saúde, alterando seu conteúdo, seu alcance e os mecanismos acionados para sua garantia”. Isso fica explícito ao analisarmos a conformação do setor saúde, no Brasil, onde as políticas de saúde sempre estiveram subordinadas às necessidades da produção, e foram reguladas ora pelo poder governamental ora pela classe dominante (empresariado agroindustrial, industrial e financeiro). A evolução dessas políticas estiveram tensionadas entre o modelo de saúde pública e o modelo de seguro saúde, como veremos a seguir.

2.1 HISTÓRICO DA CONFORMAÇÃO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

Até a década de 1920, os indivíduos que precisassem de assistência médica eram obrigados a comprar serviços dos profissionais liberais, e aos despossuídos havia duas alternativas, a medicina popular e o auxílio das Santas Casas de Misericórdia (destinadas ao tratamento e amparo dos indigentes e pobres).

No início do século XX, o Brasil era acometido por endemias e epidemias, causadas por doenças infectocontagiosas, que exigiam do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e a erradicação e controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação. Nesse período, a economia brasileira era dominada pelo modelo agroexportador (baseado na exportação da cana-de-açúcar e do café), e a atuação do Estado em relação à saúde era voltada necessariamente para a defesa desse modelo econômico. Desde o final do século XIX até metade da década de 1960, o modelo hegemônico de saúde praticado era o sanitarismo campanhista (significa uma visão de inspiração militar, de combate à doença de massa, com concentração de decisões e com estilo repressivo) que visava, além do controle de endemias e epidemias, à fiscalização dos alimentos e o controle dos portos e fronteiras (WESTPHAL, 2001).

A conformação do setor saúde no Brasil está intrinsecamente associada à Previdência Social, e, como consequência disto, temos as tradicionais e históricas dicotomias existentes até hoje nesse setor. Em 1923, surge a Previdência Social, pela Lei Eloy Chaves, simultaneamente com a primeira Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP), instituição pública que representava os ferroviários. Ainda naquele ano as ações de saúde pública foram vinculadas ao Ministério da Justiça, em reforma promovida por Carlos Chagas. As CAP's eram organizadas pelas empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores. Tinham como atribuição central, permanente e obrigatória, a assistência médica. A criação dessas caixas representa a primeira dicotomia no setor saúde: enfoque preventivo versus enfoque curativo. A saúde pública responde pelas medidas de caráter coletivo (preventivo), como as campanhas sanitárias, enquanto as CAP's, mediante o seguro-saúde, respondem pela atenção médica individual (curativo), contratada pelo setor privado para atender aos trabalhadores. Em decorrência, temos a divisão de

responsabilidades, que representa a segunda dicotomia do setor. O setor público responde pelas ações de caráter preventivo e ao setor privado cabem as ações de caráter curativo, ficando separados, assim, os serviços públicos dos serviços privados (COHN et al., 2002).

Em 1930, a saúde pública foi anexada ao Ministério da Educação, por meio do Departamento Nacional de Saúde Pública; surgiram nesse período inúmeros sanatórios, Departamentos Estaduais de Saúde, precursores das Secretarias Estaduais de Saúde, sendo posteriormente implantada uma rede de centros e postos de saúde responsáveis pelo controle de endemias e epidemias. No decorrer do período autoritário, especialmente no período de 1930 a 1945, com a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), estruturados por categorias profissionais, a preocupação da Previdência Social era de caráter contencionista, visando à acumulação, rebaixando a função da assistência médica para provisória e secundária. O financiamento das IAP's passa a ser tripartite. Nesse momento o Estado passa a contribuir junto aos empresários e trabalhadores (MENDES, 1993). No período compreendido entre 1945 e 1964, o modelo seguro-saúde expandiu-se, ao que Wanderley Guilherme dos Santos denominou de cidadania regulada (o ingresso no mercado formal de trabalho regulava o acesso aos benefícios).

Com o processo acelerado de industrialização, a partir da década de 1950, houve o deslocamento do polo dinâmico da economia da área rural para os centros urbanos, o que gerou o aumento no número de operários que deveriam ser atendidos pelo sistema de saúde vigente. Já não bastava apenas sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas era necessário manter e restaurar a capacidade produtiva do trabalhador. Em consequência o sanitarismo campanhista não respondia às necessidades da economia industrializada e deveria ser substituído por outro sistema de saúde (MENDES, 1993).

No segundo governo de Getúlio Vargas e no governo Juscelino Kubitschek (JK), os IAP's tiveram considerável ampliação em sua estrutura. Foi construída a grande maioria dos hospitais públicos, concomitantemente, adota-se o modelo de saúde americano, incorporando-se tecnologia, indiscriminadamente, numa visão de saúde hospitalocêntrica e, naturalmente, de alto custo, favorecendo o fortalecimento da indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares (WESTPHAL, 2001).

Em 1960, foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência, que garantiu a

uniformização dos benefícios, porém as condições concretas para a implantação do novo modelo surgem com a instauração da Ditadura Militar, em 1964. Nesse período incrementou-se o papel regulador do Estado e a expulsão dos trabalhadores do controle da Previdência Social. Os IAP's foram concentrados no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1966, uniformizando os benefícios que eram bastante diferenciados, dependendo da categoria profissional.

Segundo Westphal (2001, p. 24), a criação do INPS permitiu:

- a) extensão da cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural;
- b) privilegiamento da prática médica curativa individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública;
- c) criação de um complexo médico-industrial;
- d) organização do sistema de saúde orientado pela lucratividade e realização de privilégios para o produtor privado de serviços de saúde.

Ao mesmo tempo em que se amplia a cobertura, revela-se o caráter discriminatório da política de saúde, como as desigualdades quanto ao acesso, à qualidade e à quantidade de serviços destinados às populações urbanas e rurais.

A partir da segunda metade da década de 1970, o INPS passa a assumir crescentemente a assistência médica individual. Estabelece-se, a partir de então, uma divisão social do trabalho, cabendo ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974, o atendimento da população inserida formalmente no mercado de trabalho, e ao Ministério da Saúde (MS), o atendimento das populações de baixa renda, excluídas do mercado formal de trabalho. Esse fato representa a terceira dicotomia, ao consolidar “a assistência médica como direito contratual, compulsório e contributivo, contraposta à assistência médica – pública e filantrópica – para a população carente” (COHN et al., 2002, p. 17). A quarta dicotomia do setor saúde refere-se à consequência da divisão social do trabalho, do MPAS e do MS, representando ainda a diferenciação entre os setores urbanos e rurais com relação ao acesso e disponibilidade de equipamentos médicos, acentuando um marco divisório entre carentes e assalariados (COHN et al., 2002).

Ainda segundo Cohn et al. (2002, p. 20-21),

a inexistência de uma política integrada de saúde, compondo o modelo altamente excludente do desenvolvimento econômico das últimas décadas

em nosso país, acaba por gerar no setor uma prática acentuadamente diferenciada para os distintos segmentos da sociedade. À lógica da “pobreza de recursos cuidando da carência” [...] associa-se o atendimento diferenciado da população previdenciária [...] vai-se consolidando a concepção do direito à saúde como possibilidade de acesso a uma precária assistência médica de eficiência duvidosa.

Ainda em 1974, com a implantação do Plano de Pronta Ação (PPA), o atendimento de urgências e emergências foi estendido aos não previdenciários. Foi criado ainda o Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social (FAS), que financiava a expansão do parque hospitalar privado (alta complexidade e tecnologia), com recursos da Previdência e de forma subsidiada. Surgiram também as modalidades supletivas de prestação de serviços, como o convênio-empresa (a empresa assume a assistência médica em troca de subsídios da Previdência) e a Medicina de Grupo.

Em 1975, com base no II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) e com a aprovação da Lei 6.229/1975, criando o Sistema Nacional de Saúde, a Previdência Social passa a atuar como mediador das ações, na área da saúde, da iniciativa privada e do setor estatal, por meio da divisão de competência para as ações de saúde pública sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) - ações não rentáveis, para atendimento das populações de baixa renda ou excluídos do mercado formal de trabalho; e as de atenção médica, sob responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), - ações rentáveis, com atendimento médico individual para a população inserida no mercado formal de trabalho. Já em 1977, foi criada a base jurídica do sistema de saúde, o Sistema Nacional de Previdência Social (Sinpas), que, ligado à Lei do Sistema Nacional de Saúde, buscou reorganizar, racionalizar e centralizar administrativamente a previdência. A lógica desse sistema era baseada no Estado (financiador da saúde), no setor privado nacional (prestador dos serviços de atenção médica) e no setor privado internacional (produtor de equipamentos biomédicos e medicamentos).

Para Nogueira (2002, p. 147), nesse período configurou-se um “modelo de Estado de Bem Estar corporativo e meritocrático, comportando um grau acentuado de exclusão social”. Somente os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho têm direito à assistência médica individual. Segundo a autora, esse modelo de atenção à saúde entra em crise no final da década de 1970 e exige do governo federal

alterações para manter o apoio político ao regime que apresentava fissuras e alto grau de impopularidade. [...] As manifestações de desagrado perduraram, furaram o cerco da censura e assumiram múltiplas formas de expressão, encenadas por atores políticos diferenciados. Esse cenário foi propício à articulação de atores sociais, que se preocupavam com a situação caótica e iníqua do sistema saúde, organizados em torno do que se chamou Reforma Sanitária. (NOGUEIRA, 2002, p. 147).

A década de 1980 é marcada por intensas lutas no processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), impulsionadas pelo Movimento de Reforma Sanitária, que surgiu a partir de uma corrente internacional que prioriza a atenção e os cuidados primários de saúde, presentes, particularmente durante a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, em 1978, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Como proposta internacional surgiu a priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde. Essa Conferência enfatizou

as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; destacou a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde. Trata-se de uma estratégia que se baseia nos seguintes pontos: 1) as ações de saúde devem ser práticas, exequíveis e socialmente aceitáveis; 2) devem estar ao alcance de todos [...] em locais acessíveis à comunidade; 3) a comunidade deve participar ativamente na implantação e na atuação do sistema de saúde; 4) o custo do serviço deve ser compatível com a situação econômica da região e do país. Estruturados dessa forma, os serviços que prestam os cuidados primários de saúde representam a porta de entrada para o sistema de saúde, do qual são verdadeiramente a base. O sistema nacional de saúde, por sua vez, deve estar inteiramente ligado no processo de desenvolvimento social e econômico do país, processo este do qual saúde é causa e consequência. (SCLiar, 2007, p. 38-39).

No Brasil, essa proposta coincidiu com a necessidade de expandir a atenção médica de baixo custo para as populações excluídas. O projeto de Reforma Sanitária assentava-se na crítica ao modelo vigente (a partir de denúncias de fraudes, corrupções, ineficácia e iniquidade do sistema de saúde). Fizeram parte desse projeto diversos atores políticos (estudiosos da área, partidos políticos de esquerda, os movimentos sociais e os setores mais progressistas do Ministério da Saúde), que tinham como principais ideais a democratização do acesso, a universalização das ações de saúde e a descentralização dos serviços visando a ampliar a participação e o controle social por parte da sociedade civil e baseava-se

na premissa de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. As propostas desse projeto foram aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, e a luta por um novo modelo de atenção à saúde deslocou-se do campo social para o interior dos organismos de saúde. Essa Conferência apresentou como resultado central o estabelecimento de um consenso político que permitiu a formatação do projeto de Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais: o conceito ampliado de saúde, a saúde entendida como um direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde. A partir desse momento foi definido um conceito ampliado de saúde que não envolve apenas a recuperação da doença, significa, conforme definida nessa Conferência:

A resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, esporte, 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 grandes desigualdades nos níveis de vida. (ESCOREL, 1989, p. 182).

Após a VIII CNS, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que apresentou como resultado de sua ação a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, com o objetivo de contribuir na consolidação da Reforma (NOGUEIRA, 2002). Nas décadas de 1970 e 1980, a luta dos diversos movimentos sociais ocorreu no sentido de ampliar a esfera pública (mediante o aumento do usufruto de serviços sociais fora do mercado). Ressalta-se que até a Constituição Federal de 1988, era impensável para a classe hegemônica “atribuir quaisquer direitos que não estivessem solidamente fincados na ordem meritocrática, tendo o trabalho como referência e valor central” (NOGUEIRA, 2002, p. 152), identificando-se um tipo de Estado de Bem-Estar de corte essencialmente meritocrático. Ainda segundo essa autora,

uma nova idéia de cidadania, ou cidadania estratégica, em que os direitos são qualificados como meios para obter igualdade [...] tanto no plano econômico como político, somente passou a integrar a pauta política dos sujeitos sociais, a partir de meados do governo militar. [...] Os temas ou tópicos que permitiram e viabilizaram essa construção foram os relativos à desigualdade e perversidade na distribuição dos bens e serviços de saúde; a excessiva centralização política e organizacional que impedia todo e qualquer controle social sobre o aparelho estatal; as iniquidades do autofinanciamento e à regressividade tributária do país; à autonomia do poder decisório concentrada nas esferas burocráticas centrais, favorecendo determinados grupos no momento das definições políticas e estratégicas. Percebia-se, também, como um dos temas, a crítica à ingerência externa

das agências multilaterais, nomeadamente a do Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial. (NOGUEIRA, 2002, p. 152-153).

Os ganhos obtidos na área da saúde foram um marco para o fortalecimento dos direitos sociais e refletiram na Constituição Federal de 1988, que apresenta a proposta de Seguridade Social formada pelo tripé: Assistência Social, Saúde e Previdência Social. A aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) n.ºs 8.080/1990 e 8.142/1990, que instituíram e regulamentaram o Sistema Único de Saúde, refletiram as negociações intensas entre as posições antagônicas dos diferentes grupos de interesses vinculados ao setor. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, apresenta a saúde como:

um 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. (CRESS, 2001, p. 49).

Elias (2001, p. 60), argumenta que

a onda econômica neoliberal, originada em meados da década de 70 nos países centrais, [...], dissemina-se pelo mundo capitalista alcançando os países periféricos, entre os quais o Brasil, e causa impactos na área da saúde.

Apesar de manifestar-se de forma diferente nos diferentes países, um de seus objetivos principais têm sido o de reduzir os gastos do Estado com políticas sociais, entre elas a saúde. O Banco Mundial (BM), no seu tradicional Informe sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993, dedicou-se ao Tema “Investir em saúde”, apresentando um panorama geral sobre a situação de saúde do mundo, agrupando os países segundo renda *per capita* e regiões hemisféricas. Nesse relatório o BM recomendou:

aos países em desenvolvimento a adoção de um sistema de saúde em que seja responsabilidade do Estado a universalização da assistência básica à saúde, produzindo seus próprios serviços ou fazendo parcerias com Organizações Não-Governamentais (ONG's). A assistência especializada e com grande incorporação tecnológica seria prestada pelo setor privado, financiada preferencialmente por Seguro Saúde do tipo pré-pagamento de serviços. A operacionalização deste tipo de serviço demandará a formulação

e a implementação de uma política de saúde voltada para o desenvolvimento governamental na atenção básica. [...] A um Estado provedor da assistência básica universalizada e incentivador do setor privado na assistência especializada corresponde uma política de saúde que garanta serviços básicos para toda a população e serviços especializados na dependência de formas de financiamento individuais ou coletivas. Esta política termina por delimitar as formas de organização dos serviços de saúde (ELIAS, 2001, p. 64).

Ainda segundo o autor, no Brasil, o papel do Estado tem sido o de “orientador dos consumidores, direcionador do financiamento e conciliador dos interesses organizados em torno da saúde, sobretudo daqueles articulados com os produtores privados, seja de serviços, insumos ou equipamentos” (ELIAS, 2001, p. 64).

Cohn (2002) defende a ideia de que podemos construir um novo modelo de atenção à saúde visando a uma qualidade de atendimento que acompanhe o conceito ampliado de saúde. Argumenta, ainda, que “o atual texto constitucional significa um indiscutível avanço no que diz respeito a uma concepção mais abrangente de seguridade social por contraposição àquela até então prevalecente” (COHN et al., 2002, p. 13). Enquanto a antiga concepção entendida como seguro social se restringia a formas bem específicas de prestações de benefícios e serviços, o texto atual abrange um conjunto integrado de ações visando a assegurar o direito à saúde, à assistência social e à previdência social (tripé da Seguridade Social). Mas, apesar dos avanços na área, precisamos

superar tradicionais e históricas dicotomias, no setor saúde, entre o universal e o particular, o público e o privado, o preventivo e o curativo, o rural e o urbano, o carente e o não-carente, a assistência médica previdenciária e a não-previdenciária, e entre o discurso e a prática das políticas de saúde. (COHN et al., 2002, p. 14).

A partir da Constituição Federal de 1988, houve um reordenamento do setor saúde, apresentando uma proposta de direito à saúde como um atendimento universal, integral e igualitário, independente de contribuição ou quaisquer requisitos prévios (como ocorria com o seguro social, vigente até então), e independente, também, do mercado como definidor de critérios para atenção à saúde. Essa proposta expressa, segundo Nogueira (2002, p. 154),

Uma perspectiva inovadora em relação aos direitos sociais e significa uma inserção política de atores sociais até o momento excluídos na conformação

das agendas públicas. Reafirma, ainda, o trânsito para um Estado Institucional-Redistributivo, na medida em que rompe com a sujeição histórica dos direitos sociais ao trabalho formal, e sinalizam para a atenção às necessidades integrais de saúde de todo cidadão.

O reconhecimento do direito à saúde como um direito social, sendo garantido como um dever do Estado e não como uma mercadoria, supera a visão de que as políticas sociais visam a reduzir as injustiças sociais. Cabe lembrar que o direito à saúde se materializa por meio de políticas públicas. Uma vez que a política de saúde é uma política setorial, podemos entender sua constituição mediante a expansão e ampliação das funções do Estado, em cada esfera de governo, por meio de legislações específicas, como veremos a seguir.

2.2 ALGUNS ASPECTOS LEGAIS DO SUS

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) é formada por duas leis: a Lei n.º 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; e a Lei n.º 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Essas Leis têm caráter de diretrizes gerais nacionais, que buscam dar corpo à doutrina constitucional do SUS.

Segundo a LOS n.º 8080/1990, as ações e serviços de saúde serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis crescentes de complexidade. Essa LOS define as atribuições comuns e competências específicas para cada esfera de governo. De acordo com essa Lei, os princípios que regem o funcionamento do SUS se referem à:

- *universalidade*: de acesso aos serviços de saúde, devendo atender a todos, sem distinção, de acordo com suas necessidades, gratuitamente;
- *integralidade*: de assistência, porque a saúde da pessoa não pode ser dividida, ela deve ser atendida na sua totalidade. Isso requer um “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do

sistema (BRASIL, 1990);

- *equidade*: ao oferecer recursos de acordo com as necessidades individuais, ou seja, para proporcionar uma maior redistribuição de serviços da saúde, deve-se ofertar um tratamento desigual para situações desiguais, buscando corrigir desequilíbrios sociais e regionais;
- *descentralização*: a gestão do SUS passa a ser responsabilidade das três esferas do governo (União, Estados e Municípios, com gestor único em cada uma dessas esferas), por meio da distribuição dos serviços conforme sua proximidade com o cidadão, redefinindo atribuições, principalmente reforçando o poder municipal de saúde, o que se denomina municipalização da saúde. A União só deve executar ações que as outras esferas não conseguem atender;
- *regionalização e a hierarquização*: refere-se à distribuição dos serviços para atender à necessidade dos cidadãos por regiões e diferentes níveis de complexidade. Nem todos os municípios conseguem atender a todas as suas demandas, por isso podem se organizar regionalmente e segundo uma hierarquia funcional formando consórcios, cabendo às Unidades Básicas de Saúde (UBS), em âmbito local, atender às demandas menos complexas, e conforme for aumentando o nível de complexidade do serviço, deve-se encaminhar para serviços especializados (Atenção Secundária e Terciária em saúde);
- *participação da comunidade*, abrangendo todos os segmentos da população local envolvidos com o sistema de saúde, por meio de conselhos e conferências de saúde paritários e deliberativos, quanto à política local, promovendo o controle social. Esse princípio do SUS está melhor disposto na LOS n.º 8.142/1990;
- capacidade de *resolução dos serviços* em todos os níveis de assistência; essa capacidade de resolubilidade inclui a eficácia e a eficiência na prestação dos serviços de saúde de qualidade para solucionar as demandas locais, incluindo técnicas mais adequadas, realidade local e disponibilidade de recursos; o cidadão só será encaminhado do serviço de atenção básica para um serviço de maior complexidade se houver necessidade de avaliação e exames complementares, para definição de seu diagnóstico;
- *organização dos serviços públicos* de modo a evitar a duplicidade de meios

para fins idênticos, por meio da racionalização dos serviços de acordo com as necessidades regionais da população. Para isso é necessário a delimitação da população, com o objetivo de planejar as ações e serviços por região, de forma hierarquizada, estabelecendo uma rede de serviços com vários níveis de complexidade tecnológica, à qual o acesso da população deve ser pelo serviço menos complexo (atenção básica), que encaminhará para os demais níveis quando necessário (referência) e receberá o usuário de volta para seguimento no tratamento (contra-referência).

Em consequência da Constituição e das LOS, construíram-se progressivamente as regras estratégicas e táticas operativas de organização do SUS em âmbito nacional, conhecidas como Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB/SUS) e Normas Operacionais da Assistência à Saúde do SUS (NOAS/SUS). As NOB/SUS foram instituídas por meio de portarias ministeriais e são instrumentos que orientam o processo de implantação do SUS. O conteúdo de cada Norma Operacional foi definido de forma pactuada entre o Ministério da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), e tem como principais objetivos: induzir e estimular mudanças; aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais; regular as relações entre gestores; normatizar o SUS.

Segundo Castro (2002), a NOB/SUS 01/1991 operacionalizou as Leis n.ºs 8080/1990 e 8142/1990, instituindo convênio entre União, Estados e Municípios, e instaurando um mecanismo de repasse de recursos financeiros aos municípios habilitados. Na NOB/SUS, os requisitos básicos para um município ser considerado habilitado dentro do SUS são: a) criação dos Conselhos Municipais de Saúde; b) criação do Fundo Municipal de Saúde; c) Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos; d) Programação e Orçamentação da Saúde (PROS) como detalhamento do plano de Saúde; e) contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento; f) Constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) com prazo de dois anos para a sua implantação.

No artigo 198, da C.F. de 1988, está definido que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização,

atendimento integral e participação da comunidade.” E a Lei n.º 8.080/1990, em seu artigo 7.º, reafirma essas diretrizes e define competências frente à criação de redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde, nas quais a direção municipal do SUS deve participar do planejamento, programação e organização, em articulação com sua direção estadual. A NOB SUS n.º 01/1993⁴ aponta a regionalização como um dos pressupostos que fundamentam a construção do SUS,

entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

Essa NOB/SUS desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipientes, parcial e semiplena). Apresenta entre os principais pontos:

- a criação da transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena;
- a habilitação dos municípios como gestores;
- a definição do papel dos Estados ainda que de forma frágil, assumindo o papel de gestor do sistema estadual de saúde;
- a constituição das Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual, composta por representantes da Secretaria Estadual de Saúde - SES e do CONASEMS) e Tripartite (nacional, composta por representantes do MS, CONASS e do CONASEMS) como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores.

A NOB/SUS 01/1996, estabelece:

instrumentos de planejamento para a conformação de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços e para a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI), que deve ocorrer de modo ascendente e com base municipal. Reforça a cooperação técnica e financeira do estado com os municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização e a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.(BRASIL,

4 Essa NOB/SUS foi instituída com base no documento elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde, intitulado “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”.

2006c, p. 12).

Entre suas principais características, temos:

- criação do Piso de Atenção Básica (PAB), com repasse fundo a fundo, de forma regular e automática, com base em valor nacional de no mínimo R\$ 10,00 e no máximo R\$ 18,00 por habitante ao ano;
- reorganização da gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial (Fração Ambulatorial Especializada);
- reorganização da gestão dos procedimentos de Alta Complexidade/ Custo (APAC);
- reorganização do modelo de atenção, adotando como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- criação da Parte Variável do PAB, correspondendo a incentivos destinados às seguintes ações e programas: Programa de Agentes Comunitários; Programa da Saúde da Família; Programa de Combate às Carências Nutricionais; Ações Básicas de Vigilância Sanitária; Assistência Farmacêutica Básica; e Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;
- definição das responsabilidades, prerrogativas e requisitos das condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde para os municípios, e Avançada do Sistema Estadual e Plena de Sistema Estadual para os estados;
- definição de uma nova tabela SIA/SUS.

A NOAS/SUS 01/2001 estabelece,

estratégias de planejamento para a constituição de redes regionais de saúde com o objetivo de 'promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde'. Introduz a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões, expressas no Plano Diretor de Regionalização (PDR) (BRASIL, 2006c, p. 12-13).

Essa NOAS/SUS tem como estratégia a regionalização como forma de organizar hierarquicamente os serviços de saúde e aumentar a equidade, definindo um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade (atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar). Cabe às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual, devendo ser aprovado pela Comissão

Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde. O PDR deve ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cuidados, o mais próximo possível da residência do usuário, a um conjunto de ações e serviços⁵.

A partir dessa NOAS/SUS, os municípios puderam habilitar-se em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde. Os Estados puderam habilitar-se em duas condições: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena de Sistema Estadual.

A NOAS/SUS 01/2002 estabelece o comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da Gestão dos Estados sobre as referências intermunicipais, no que diz respeito ao repasse financeiro para cobertura dos serviços de média e alta complexidade.

2.3 O PLANO NACIONAL DE SAÚDE E O PACTO PELA SAÚDE 2006

O Plano Nacional de Saúde⁶ (PNS) é um instrumento de referência indispensável à atuação das esferas de direção do SUS e visa a contribuir para a redução das desigualdades em saúde, mediante a pactuação de metas estratégicas para a melhoria das condições de saúde da população e para a resolubilidade do SUS; também para a participação e o controle social das ações e serviços de saúde

5 Ações e serviços vinculados a: assistência pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; cobertura universal do esquema preconizado pelo PNI para todas as faixas etárias; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; tratamento de intercorrências mais comuns na infância; atendimento de afecções agudas de maior incidência; acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência; tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais; tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; controle de doenças bucais mais comuns; e suprimento e dispensação dos medicamentos da farmácia básica.

6 O Plano Nacional de Saúde/ PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil, instituído pela portaria MS n.º 2.607, em 10/12/2004, é operacionalizado através de programas e/ou projetos, que definem as ações e atividades específicas, cronograma e recursos necessários e expressam a direcionalidade das políticas de saúde do SUS nas três esferas de governo. Sua formulação do PNS é orientada pela Portaria n.º 548/2001, que aprova as “Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação da agenda da Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”. Essas orientações definem, entre outros aspectos, que: (1) os planos devem corresponder, em relação ao seu período, ao horizonte de tempo da gestão em cada esfera; (2) os planos são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas, vistos sob uma ótica analítica, devendo ser submetidos, na íntegra, aos respectivos Conselhos de Saúde; e (3) a formulação e o encaminhamento do Plano Nacional de Saúde são competência exclusiva do MS, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde/CNS apreciá-lo e propor as modificações julgadas necessárias. (BRASIL, 2004c, p. 01).

desenvolvidas no País. A construção do PNS foi pensada após a conclusão do Plano Plurianual – PPA 2004-2007, do Ministério da Saúde, que representou uma iniciativa inédita no âmbito federal do SUS. Esse PNS surge no sentido de efetivar os princípios do SUS, em busca da integralidade da atenção e da efetividade e eficiência das ações das três esferas do governo.

O processo de planejamento do PNS é resultado da interação entre a percepção do governo e os interesses da sociedade, que resulta na “implementação de um plano capaz de modificar o quadro atual, de modo a alcançar-se uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e apoio ao desenvolvimento social dessa mesma população” (BRASIL, 2004c, p. 02-03).

A construção desse Plano mobilizou diferentes áreas do setor e segmentos da sociedade, possibilitando a elaboração de um PNS capaz de responder a demandas e necessidades prioritárias de saúde no País. Esse PNS “será objeto de revisão sistemática, na conformidade das necessidades indicadas pelo respectivo processo de monitoramento e avaliação” (BRASIL, 2004c, p. 01). A revisão dos objetivos, prioridades e estratégias, mediante avaliação e monitoramento pela gestão compartilhada entre as três esferas de governo, permite aos quadros técnicos e à sociedade acompanhar a execução das ações (eficácia e efetividade), e indicar rearranjos em torno dos parâmetros traçados inicialmente.

Para elaboração desse PNS foi realizado um amplo processo de discussão objetivando definir conceitos e colher subsídios sobre estrutura e conteúdo; processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação do PNS; definição de atores para realização de consulta e participação na construção do Plano. Nesse amplo processo participaram técnicos e dirigentes do MS, representantes do CNS, CONASS, CONASEMS, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e de outros setores do governo federal, contando também com a colaboração dos representantes de entidades da sociedade civil presentes na 12.^a CNS⁷.

7 Entre os participantes (representantes da sociedade civil) da 12.^a CNS podemos citar: Central Única dos Trabalhadores – CUT; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO; Entidade Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências – União dos Cegos do Brasil (UCB); Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde – FENTAS; Rede Feminista de Saúde; Fórum dos Portadores de Patologias e Deficiências; Confederação Nacional de Associação de Moradores – CONAM; Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC; Confederação Nacional dos Bispos do Brasil; Instituto para o Desenvolvimento do Jornalismo – PROJOR; Coordenação Nacional de Entidades Negras; Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas – COBAP, entre outros.

A operacionalização do PNS depende de ele estar articulado fortemente com a agenda estratégica para a melhoria da saúde no País, e compreende:

- a revisão do modelo atual de financiamento;
- uma política de investimento direcionada para a redução das desigualdades no Brasil;
- a efetivação de um pacto de gestão junto aos gestores das três esferas. Esse pacto requer inicialmente a qualificação dos processos de gestão do SUS, que viabilizem, de fato, decisões tripartites em torno dessa agenda estratégica. Nesse sentido, são fundamentais a definição e a explicitação das responsabilidades sanitárias de cada ente governamental, de cada nível do Sistema e de cada serviço, de modo a se produzirem ações integrais de acordo com as necessidades das respectivas populações e de promoção da equidade social. (BRASIL, 2004c).

A formulação do PNS, alicerçado no PPA 2004-2007, definiu orientações estratégicas, como: a inclusão social e a desconcentração de renda; o crescimento ambientalmente sustentável; a redução da vulnerabilidade externa por meio da expansão das atividades competitivas que viabilizam o crescimento sustentado; e o fortalecimento da cidadania e da democracia. (BRASIL, 2004c).

Essa orientação envolve cinco dimensões (social, econômica, regional, ambiental e democrática), que são contempladas em três megaobjetivos do PPA:

- a) inclusão social e redução das desigualdades sociais;
- b) crescimento com geração de emprego e renda, ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades regionais;
- c) promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia. (BRASIL, 2004c).

Nesse sentido, o PNS apresenta como grande objetivo:

Promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais (BRASIL, 2004c, p. 06).

E como forma de alcançar esse objetivo, foram estabelecidas diretrizes que devem ser asseguradas pelo seu gestor, como o acompanhamento de indicadores e a criação de espaços de diálogo com a sociedade civil, e da combinação destas com

as ferramentas de gestão de cada esfera de governo.

O Plano apresenta objetivos, diretrizes e metas que devem ser atingidos no período de 2004 a 2007, e são apresentados e analisados segundo os seguintes recortes:

- a) linhas de atenção à saúde;
- b) condições de saúde da população;
- c) setor saúde;
- d) gestão em saúde; e,
- e) investimento em saúde.

O PNS considera cinco Linhas de Atenção à Saúde, incluindo: a atenção básica; a atenção ambulatorial especializada; a atenção hospitalar; os serviços de urgência e emergência e o transplante de órgãos e tecidos. Destaca dois aspectos que perpassam essas linhas de atenção: a reorganização da prática assistencial e a qualificação das ações e serviços oferecidos (constituindo eixos estruturantes das ações, visando à superação das desigualdades em saúde). Em relação ao primeiro eixo, ressaltam-se o fortalecimento da atenção básica, a desinstitucionalização das práticas sanitárias e a racionalização da utilização das tecnologias médicas (média e alta complexidade). Em relação ao segundo eixo, enfatiza-se a humanização do atendimento (o acolhimento dos usuários nos serviços de saúde) (BRASIL, 2004c).

A atenção básica no Brasil, historicamente, ocupava um segundo plano, o modelo de saúde vigente era o hospitalocêntrico, que, além de caro, era pouco eficaz na resolução dos problemas sanitários da população. Por isso, a consolidação do SUS exige a ampliação do acesso aos serviços de saúde e também uma reestruturação da prática assistencial focada na organização de serviços básicos de qualidade e eficientes. Nesse sentido, o fortalecimento da atenção básica ocorre mediante o Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família para os grandes centros urbanos, assegurando atenção integral e qualificada, com investimentos nos vários níveis assistenciais (BRASIL, 2004c).

O PNS com relação a essa linha de atenção aponta como objetivo efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral (como a Estratégia de Saúde da Família), e promovendo a articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde. E como diretriz define a expansão e efetivação da atenção básica de saúde.

A expansão do acesso à atenção básica deverá ser baseada em estratégias que privilegiem o atendimento integral das necessidades de saúde, para o que será indispensável o estabelecimento de uma articulação intersetorial, em especial no âmbito municipal.[...] Constituirão também medidas estratégicas para tal a adequação e instalação de unidades básicas de saúde, ao lado da integração da atenção básica com os demais níveis da atenção. O fortalecimento da gestão descentralizada da atenção básica, o monitoramento e a avaliação dessa atenção nos municípios, a capacidade e as condições para a detecção precoce das doenças crônico-degenerativas, o atendimento assistencial básico, a estruturação da rede de serviços constituirão fatores essenciais à efetivação desse nível de atenção (BRASIL, 2004c, p. 29).

Com relação ao Setor Saúde, o PNS contempla os seguintes componentes: SUS; ambiente e saúde; pesquisas em saúde; tecnologia e insumos estratégicos; força de trabalho em saúde; segurança sanitária e saúde suplementar. Apresenta como desafio ao desenvolvimento do SUS a estruturação de um novo modelo de atenção à saúde, alicerçado nos conceitos e funções de saúde pública (priorizando as ações de interesse coletivo), realizando as atividades de promoção e proteção da saúde e garantindo os direitos de cidadania. Esse desafio relaciona-se com a melhoria da qualidade da atenção à saúde, nos seus vários níveis, elevando-se a resolubilidade da rede de unidades básicas e fortalecendo seu papel como porta de entrada do SUS, bem como ampliando o acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Com o objetivo de agregar os pactos anteriormente existentes (incluindo o PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil) – fortalecer os espaços e mecanismos de controle social, qualificar o acesso da população à atenção integral à saúde, mediante a descentralização e organização dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS. Essa pactuação deu origem ao Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Foi publicado pela Portaria/GM n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga esse Pacto pela Saúde, aprova as diretrizes operacionais desse Pacto pela Saúde e mantém as mesmas prerrogativas e responsabilidades estaduais e municipais estabelecidas na NOB SUS n.º 01/1996 e na NOAS SUS n.º 01/2002, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constantes nas diretrizes operacionais desse Pacto. A implantação do Pacto pela Saúde em 2006, nas suas três dimensões, possibilita:

a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006b, p. 7-8).

O Ministério da Saúde publicou a série Pactos pela Saúde, em 2006, composta por sete publicações/volumes que divulgam os seguintes instrumentos de gestão do SUS: Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão; Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão; Regionalização Solidária e Cooperativa – Orientações para sua implementação no SUS; Política Nacional de Atenção Básica; Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde; Diretrizes para a Implantação dos Complexos Reguladores; Política Nacional de Promoção da Saúde.

No primeiro instrumento desse Pacto, as Diretrizes Operacionais apontam que o Pacto pela Vida é o “compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira”. (BRASIL, 2006b, p. 9). São seis as prioridades pactuadas: a Saúde do Idoso; o Controle do câncer do colo do útero e da mama; a Redução da mortalidade infantil e materna; o Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; a. Promoção da Saúde; o Fortalecimento da Atenção Básica. (BRASIL, 2006b).

O Fortalecimento da Atenção Básica tem como alguns de seus objetivos principais:

Assumir a estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais; [...] Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para estes serviços; Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS; [...] Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada; Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais (BRASIL, 2006b, p. 13-14).

O Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS, visando à diminuição de competências concorrentes (definindo a competência de cada esfera) e fortalecendo a gestão compartilhada e solidária do SUS. Esse Pacto parte da constatação indiscutível de que o Brasil é um país continental e apresenta diferenças e iniquidades regionais. Nesse sentido, é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, respeitando as singularidades regionais. Como prioridades, aponta a definição da responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS e o estabelecimento de diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização, Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica⁸ estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A Atenção Básica é caracterizada “por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006a, p. 10), sendo desenvolvida por uma equipe de trabalho, com ações dirigidas a populações de territórios delimitados⁹ e utilizando tecnologias que devem resolver os problemas de saúde mais frequentes e relevantes deste território.

A Atenção Básica organiza-se por meio da estratégia Saúde da Família, de acordo com os preceitos do SUS, e tem como alguns de seus fundamentos:

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado [...];

8 Essa Política foi aprovada pela Portaria n.º 648/GM, de 28 de março de 2006.

9 A Atenção Básica deve assumir a responsabilidade sanitária e considerar a dinâmica existente dentro desse território.

IV - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; [...] (BRASIL, 2006a, p. 11).

A Atenção Básica será operacionalizada, em todo território nacional, mediante as seguintes áreas estratégicas: a eliminação da hanseníase; o controle da tuberculose; o controle da hipertensão arterial; o controle do diabetes mellitus; a eliminação da desnutrição infantil; a saúde da criança, a saúde da mulher; a saúde do idoso; a saúde bucal; a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs.

Apesar de todos os avanços ocorridos no arcabouço legal e constitucional em relação à saúde, o SUS ainda é uma utopia. O grande desafio é fazer com que ele funcione na prática, principalmente com relação à organização da atenção e assistência à saúde e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde.

3 A ORGANIZAÇÃO DO SUS E O ACESSO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), publicado em abril de 2008, apresenta o acesso aos serviços de saúde, como determinante social da situação de saúde da população. Com base em diversos estudos sobre determinantes sociais da saúde (DSS) e as iniquidades em saúde, construíram-se diversos modelos que buscam explicar com maiores detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis de DSS e a gênese das iniquidades. A CNDSS adotou o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), que procura esquematizar a trama de relações entre os vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde. Esse modelo inclui os DSS “dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes” (CNDSS, 2008, p. 13). A figura 1 representa o modelo de Dahlgren e Whitehead.

Na base desse modelo está o indivíduo, com suas características individuais (idade, sexo e fatores genéticos) que exercem influência sobre o seu potencial e suas condições de saúde. Na camada seguinte, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais, que são reflexos das opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas e também de DSS, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. Essa camada representa o limiar entre os fatores individuais e o DSS. Na próxima camada encontra-se a influência das redes comunitárias e de apoio, que representam o nível de coesão social. Essa coesão social é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo, pois é por meio da mobilização e participação social que conquistamos muitos avanços, principalmente na área da saúde. Podemos citar como exemplo o Movimento de Reforma Sanitária.

Na camada posterior, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em

desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços.

E, por fim, na última camada, estão situados os macrodeterminantes que contêm grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização.



Figura 1 – Modelo de determinação social da saúde, proposto por Dahlgren e Whitehead.
Fonte: Ministério da Saúde, 2008.

O modelo de DSS apresentado acima demonstra que o acesso aos serviços de saúde é um fator determinante e condicionante das condições de saúde da população. Esse modelo reforça o que está disposto no artigo 3.º, da Lei n.º 8.080/1990:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o **acesso aos bens e serviços essenciais**; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único: Dizem respeito também à

saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990, grifo nosso).

Nessa Lei também está disposto que as ações e serviços de saúde devem integrar redes regionalizadas e hierarquizadas, e que a assistência à saúde deve ser organizada em níveis crescentes de complexidade. Ou seja, as unidades prestadoras de serviços de saúde serão organizadas de forma que as unidades básicas ou locais de saúde representam a “porta de entrada” para todas as demais unidades e serviços da rede (média e alta complexidade). Segundo o Ministério da Saúde:

Os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescentes dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida. Isto implica a capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas). O acesso da população à rede está preconizado para dar-se através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços organizada de forma hierarquizada permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de sua competência (BRASIL, 1990).

A regionalização da atenção médica tem como objetivo integrar e coordenar os recursos de saúde disponíveis na região, permitindo o acesso da população aos serviços oferecidos, nos diferentes níveis de complexidade. O modelo assistencial de saúde consiste na definição da rede de serviços, da população que fará uso dos serviços, o tipo de ações e recursos tecnológicos, onde estes estarão disponíveis no sistema e os fluxos previstos para o movimento dos usuários dentro do sistema (referência e contra-referência), conforme seus problemas de saúde. A hierarquização é uma forma de organizar os serviços, tornando viáveis os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade.

Para representar o modelo tecnoassistencial em saúde, construído com a implantação do SUS, utilizou-se a figura de uma pirâmide de Cecílio (1997), na qual os serviços de saúde são organizados de forma regionalizada e hierarquizada,

conforme figura 2.



Figura 2 – Modelo tecnoassistencial em saúde.
Fonte: MENDES, Eugênio Vilaça, 1993.

Segundo Cecílio (1997), na ampla base dessa pirâmide, temos a atenção básica (unidades de saúde responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em sua área de cobertura), representando a porta de entrada do usuário aos serviços de saúde, que deverá garantir suficiência tecnológica para atender aos problemas de saúde mais frequentes de seu território.

A missão das unidades de saúde é oferecer atenção integral à saúde das pessoas, constituindo-se uma verdadeira porta de entrada para os demais níveis de complexidade tecnológica. Quando houver insuficiência tecnológica para atender aos problemas de saúde de um usuário, este deverá ser referenciado a um nível de atenção de maior complexidade, como os serviços ambulatoriais (especialidades clínicas e cirúrgicas), o conjunto de serviços do apoio de diagnóstico e terapêutico e alguns serviços de urgência e emergência de hospitais gerais (atenção secundária – média complexidade), representando a parte intermediária da pirâmide. E somente quando não houver resolubilidade nesses dois níveis de atenção, é que o usuário deverá ser encaminhado para os serviços hospitalares de maior complexidade (atenção terciária - alta complexidade). Esse serviço representa o topo da pirâmide.

As unidades de saúde em seus diferentes níveis de complexidade devem articular-se administrativamente e tecnicamente, com o objetivo de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde, permitindo também a utilização racional de todos os recursos disponíveis no sistema. Segundo Cecílio,

o que a pirâmide quereria afinal representar seria a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados (CECÍLIO, 1997, p. 470).

Os profissionais médicos das unidades básicas de saúde, ao referenciarem um usuário a um serviço de maior complexidade (um especialista, por exemplo) deveriam poder comunicar-se com esse profissional. Ao encaminhar o usuário, deveria indicar o motivo do encaminhamento e um breve histórico da patologia, em documento específico, que seria entregue ao profissional da unidade de referência no momento da realização da consulta. Após o atendimento, ao profissional da unidade de referência caberia preencher os dados do diagnóstico e tratamento proposto e orientar o usuário a retornar ao profissional da unidade básica de saúde, para conhecimento e continuidade do tratamento. Isso concretizaria a referência e contrarreferência.

Segundo o MS, a Referência é

o ato formal do encaminhamento de um cliente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade. A referência deverá ser sempre feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutiva e segundo normas e mecanismos preestabelecidos. Brasil (apud CASTAMANN, 2003, p. 50).

E a Contrarreferência diz respeito ao

ato formal do encaminhamento de um cliente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. A contrarreferência do cliente deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias aos seguimentos do mesmo estabelecimento de origem. Brasil (apud CASTAMANN, 2003, p. 50).

Cecílio (1997) relata que a pirâmide como proposta de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde tornou-se uma espécie de “bandeira de luta” (grifo do autor) consensual do movimento sanitário, na luta pela construção do SUS, pelas seguintes razões:

- está indissociavelmente ligada à idéia de expansão da cobertura e democratização do acesso aos serviços de saúde para todos os brasileiros[...];

- o espaço propiciado por uma ampla rede básica de serviços de saúde, com responsabilidade pela atenção a grupos populacionais bem definidos (população adscrita), sempre nos pareceu como o ideal para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo hegemônico vigente, sabidamente centrado no atendimento médico, medicamentozante, com pouca ou nenhuma prática de prevenção das doenças e promoção da saúde. O espaço da rede básica seria então o *locus* privilegiado para a testagem e construção de um modelo contra-hegemônico de atenção à saúde;

- a hierarquização dos serviços seria a principal estratégia para a racionalização no uso dos recursos existentes no setor saúde. Representaria a utilização do recurso tecnológico certo, no espaço certo, de acordo com necessidades bem estabelecidas dos usuários. A hierarquização garantiria o acesso, para o paciente que entrou pela "porta de entrada", a todas as possibilidades tecnológicas que o sistema de saúde dispusesse para enfrentar a dor, a doença e o risco da morte. A pirâmide, nessa medida, tem o valor quase de um símbolo da luta em defesa da vida;

- a proximidade do serviço de saúde da residência do usuário seria um facilitador tanto do acesso, como possibilitaria a criação de vínculos entre a equipe e a clientela;

- a pirâmide seria um orientador seguro para a priorização de investimentos tanto em recursos humanos, como na construção de novos equipamentos, na medida em que seria mais fácil perceber onde estariam localizadas as reais necessidades da população.

Podemos dizer que a representação do sistema de saúde por uma pirâmide adquiriu tanta legitimidade entre todos os que têm lutado pela construção do SUS porque conseguiu representar, de forma densa e acabada, todo um ideário de justiça social no que ele tem de específico para o setor saúde (CECÍLIO, 1997, p. 470).

Porém, ainda segundo Cecílio (1997), está difícil de visualizar qualquer coisa que se aproxime de fato da imagem projetada da pirâmide, pelos seguintes motivos:

- as unidades básicas de saúde não têm conseguido ser a principal "porta de entrada" do sistema de saúde. As unidades de urgência/emergência e ambulatoriais dos hospitais públicos e privados continuam sendo a principal porta de entrada, pelo fato de oferecerem mais serviços e de maior complexidade. Isso se explica também pela demora entre o atendimento na atenção básica e a consulta com um especialista na média complexidade (sistema de referência e contrarreferência). Os pronto-socorros sempre lotados expressam essa situação;
- outro dado diz respeito ao perfil da morbidade dos usuários atendidos em pronto-socorro, os levantamentos realizados demonstram que a maioria dos atendimentos realizados referem-se a patologias consideradas mais simples, que poderiam ser resolvidas nas unidades básicas de saúde (UBS);

- a dificuldade de acesso aos serviços especializados, mesmo com a necessidade de marcação de consulta pela UBS, demonstra que o número de consultas em especialidades é insuficiente para atender às necessidades da população usuária do sistema. Outro fato que explica essa demora é que determinados serviços especializados mantêm algumas “clientelas cativas” (grifo do autor), que poderiam dar continuidade e acompanhamento do tratamento nas UBS;
- o último dado apontado é referente ao acesso às cirurgias eletivas, independente de usar as UBS ou os pronto-socorros como “porta de entrada”, a dificuldade é a mesma.

Ainda segundo o autor, na prática os cidadãos que dependem exclusivamente do SUS,

algo em torno de 80% da população, têm que montar o seu "menu" de serviços, por sua conta e risco, buscando onde for possível o atendimento de que necessita. Daí ser uma prepotência tecnocrática dizer que o "povão" é deseducado, que vai ao pronto-socorro quando poderia estar indo ao centro de saúde. As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível. Não é à toa que a assistência à saúde ocupa um lugar central nas preocupações do "cidadão comum". O fato cruel, mas não por isto menos real, é que a grande maioria da nossa população sente-se insegura e abandonada quando necessita de atendimento médico-hospitalar. Por isso, é necessário coragem e lucidez para repensar alguns princípios que têm orientado o modelo assistencial do SUS, por mais que eles nos pareçam justos e adequados, por mais que seja difícil rever certos pressupostos que, de tanto repetirmos, passamos a tomá-los como verdadeiros e suficientes para a transformação da realidade sanitária brasileira (CECÍLIO, 1997, p. 472).

Cecílio (1997) questiona a ideia da organização do SUS nos moldes de uma pirâmide hierarquizada de serviços, alegando que os recursos destinados ao setor saúde são insuficientes; a atuação suplementar do setor privado (previsto na CF/1988) não tem ocorrido na prática. Na realidade está havendo uma retração da oferta de serviços para o SUS, à medida que aumenta a oferta para os planos de saúde próprios ou privados (buscando a sobrevivência financeira do prestador de serviços), dificultando ou impossibilitando o acesso dos usuários do SUS a serviços com capacidade ociosa no setor privado; e, por último,

o próprio setor público opera uma rede ambulatorial e hospitalar, que é, paradoxalmente, muitas vezes ociosa. No caso o paradoxo é a coexistência da grande dificuldade de acesso da população aos serviços com a ociosidade na utilização dos equipamentos e recursos existentes (CECÍLIO, 1997, p. 472).

Resumindo, os recursos para a saúde são escassos e mal utilizados, contribui para isso a existência de verdadeiros filtros (no setor privado, baseados em critérios econômicos) que discriminam quais os brasileiros que podem ou não usar determinados serviços, como também a ociosidade dos equipamentos públicos.

O modelo tecnoassistencial representando pela pirâmide, segundo Cecílio, com o sistema de referência e contrarreferência como forma de acessar os demais níveis de complexidade, tem se apresentado como uma perspectiva racionalizadora, e seu “maior mérito seria de garantir a maior eficiência na utilização dos recursos e a universalização do acesso e equidade [...], na prática, os fatos se dão de maneira muito diferente da pretendida por uma certa racionalidade tecnocrática” (CECÍLIO, 1997, p. 469). Cecílio defende a ideia de que o sistema de saúde deveria ser organizado com base na lógica do que seria mais importante para cada usuário (oferecendo a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada). Defende, ainda, que deveria haver várias portas de entrada para o sistema de saúde, que este deveria ser pensado como um círculo, e essas portas deveriam ser localizadas em vários pontos do sistema e não mais em uma suposta base (atenção básica). Cecílio (1997) faz uma síntese a respeito das explicações sobre a forma como tem sido pensado o modelo assistencial, e conclui que:

temos insistido em defender determinadas missões para os serviços localizados nos vários níveis da pirâmide[...] que não guardam relação com a realidade. Os centros de saúde nem bem fazem vigilância à saúde, assumindo efetiva responsabilidade pelos grupos de risco nas sua áreas de cobertura, nem conseguem dar resposta para as demandas por pronto-atendimento da população de sua área de cobertura; os ambulatórios não conseguem exercer, em toda a sua plenitude, o seu papel de referência técnica especializada para a rede básica; os hospitais são espaços profundamente desumanizados, tanto para os trabalhadores como para os usuários, gastando recursos e energias que resultam, na maioria das vezes, em baixo impacto sobre as reais condições de saúde da população. [...] Nesta medida, a concepção do sistema como uma pirâmide está muito distante da realidade do usuário real. [...] é necessário pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas. Daí que se propõe um "arredondamento" da pirâmide, num movimento sutil, mas determinado, que, quebrando seus duros ângulos, leve-nos a conceber o sistema de saúde como a mais perfeita forma geométrica conhecida pelos homens: o círculo! (CECÍLIO, 1997, p. 474).

Para Cecílio (1997, p. 475), repensar o modelo assistencial não significa abandonar o ideário da Reforma Sanitária, mas, pelo contrário, é necessário

reorganizar os serviços “dotando-os de uma racionalidade mais próxima das necessidades do usuários do sistema”. O círculo associa-se com a ideia de movimento

de múltiplas alternativas de entrada e saída. Ele não hierarquiza. Abre possibilidades. E assim deve ser o modelo assistencial que preside o SUS. Trabalhar com múltiplas possibilidades de entrada. O centro de saúde é uma boa entrada para o sistema, assim como também o são os pronto-socorros hospitalares, as unidades especializadas de pronto-atendimento e tantos outros serviços. A escola pode ser uma boa porta de entrada, assim como a farmácia do bairro, a creche, o quartel e qualquer outro equipamento social (CECÍLIO, 1997, p. 475).

O autor propõe como estratégia qualificar todos os serviços para acolher e reconhecer os grupos mais vulneráveis da população (com maior possibilidade de adoecimento e morte) e organizá-los no sentido de garantir o acesso do usuário e o atendimento mais adequado para o seu caso. Para os serviços de urgência e emergência, propõe que a equipe de saúde crie “vínculos provisórios” com os usuários, para que em determinados casos (estabelecidos por protocolos) aproveite o atendimento inicial para avançar na exploração e elucidação do problema do usuário, dentro dos limites tecnológicos e organizacionais do pronto-socorro, encaminhando-o ao serviço adequado, após realizar as investigações iniciais. Para o autor, esta é uma estratégia importante para reduzir o tempo de internação hospitalar. Com relação à atenção básica, é necessária a reorganização dos serviços dentro da lógica circular do sistema. A proposta do autor é que o centro de saúde tenha como missão principal o reconhecimento dos grupos mais vulneráveis, mediante: a delimitação e conhecimento de seu território; prestação de atendimento aos usuários que pertençam aos grupos vulneráveis; a articulação com os recursos tecnológicos mais complexos, em outros pontos do sistema, de forma a garantir o acesso desses usuários. O centro de saúde deve ser uma das portas de entrada do sistema, e não a única, tem como papel principal articular o acesso do usuário aos demais níveis do sistema e deve se organizar para dar “acolhida a todas as pessoas que, tendo entrado em outros pontos do sistema, necessitam de atendimento regular e qualificado” (CECÍLIO, 1997, p. 476). Os centros de saúde deveriam trabalhar com o que se denomina de agenda aberta, garantindo o máximo de encaixes para os usuários que não agendaram consulta previamente. Essa é uma forma de legitimação dos centros de saúde perante a população, receber os usuários quando esses se sentem doentes e necessitando de atendimento. Ainda segundo o autor,

o que importa mais é a garantia de acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do sistema de saúde. Trabalhando assim, o centro de nossas preocupações é o usuário e não a construção de modelos assistenciais apriorísticos, aparentemente capazes de introduzir uma racionalidade que se supõe ser a melhor para as pessoas. Ter acesso aos serviços de um centro de saúde é, em incontáveis situações, mais importante do que ter acesso a qualquer serviço oferecido pelos hospitais hoje (CECÍLIO, 1997, p. 477-478).

Giovanella, Escorel e Mendonça¹⁰ (2003), ao analisarem a unidade de saúde da família (USF)/unidade básica de saúde (UBS) como porta de entrada para o SUS e a sua articulação com os demais níveis de complexidade, chegaram às seguintes conclusões:

- a) a pouca procura pela USF em situações de doença pode estar relacionada às barreiras de acesso, como: horários de funcionamento; adscrição ao local de moradia (e não de trabalho); dificuldades em atender à demanda espontânea e os grupos não prioritários; à implantação recente do serviço. Indicando a necessidade de repensar horários de funcionamento das unidades e estabelecimento de fluxos de informação e referência entre os serviços de urgência/ pronto-atendimento e as ESF/USF;
- b) a constituição da USF como porta de entrada do SUS implica que a unidade seja filtro e ponto de entrada do fluxo pela rede assistencial, articulando a rede básica aos demais níveis de complexidade. O principal objetivo do SUS não deve ser o controle e minimização de referências para especialistas com propósito de reduzir custos, mas sim a constituição do clínico geral da atenção básica (englobando também pediatras e ginecologistas) como porta de entrada no SUS, tendo como objetivo que a atenção básica assuma a responsabilidade pela garantia da saúde e da atenção integral da sua população adscrita. A conformação de uma porta de entrada no SUS significa que a referência à atenção especializada será responsabilidade única do clínico de atenção básica e o agendamento e realização da consulta deverão ser responsabilidades da unidade de atenção básica/USF. Para que essa

10 O artigo apresentado pelas autoras, intitulado “Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde”, apresenta resultados da avaliação do PSF realizado em dez grandes centros urbanos quanto à conformação de sistema integrado, analisando a constituição da USF como porta de entrada e a sua articulação a outros níveis de complexidade.

situação se concretize, haverá necessidade da criação de mecanismos de integração do sistema, do aumento da resolutividade da unidade básica e da melhor articulação das ações com enfoque coletivo e das atividades clínicas individuais. “Estratégias de acolhimento podem propiciar a desejada articulação, reduzindo barreiras de acesso e contribuindo para o estabelecimento da USF como porta de entrada/serviço de primeiro contato regular.” (GIOVANELLA et al., 2003, p. 288);

- c) as unidades básicas devem ampliar a oferta de atendimentos de urgência de baixa complexidade e a realização de coleta de material para exames de patologia clínica, aumentando assim sua resolutividade. É necessário que essas unidades garantam formas de contrarreferência dos usuários atendidos nos serviços de urgência e emergência; uma forma seria a implantação do cartão do usuário, como o Cartão Nacional de Saúde do SUS;
- d) a efetivação da porta de entrada no SUS implica o cadastramento do usuário em uma única unidade de saúde, tendo por referência o local de residência. Porém, pode-se pensar na possibilidade de inclusão desse usuário pelo local de trabalho, levando em consideração a dificuldade de acesso aos serviços pelos trabalhadores;
- e) a constituição de um sistema integrado de serviços de saúde exige investimentos nos demais níveis de complexidade. Parte das dificuldades evidenciadas para referência esteve condicionada pela insuficiência de oferta para algumas especialidades e de disponibilidade financeira.

Em suma, as autoras apontam que as dificuldades de acesso aos serviços da atenção básica estão relacionadas ao horário de funcionamento, adscrição ao local de moradia e não ao local de trabalho e à dificuldade de atendimento dos usuários não agendados previamente e que não pertençam aos grupos prioritários (como hipertensos, diabéticos, idosos, crianças desnutridas, etc.). As autoras propõem que para as USF/unidade básica se constituírem efetivamente como porta de entrada no sistema de saúde, é necessário que haja uma articulação entre a atenção básica e os demais níveis de complexidade, que o sistema de referência e contrarreferência não funcione com o propósito de reduzir os custos nessa área, mas que o clínico geral da atenção básica seja o condutor do usuário na “busca de melhor opção de assistência disponível para cada tipo de necessidade” (GIOVANELLA et al., 2003, p.

288), e que a unidade básica seja responsável pelo agendamento e realização dessa consulta. As autoras indicam a necessidade de ampliação de oferta no atendimento de urgências de baixa complexidade e a realização de coleta de material para exames de patologia clínica, como forma de aumentar a resolutividade das unidades básicas/USF. E quando o usuário utiliza serviços de urgência e emergência deve ser contrarreferenciado à USF, para continuidade do tratamento. A constituição de um sistema integrado de serviços de saúde exige investimentos nos demais níveis de complexidade.

Segundo Lima et al (2002), a busca pela equidade tem sido uma finalidade comum nos diferentes programas de políticas sociais, sendo este conceito um dos princípios norteadores do SUS. De acordo com os autores, a equidade em saúde refere-se “às necessidades em saúde que são socialmente determinadas e a operacionalização desse conceito implica reduzir as desigualdades sociais [...] através de políticas sociais mais justas e redistributivas” (2002, p. 63). Por outro lado, Travassos (apud LIMA et al., 2002) evidencia a necessidade de se distinguir “equidade em saúde de equidade no uso e na utilização de serviços de saúde”, ressaltando que, segundo este último, para necessidades iguais de saúde, haveria oportunidades iguais de acesso e utilização dos serviços de saúde. Indicam que para redução das desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde, há necessidade de aumentar os recursos financeiros para esse setor. Afirmam que devemos atentar-nos para a necessidade de se “resgatar a solidariedade como um valor fundamental para a adoção de políticas públicas mais justas, adotando novos padrões e critérios, que vão além da eficácia e eficiência dos serviços de saúde”, fazendo-se necessária a “ampliação da agenda de debates no que concerne à equidade, de forma a abarcar todos os seus fatores determinantes: biológicos, sociais, políticos e organizacionais” (LIMA et al, 2002, p. 69).

Segundo Castro (2002, p. 44), na perspectiva da descentralização “as ações voltadas para a atenção básica têm recebido grande incentivo do MS para funcionar como eixo estruturante do sistema”. Nessa lógica as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família funcionariam como porta de entrada do sistema (para cuidados primários, com ampla distribuição de serviços, adscrição pelo local de residência) e os serviços de urgência e emergência ficariam responsáveis pelos casos agudos e emergenciais.

Porém a realidade é outra e se apresenta por meio das dificuldades de

acesso aos serviços, corroborando com os argumentos apresentados por Cecílio (1997), Giovanella, Escorel e Mendonça (2003), que podem ser resumidos em: horário de funcionamento das UBS (geralmente horário comercial e durante a semana); atendimento por consulta agendada previamente e para grupos prioritários (atenção focalizada para criança, saúde da mulher e idoso). As grandes filas de espera para atendimento nos serviços de urgência e emergência refletem essa dificuldade de acesso aos serviços da atenção básica; somam-se a isso também a longa espera pelas cirurgias eletivas e também o acesso aos serviços de maior complexidade (pelo sistema de referência e contrarreferência). Castro (2002), ainda, apresenta que aspectos relativos

à oferta de serviços em todo o território nacional, o custo da assistência, a relação com os prestadores de serviços (majoritariamente privados) e questões relacionadas ao aspecto técnico assistencial no cotidiano do funcionamento dos serviços geram relevantes empecilhos para adequação dessa realidade aos objetivos previstos pelo SUS. Redefinir a organização da rede de assistência, promovendo a integralidade das ações, passa necessariamente pela discussão do papel do hospital no sistema de saúde como um todo (CASTRO, 2002, p. 46).

O Ministério da Saúde reconhece que, apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, hoje o SUS ainda enfrenta algumas dificuldades, como: a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; a fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência representando um sistema público de saúde burocratizado e verticalizado; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção e um modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

Apesar do SUS preconizar a integralidade das ações (desde a promoção e prevenção à saúde até os cuidados especializados), como um de seus princípios norteadores, a realidade demonstra que ainda existem dificuldades na distribuição equinâme dos serviços de saúde em todo o País, e, por conseguinte, dificuldade na garantia da assistência integral e na universalização do acesso aos serviços de saúde. Atualmente, a característica de atendimento hospitalocêntrico¹¹ continua

11Prática muito comum devido à longa história de privilegiamento desse setor na política pública brasileira ; hoje os recursos financeiros para a atenção hospitalar correspondem a mais da metade do

prevalecendo sobre os demais serviços de saúde, pois, conforme Castelar (apud CASTRO, 2002, p. 46):

a redefinição do papel da rede básica traz dialeticamente, como decorrência, uma modificação do papel do hospital. Hoje o hospital é, na maior parte das situações, a verdadeira porta de entrada do sistema de saúde. A realização de um exame, a consulta a um especialista, a atenção a pequenas e médias urgências significa para a maior parte das pessoas procurar um hospital.

4 O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DO SUS: UM ESTUDO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/ UFSC

Com base nos estudos de autores como Cecílio (1997), Giovanella, Escorel e Mendonça (2003), e Castro (2002) percebemos que os serviços de emergência e urgência acabam funcionando como a principal porta de entrada no SUS. Segundo Lopez (apud CASTRO, 2002, p. 51-52),

o atendimento médico é caracterizado como urgência quando o tratamento precisa ser iniciado em poucas horas, em função de existir risco de evolução para complicações mais graves e mesmo fatais. As emergências, por sua vez, são aquelas situações em que a necessidade de serem mantidas as funções vitais ou evitadas incapacidade e complicações graves exige que o início do tratamento seja imediato. No entanto, os serviços de emergência são usualmente utilizados para situações em que não esteja caracterizada essa necessidade. Embora se preconize a assistência básica e a atenção integral à saúde como forma de prevenir doenças, na prática observa-se certa dicotomia entre o tratamento de doenças e a prevenção da saúde, não se conseguindo evitar que os indivíduos procurem os serviços de emergências em situações que poderiam ser atendidas em outros níveis de assistência.

Castro (2002) cita um estudo realizado por Aquino, sobre os usuários dos serviços de emergência, em que o autor conclui

que a procura prioritária desses serviços por parte do usuário não pode ser considerada inadequada, pois nem sempre as concepções técnicas dos profissionais, que entendem ser lógico o fato de o usuário procurar outros tipos de atendimento que não a emergência, são compatíveis com a concepção do usuário, que vê nesse tipo de serviço uma resposta adequada as suas necessidades. Assim, seja pela dificuldade de conseguir atendimento nas unidades básicas e ambulatoriais, seja como resultado de uma cultura induzida pela oferta de serviços de saúde (que no Brasil, durante muitos anos, estimulou amplamente a procura de atendimento hospitalar), muitos usuários ainda possuem nas emergências e pronto-socorros a única forma de acessar o sistema de saúde pública (CASTRO, 2002, p. 53).

Dessa forma, Aquino, citado por Castro (2002), corrobora a ideia de Cecílio (1997) de que os usuários acessam o sistema de saúde por onde é mais fácil ou possível, ou seja, os pronto-socorros representam para muitos usuários a principal porta de entrada para o SUS. Acrescenta-se a essa procura prioritária dos usuários (pela insuficiente organização e estruturação da rede assistencial) o aumento do

número de acidentes e da violência urbana, o que acaba gerando uma sobrecarga aos serviços de urgências e emergências disponíveis para a população.

O Ministério da Saúde¹² reconhece que os pronto-socorros, por funcionarem 24 horas por dia, acabam funcionando como “porta de entrada” do sistema de saúde, acolhendo usuários que se encontram realmente em situação de urgência e emergência, como também usuários não atendidos pela atenção primária e especializada e as urgências sociais. Essas demandas misturam-se nas unidades de urgência e emergência superlotando-as e comprometendo a qualidade de assistência prestada à população. Essa realidade é agravada por problemas organizacionais como a ausência de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada, sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando graves prejuízos aos usuários.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, a implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento permite uma melhor organização da assistência, articulando os serviços e definindo fluxos e referências resolutivas, sendo um meio indispensável para se promover a universalidade do acesso, a equidade na alocação dos recursos e a integralidade na atenção prestada. O MS reconhece que, pelo aumento da demanda de serviços de urgência e emergência, é necessário estruturar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de forma a envolver toda a rede assistencial, englobando a rede pré-hospitalar (que envolve a atenção básica e secundária), os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (público e privado) e a rede hospitalar de alta complexidade (atenção terciária), capacitando-os e responsabilizando-os “pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução” (BRASIL, 2002, p. 59).

O Ministério da Saúde, empenhando-se na garantia do direito constitucional à saúde, propõe a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde (PNH), que possui como uma de suas prioridades a redução das filas e do tempo de espera por atendimento médico, por meio da ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco. Como forma de implementar essa PNH especificamente nos serviços de urgência e emergência, propõe as seguintes diretrizes:

12 O Ministério da Saúde trata desse assunto no livro Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil.

a) demanda acolhida mediante de critérios de avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;

b) garantia da referência e contrarreferência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso à estrutura hospitalar e à transferência segura conforme a necessidade dos usuários;

c) definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

A PNH apresenta como um de seus dispositivos o “acolhimento com avaliação e classificação de risco”, que se configura como uma intervenção potencial na reorganização e na promoção da saúde em rede e pressupõe “a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada” (BRASIL, 2004b, p. 16). Esse dispositivo é um processo dinâmico que visa ao reconhecimento dos usuários que necessitam de tratamento imediato, mediante a avaliação do usuário por um membro da equipe de enfermagem ao chegar ao pronto-socorro. Com base nessa avaliação, o usuário será encaminhado para atendimento médico conforme o potencial de risco e agravo à saúde ou o grau de sofrimento.

É nesse cenário que se tem estruturado os serviços de urgência e emergência. Nesse contexto insere-se o serviço de emergência do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), objeto desse trabalho.

Tendo em conta o debate sobre a organização e o acesso aos serviços de saúde, bem como os desafios colocados aos serviços de emergência, é que foi proposto o estudo da demanda desse serviço no HU/UFSC, como projeto de intervenção.

Apresentamos a seguir o referido estudo buscando analisá-lo com base no debate efetuado nas seções anteriores. Para melhor compreensão desse processo, dividimos a apresentação em três pontos:

- a) o serviço de emergência no contexto do HU/UFSC;
- b) o serviço social na unidade de emergência do HU/UFSC;
- c) o estudo da demanda do serviço de emergência do HU/UFSC.

4.1 O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DO HU/UFSC

A unidade de emergência insere-se no HU/UFSC, um hospital público federal, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, diretamente subordinado à Reitoria. O HU tem por finalidade promover a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão na área de saúde e afins, e prestar assistência à comunidade na área de saúde, em todos os níveis de complexidade, de forma universalizada e igualitária.

O hospital está vinculado ao Sistema de Saúde vigente e atua nos três níveis de atenção da saúde, o primário (prevenção e promoção da saúde), o secundário (atendimento especializado) e o terciário (alta complexidade no atendimento), que, baseado nos preceitos constitucionais, norteia-se pelos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade.

A abrangência no atendimento do HU efetiva-se por meio de um contrato estabelecido com a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC) e o HU/UFSC, no qual foram estabelecidos metas e indicadores de resultados a serem cumpridos pela unidade de saúde, além dos recursos financeiros. A contratualização constitui-se como uma das fontes de recursos para a manutenção do Hospital.¹³

Esse processo de contratualização dos serviços de saúde pelo SUS representa para o HU uma estratégia de enfrentamento da crise que vem assolando os HU's no Brasil. O Contrato de Metas, estabelecido entre o HU e a SES/SC, tem por objetivo regulamentar a relação entre as instituições, padronizar metas gerais e específicas a serem cumpridas, perfil assistencial requerido. Ainda, regulamentar o volume de prestação de serviços, o grau de envolvimento do hospital com a rede estadual de referência, humanização do atendimento, melhoria da qualidade dos serviços prestados à população, melhoria da qualidade de ensino e outros fatores que tornem o Hospital um efetivo instrumento assistencial do SUS.

O HU presta atendimento à população de todas as faixas etárias, desde a atenção neonatal até a geriatria para ambos os sexos. O hospital constitui-se como estrutura de saúde de referência para a região metropolitana da grande Florianópolis e, em particular, da região norte e leste da Ilha, dentro da Rede Docente Assistencial (RDA), uma ação conjunta com a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). É

13 A verba para custeio dos recursos humanos é proveniente do Ministério da Educação e Cultura (MEC), repassado à UFSC.

também referência para o restante do Estado de Santa Catarina em relação à urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e internação de alta complexidade.

No plano 2012, está explícita a declaração de valores do HU, entre eles destacamos: ética, qualidade, humanização, valorização e qualificação profissional, compromisso social, construção e socialização dos conhecimentos, público e gratuito, competência profissional, respeito aos princípios do SUS (integralidade, universalidade, equidade e resolutividade), articulação ensino, pesquisa, extensão e assistência e inovação.

Atualmente, a estrutura organizacional do HU é formada hierarquicamente com uma Diretoria Geral (DG) subdividida em: Diretoria de Administração (DA), Diretoria de Apoio Assistencial (DAA), Diretoria de Enfermagem (DE) e Diretoria de Medicina (DM). De acordo com essa estrutura organizacional do HU, a Diretoria de Apoio Assistencial (DAA) divide-se em Divisão de Apoio Assistencial (DVAA) e Divisão de Diagnóstico Complementar (DVDC). O Serviço Social está ligado à DVAA, juntamente com os serviços de Farmácia, Psicologia, Prontoário do Paciente e Nutrição.

O Plano Operativo Anual, anexo ao Contrato de Metas, contém as características gerais dos serviços e atividades pactuadas entre o HU e a SES/SC, assim como a explicitação das diretrizes e metas físicas e de qualidade estabelecidas para as áreas pactuadas, que são:

- a) atenção à Saúde;
- b) atividades de Ensino e Pesquisa;
- c) atividades de Aprimoramento e Aperfeiçoamento da Gestão Hospitalar.

A Atenção à Saúde no HU está subdividida em:

a) atenção hospitalar: refere-se ao conjunto de ações e serviços ofertados ao usuário e seus familiares em regime de internação;

b) atenção ambulatorial: compreende todas as ações ofertadas e executadas em nível ambulatorial independente de seu nível de complexidade, incluindo atividades características de atenção básica e média complexidade;

c) atenção de apoio diagnóstico e terapêutico: que compreende serviços de diagnóstico por imagem e serviços de laboratório clínico;

d) atenção à urgência e emergência: sendo referência para atenção de urgência e emergência para todo o distrito norte e leste de Florianópolis, e referência

para grandes emergências a partir da regulação estadual via SAMU.

Entre as principais atividades e etapas do processo de trabalho, sob a responsabilidade do HU, em relação à urgência e emergência, estão:

- adoção da Política de VAGA CERTA para pacientes e encaminhados via central de urgência e emergência;
- acolhimento do paciente em ambiente adequado com classificação de risco;
- acolhimento e suporte para Familiares/Acompanhante;
- desenvolvimento de Abordagem Interdisciplinar;
- assistência psicossocial;
- oferta de Terapias de Apoio (Terapia Ocupacional, fonoaudiologia, Fisioterapia);
- fornecimento de Material Médico-Hospitalar e Medicamentos;
- garantia de estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico;
- provimento de boxes de atendimento, separados por cortinas de teto;
- manutenção e atualização do prontuário do paciente;
- alta com referência estabelecida e registrada aos serviços de saúde da rede municipal e/ou estadual.

Com a implantação do PSF nos municípios da grande Florianópolis, em que os atendimentos da atenção básica passam a ser assumidos por outras unidades de saúde na sua área de abrangência, o HU passará a atender urgências e emergências somente referenciadas via mecanismos pactuados entre as partes. Até que isso ocorra efetivamente, o HU continua mantendo o seu pronto atendimento 24 horas, buscando ampliar a sua integração com as demais unidades de saúde da rede e com a atenção ambulatorial desenvolvida na própria instituição. Visando à melhoria da resolutividade dos serviços na unidade de emergência, o HU está implantando um dos dispositivos da PNH, que é o Acolhimento com avaliação e classificação de risco, ainda que de forma incipiente. No momento da realização desse estudo, estava havendo uma triagem realizada pela equipe de bolsistas de enfermagem, com o objetivo de verificar quais usuários necessitam de atendimento prioritário, mas não é exatamente o modelo proposto pela HumanizaSUS.

Em 1997, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução CNS n.º 218, de 6/3/1997, reconheceu o assistente social como profissional da saúde, por intervir junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços que envolvam a proteção e/ou recuperação

da saúde. A formação do profissional de Serviço Social não é específica na área da saúde, mas possibilita aos profissionais atuarem com competência nas diferentes dimensões da questão social, e, como tal, com habilidades de elaborar, implementar, coordenar e executar as políticas sociais, inclusive as de saúde.

4.2 O SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO HU/UFSC

O Serviço Social no HU atua junto à equipe multidisciplinar que conta com a participação de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, para o restabelecimento da saúde dos usuários que procuram essa instituição. A inserção do Serviço Social segue a trajetória de assistência de seus usuários, que ocorre desde sua entrada para tratamento no ambulatório, na unidade de emergência, em internação, e também à comunidade.

Os principais objetivos do Serviço Social no HU são:

- atender às demandas sócio-assistenciais dos usuários do HU;
- desenvolver ações profissionais integradas com os diversos profissionais que prestam atendimento aos usuários, garantindo uma abordagem multidisciplinar;
- desenvolver pesquisas que evidenciem fatores intervenientes no processo saúde-doença e sobre as ações profissionais desenvolvidas pelo Serviço Social;
- favorecer aos usuários condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade;
- desenvolver ações sócio-educativas junto à comunidade universitária e à população circunvizinha ao HU (MORAES et al., 2007, p. 23-24).

A importância do profissional de Serviço Social é verificada na solicitação dos usuários e também pela equipe multiprofissional que frequentemente busca a intermediação do assistente social para o atendimento do usuário. O Serviço Social conta com apoio da Associação de Amigos do HU – AAHU¹⁴, e também com quantia de Suprimentos de Fundos para aquisição de medicamento, cesta-básica e fraldas.

Atualmente os profissionais do Serviço Social do HU atendem aos seguintes

14 A AAHU disponibiliza ajuda financeira ao serviço social para compra de cestas básicas, passagens de ônibus, medicamentos, roupas (brechó), material de higiene, entre outros.

programas:

a) programa de atuação junto a patologias específicas: Projeto de Atuação junto a Usuários com Insuficiência Renal Crônica; Projeto de Atuação junto a Familiares e Usuários portadores da Doença de Alzheimer; Projeto de Atuação junto a Familiares e Usuários portadores de Obesidade Mórbida;

b) programas de Ações Especiais do Serviço Social: Projeto de Atuação do Serviço Social no Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica - NIPEG; Projeto de Atuação junto ao Planejamento Familiar; Projeto de Plantão junto ao Ambulatório; Projeto de Atuação junto à Associação Amigos do HU – AAHU; Projeto de atuação junto ao Serviço de Hemoterapia; Projeto de Atuação Junto à Unidade de Emergência (objeto deste estudo); Comissão de Atendimento à Criança Vítima de Maus Tratos; Projeto de Atuação junto ao Núcleo desenvolver.

O Serviço Social na unidade de emergência do HU trabalha na perspectiva da Política Nacional de Humanização – PNH, dos princípios do SUS, da legislação específica do Serviço Social e também com base nas diretrizes do Plano de Atuação do Serviço Social, buscando conhecer a realidade socioeconômica-cultural dos cidadãos atendidos nessa unidade. O foco da intervenção é desenvolver estratégias de referência e contrarreferência com a rede municipal de proteção social, em que as atividades estão respaldadas pelas ações socioeducativas e socioemergenciais, entendendo-se como:

- ações sócio-educativas: vinculadas ao acolhimento do usuário, envolvem o esclarecimento das rotinas hospitalares ao usuário recém internado e seus familiares, orientações acerca do tratamento, questões trabalhistas e previdenciárias, os princípios norteadores do SUS (referência e contra-referência) e a hierarquização do sistema nas três esferas de governo. Destacam-se também os atendimentos grupais à familiares de usuários com patologias específicas (diabéticos, portadores de doença de Alzheimer, Parkinson, e portadores de insuficiência renal crônica), sala de espera para pacientes de terceira idade e ações voltadas ao planejamento familiar;
- ações sócio-emergenciais: referem-se aos encaminhamentos aos recursos institucionais comunitários visando atendimento através de programas específicos vinculados a órgãos públicos e/ou ONG's. São realizados fornecimento de auxílio transporte em situações de alta hospitalar, roupas, cestas básicas, medicamentos, auxílio funeral, dentre outros. As ações estão vinculadas à proposta de contra-referenciar o atendimento com o município de procedência do usuário. O serviço conta com apoio financeiro de pequena monta fornecido pela Direção Geral do HU e recurso fornecido pela AAHU, destinado especificamente para aquisição de cestas básicas e passagens de ônibus. (MORAES, et al., 2007, p. 31).

Segundo Moraes et al. (2007), a intervenção profissional na Unidade de Emergência materializa-se no eixo de Processos Sócio Assistenciais¹⁵, por meio da:

- consulta ao censo de internação para verificação dos usuários recém-internados;
- leitura do prontuário dos usuários recém-internados para coleta de dados que irão subsidiar a entrevista do Serviço Social;
- visita aos quartos dos recém-internados para acolhimento e entrevista (de acordo com o roteiro de entrevista), visita também aos demais usuários para dar continuidade ao atendimento iniciado anteriormente. Interage-se com os familiares e os usuários para acompanhar a evolução do tratamento e encaminhamentos realizados;
- avaliação do fornecimento de autorização para refeição do acompanhante do usuário internado, com base na situação de vulnerabilidade social da família;
- contatos com a equipe de enfermagem do turno para a troca de informações ou discussões técnicas. Contatos com a (o) residente ou staff da especialidade médica, e acadêmicos de outras áreas de formação para a troca de informações ou discussões técnicas, nos casos em acompanhamento;
- anotação no prontuário dos usuários de um resumo das ações, encaminhamentos ou procedimentos realizados e que são pertinentes ao Serviço Social;
- articulação na alta hospitalar com recursos institucionais (prefeituras, unidades de saúde/equipes de saúde da família, ONG's etc.) para identificar e encaminhar diante das melhores condições para a alta e o transporte (de responsabilidade do município de procedência do usuário), bem como apoio à família quando o usuário retornar para o domicílio;
- quando identificada a situação de iminência do óbito, são articuladas com os familiares algumas providências ou esclarecimentos necessários,

15 Entende-se por processos socioassistenciais “o conjunto de ações profissionais desenvolvidas no âmbito da intervenção direta com os usuários e com as famílias nos diferentes níveis de complexidade dos serviços e das instituições” MIOTO (apud MORAES et al., 2007). No âmbito desses processos estão presentes, entre outras, ações de natureza socioeducativas e socioemergenciais.

especialmente sobre o atendimento funerário e auxílio funeral, informações relativas ao translado terrestre ou aéreo, tanatopraxia (preparação do corpo, embalsamamento);

- inclusão diária no microcomputador de dados quantitativos sobre as intervenções realizadas no sistema informatizado de administração hospitalar do HU.

Num primeiro momento de aproximação com o usuário, é realizada uma entrevista¹⁶, que representa o acolhimento do Assistente Social junto ao usuário recém-internado na unidade. O acolhimento ao usuário no campo da saúde deve ser entendido:

Ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

Como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A entrevista é o instrumento técnico-operativo mais utilizado na unidade, constituindo-se

O momento em que o acolhimento do Assistente Social se efetiva junto ao usuário recém internado na Clínica; ela se constitui em um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. Além da coleta de informações, é também um momento de dinamização do diálogo entre dois sujeitos. (MORAES, 2007, p. 34).

O acolhimento e entrevista objetivam reconhecer a realidade social em que

16 Segundo Moraes, et al (2007), para facilitar o trabalho das assistentes sociais, a equipe sistematizou um roteiro-base para entrevista (entrevista semiestruturada), que pode ser adaptado para cada situação, sendo composto pelas seguintes perguntas: Nome; Idade; Estado civil – se casado o nome do cônjuge; Número de filhos; Profissão/Ocupação – se aposentado qual a última ocupação; Procedência – onde mora; Imóvel próprio ou alugado; Com quem mora – visando aos cuidados pós alta; Se está vinculada à previdência social; Como veio ao HU - trazida por quem?; Orientar sobre as rotinas hospitalares, auxílio comunitário, auxílio doença, banco de sangue; Telefone de contato dos familiares; Nome, endereço e telefone da instituição onde trabalha; Nome da Unidade Básica de Saúde e do profissional que lhe atende (em caso de utilizar os serviços desta), entre outras.

está inserido o usuário, reconhecendo suas necessidades/demandas sociais e reconhecendo também as possibilidades da sua rede social.

Ao falarmos em rede social, faz-se necessário esclarecer que segundo Miotto (2002), temos a rede primária, que é formada pelo conjunto de indivíduos que se relacionam por laços afetivos (parentes, amigos, vizinhos, e se transforma no decorrer da vida de acordo com a idade, as circunstâncias e a posição social); e a rede secundária; são redes que “se definem a partir de instituições e são formadas pelo conjunto de pessoas reunidas em torno de uma mesma função, dentro de um marco institucionalizado” (MIOTTO, 2002, p. 55).

O Serviço Social na unidade de emergência¹⁷ serve como campo de estágio para o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa para acadêmicos do curso de graduação em Serviço Social da UFSC. Essa unidade serviu-me como campo de estágio, que teve como objetivo o reconhecimento da realidade concreta vivenciada pelo profissional de Serviço Social, a possibilidade de desenvolver um pensamento crítico, entendendo a dinâmica do trabalho profissional e, principalmente, foi um momento que propiciou o desenvolvimento do estudo em pauta.

4.3 O ESTUDO DA DEMANDA DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HU/UFSC

No decorrer do estágio supervisionado obrigatório I¹⁸ e II¹⁹, durante as entrevistas realizadas com os usuários internados na unidade de emergência, pudemos perceber a dificuldade de acesso dos usuários aos serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde – UBS. Entre as principais dificuldades apresentadas, podemos citar: a falta de profissionais da área médica e número reduzido de vagas para esses profissionais (na atenção básica), dificuldades de marcação de exames e consultas especializadas (correspondentes à atenção especializada) e também insatisfação com o atendimento recebido nas Unidades

17 Seguindo as diretrizes institucionais, especificamente em relação às atividades de ensino e pesquisa.

18 Realizado no período de 23/08/2007 à 21/12/2007.

19 Realizado no período de 03/03/2008 à 28/06/2008.

Básicas de Saúde. Esses problemas suscitaram a necessidade de realizar um estudo que objetivasse reconhecer a demanda pelo serviço de emergência do HU/UFSC. O estudo realizado, no decorrer do estágio curricular obrigatório II, tinha como objetivo geral identificar as condições de acessibilidade aos serviços básicos de saúde pelos usuários dessa unidade de emergência, que aguardavam atendimento médico por ordem de chegada, após passarem por uma triagem²⁰. Esse projeto foi elaborado durante o mês de maio de 2008 e desenvolvido durante o mês de junho do mesmo ano.

O levantamento de dados²¹ foi realizado com base na aplicação de questionários estruturados²² a quarenta e oito usuários e a cinco acompanhantes que, após serem acolhidos pela equipe de bolsistas de enfermagem, estavam disponíveis para responder ao questionário estruturado, tendo como critério ser munícipe de Florianópolis, com o objetivo de elucidar a questão da acessibilidade aos serviços básicos de saúde.

O resultado desse levantamento de dados, após sua análise, possibilitou: traçar um perfil do usuário que procura essa unidade de emergência, por faixa etária e sexo (Tabela 1: perfil do usuário por faixa etária e sexo); sistematizar as principais dificuldades dos usuários em acessar os serviços prestados na UBS, incluindo a UBS a que pertence, por regionais de saúde (Tabela 2: dificuldades encontradas pelos usuários por UBS/regionais de saúde); e, por último, apresentar os principais motivos pela procura de atendimento nesta unidade (Tabela 3: Principais motivos de procura pela unidade de emergência do HU).

Podemos identificar, por meio da tabela 1, o perfil do usuário da unidade de emergência do HU/UFSC. Concluímos que dos 53 entrevistados:

- 42 são mulheres (80%) e 11 são homens (20%);
- 25 são casados (47%) e 20 são solteiros (38%), quatro são divorciados e os

20 Essa triagem tem como finalidade identificar os usuários que necessitam de atendimento médico de urgência (que deve ser realizado em poucas horas) e emergência (que deve ser imediato), encaminhando-os para atendimento imediato, enquanto que os usuários que não se enquadram nessas situações aguardam atendimento médico por ordem de chegada.

21 O levantamento de dados foi realizado nos seguintes dias e horários: 1.º dia – 09/06/08 – 10h30min às 12h (1 a 10); 2.º dia – 12/06/08 – 15h às 19h (11 a 20); 3.º dia – 13/06/08 – 17h20min às 18h30min (21 a 23); 4.º dia – 17/06/08 – 17h às 18h30min (24 a 30); 5.º dia – 19/06/08 – 16h às 18h (31 a 38); 6.º dia – 20/06/08 – 16h às 17h30min (39 a 44) e 7.º dia – 25/06/08 – 10h45min às 11h55min (45 a 53).

22 O questionário estruturava-se com as seguintes questões: Idade; Sexo; Estado civil; Ocupação; Bairro em que reside; Motivo da procura pelo serviço de emergência do HU; se reconhece a qual UBS pertence; se consulta nessa UBS e, por último, se encontra alguma dificuldade para acessar os serviços dessa UBS.

- outros quatro são viúvos (7.5% respectivamente);
- 30 trabalham (57%) e acrescenta-se a esse número mais sete trabalhadores que estudam (13%), totalizando 37 trabalhadores (70%);
 - com relação ao período da ocupação, percebemos que 34 usuários (64%) utilizam dois ou mais turnos com suas ocupações;
 - dos 46 usuários que utilizam as UBS, apenas seis usuários não encontram dificuldades para acessar os serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde;

Tabela 1 - Perfil do usuário por faixa etária e sexo

Faixa etária	< 18 anos		entre 18 e 60 anos		> 60 anos		Total	
Sexo	F	M	F	M	F	M	F	M
Estado civil:								
Solteira (o)	03	01	13	03	-	-	16	04
Casada (o)	01	-	17	05	01	01	19	06
Divorciada (o)	-	-	02	01	01	-	03	01
Viúva (o)	-	-	02	-	02	-	04	-
Ocupação:								
Aposentada (o)	-	-	02	02	-	-	02	02
Do lar	-	-	02	-	01	-	03	-
Estudante	03	01	02	-	-	-	05	01
Pensionista	-	-	01	-	01	-	02	-
Trabalha e estuda	01	-	05	01	-	-	06	01
Trabalha	-	-	21	06	02	01	23	07
Trabalha/perícia	-	-	01	-	-	-	01	-
Horário da ocupação:								
Integral	-	-	22	06	01	01	23	07
Flexível	-	-	01	-	01	-	02	-
Todos os turnos	01	-	02	01	-	-	03	01
Meio período	03	-	05	-	-	-	08	-
Não se aplica	-	01	04	02	02	-	06	03
Utiliza a UBS:								
Sim	03	01	32	05	04	01	39	07
Não	01	-	02	04	-	-	03	04
Encontra dificuldades:								
Sim	03	01	28	04	03	01	34	06
Não	-	-	04	01	01	-	05	01

Fonte: CHEREM, Karen Vieira. **A unidade de emergência do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU como campo de estágio**, 2008. Trabalho não publicado.

- 46 usuários entrevistados (87%) utilizam os serviços da UBS local, contra sete usuários que não utilizam (13%);
- 42 são mulheres, destas três relatam não utilizar as UBS, das outras 39 entrevistadas, cinco relatam não encontrar dificuldades de acesso aos serviços e o restante relatou encontrar alguma dificuldade de acesso a esses serviços. Ou seja, 34 mulheres, representando 64% dos entrevistados, encontram dificuldades de acesso a esses serviços.

Esse último dado nos chama a atenção: de um universo de 53 entrevistados, 42 foram mulheres, destas, 39 utilizam os serviços da unidade básica de saúde. Isso nos faz considerar que as mulheres representam a maior demanda para utilização desses serviços, porém é necessário verificar se essa demanda é uma necessidade delas ou de suas funções tradicionais, como mãe, esposa e dona de casa. Aquino, Menezes e Amoedo (1992), em estudo²³ realizado, apontam que

em todos os Estados estudados, as mulheres apresentaram maior prevalência de problemas de saúde, maior demanda e maior utilização de serviços de saúde, o que é consistente com a literatura internacional. O maior risco feminino para a maioria das doenças agudas provavelmente está relacionado, em primeiro lugar, às especificidades do trabalho que as mulheres exercem no cuidado da casa e dos filhos. Suas atividades habituais envolvem o contato mais estreito com crianças, que são especialmente sujeitas às infecções; o uso habitual de produtos químicos do lar, ocasionando alergias e lesões dermatológicas; e a adoção de posturas corporais incômodas, levando a problemas músculo-esqueléticos.

A inserção crescente no mercado de trabalho não tem desobrigado as mulheres de suas funções tradicionais, o que implica o acúmulo de tarefas, com maior estresse físico e mental, além dos riscos ocupacionais conseqüentes à dupla inserção. Estudos têm demonstrado que, como decorrência da dupla jornada feminina, o número médio de horas trabalhadas pelas mulheres é superior ao dos homens [...]. Em nossa sociedade, a sobrecarga de trabalho é particularmente pesada. A ausência de equipamentos sociais, como creches e escolas, conjuga-se à permanência de relações de gênero tradicionais, extremamente assimétricas, sendo atribuída à mulher total responsabilidade no cuidado da casa e dos filhos, mesmo quando exerce jornadas de trabalho tão extenuantes quanto às do marido. (AQUINO; MENEZES; AMOEDO, 1992, p. 200).

Outro dado que nos chama a atenção é com relação ao acesso dos usuários

23 Foi realizado estudo embasado em dados oriundos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE) de 1986, sobre morbidade, demanda e utilização de serviços de saúde em dez estados brasileiros e nas cinco grandes regiões do País.

com mais de sessenta anos aos serviços das UBS. Dos cinco usuários entrevistados nessa faixa etária, um relata utilizar os serviços da UBS apenas em situações de urgência (possui plano de saúde) e tem conseguido ser atendido quando necessita desse serviço. Outro usuário relata que leva mais de uma semana para conseguir agendar uma consulta de rotina na UBS, enquanto os outros usuários não apresentam o acesso à consulta na atenção básica como dificuldade. No Plano Municipal de Saúde 2007-2010 consta que:

embora as políticas de saúde do município sempre tenham contemplado a população acima de 60 anos, a Secretaria Municipal de Saúde em outubro de 2006 lançou oficialmente o Programa Capital Idoso, que tem a proposta de implantar ações de Gerontocultura, Assistência Clínica, Assistência de Média Complexidade e Ações de Apoio ao Cuidador, com o objetivo de prevenir e tratar adequadamente as doenças crônico-degenerativas, manter a capacidade funcional, melhorar a qualidade de vida e reduzir mortes prematuras. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2007 – 2010, p. 47).

Isso nos faz pensar que de alguma forma esses usuários estão sendo contemplados pelo Estatuto do Idoso, pelo menos no que diz respeito à atenção básica, mas ainda apresentam alguma dificuldade na atenção especializada. Dos cinco entrevistados, apenas quatro utilizam esses serviços, e destes, três relatam a dificuldade de agendar uma consulta especializada. Apesar de o município contar desde 2006 com o Programa Capital Idoso, ainda continua apresentando dificuldades em absorver toda a sua demanda.

Dos quarenta e seis usuários que utilizam os serviços da UBS local, representando 87 % dos entrevistados, a maioria apresentou diversas dificuldades e todas foram identificadas, por isso o quantitativo das dificuldades ultrapassa o número de usuários entrevistados. Segundo a tabela 2, podemos identificar as principais dificuldades encontradas pelos usuários, por UBS e agrupadas por regionais de Saúde. Dentre elas podemos destacar:

- 38% dos entrevistados relatam encontrar dificuldades na marcação de consultas especializadas;
- 40% dos entrevistados encontram dificuldades na marcação de exames;
- 34% dos entrevistados relatam não conseguir agendar consultas de rotina na própria UBS.

Tabela 2: dificuldades encontradas pelos usuários por UBS/regionais de saúde

Regional de Saúde	UBS	Número de usuários	Utiliza a UBS		Dificuldades encontradas:												
			sim	não	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
CENTRO	Agronômica	2	2	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0
	Centro	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	Mont Serrat	2	2	0	1	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	Prainha	2	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	Trindade	9	7	2	2	2	2	0	0	3	0	1	0	0	0	1	0
	Sub-total	16	14	2	3	6	5	1	1	4	0	3	0	0	0	2	2
CONTINENTE	Abraão	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub-total	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ESTE	Itacorubi	3	3	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
	Lagoa da Conceição	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	Pantanal	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub-total	5	4	1	2	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
NORTE	Cachoeira do B. Jesus	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	Canasvieira	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	Ingleseles	4	3	1	0	2	2	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
	Rio Vermelho	3	3	0	2	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Vargem Grande	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Sub-total	11	9	2	3	6	7	0	0	0	1	1	1	0	1	2	0
SUL	Campeche	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Carianos	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Costeira do Pirajubaé	6	5	1	1	1	2	1	0	2	0	0	0	0	0	2	0
	Morro das Pedras	2	2	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	Pântano do Sul	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ribeirão da Ilha	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	Rio Tavares	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
	Saco dos Limões	3	3	0	3	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Tapera	3	3	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sub-total	20	18	2	10	6	7	1	1	4	0	3	0	0	0	2	0	

Total geral	53	46	07	18	20	21	02	02	09	02	07	01	01	02	06	02
(%)	100	87	13	34	38	40	04	04	17	04	13	02	02	04	12	04

Legenda: A) agendar consulta de rotina; B) agendar consulta especializada; C) agendar exames; D) agendar retorno da consulta de rotina; E) área de abrangência; F) consulta de emergência para clínico geral; G) consulta de emergência para odontologia; H) demora entre a marcação e a consulta de rotina; I) falta de medicamentos fornecidos pela SMS; J) falta do profissional no dia do atendimento; K) mau atendimento; L) não encontra dificuldades e M) rotatividade dos profissionais.

Fonte: CHEREM, Karen Vieira. **A unidade de emergência do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU como campo de estágio**, 2008. Trabalho não publicado.

- 17% dos usuários relatam encontrar dificuldades no acesso às consultas de emergência. Apesar de as UBS e USF receberem incentivos do MS para funcionarem como eixo estruturante do SUS,²⁴ a realidade é outra e se apresenta por meio das dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Os dados apresentados por este estudo corroboram os argumentos apresentados por Cecílio (1997) e Giovanella, Escorel e Mendonça (2003), de que as filas de espera para atendimento nos serviços de urgência e emergência refletem a dificuldade de acessos aos serviços da atenção básica (incluindo serviços de urgência de baixa complexidade) e também aos serviços de maior complexidade (pelo sistema de referência e contrarreferência).

Com relação à dificuldade em acessar os serviços da média complexidade, uma notícia veiculada num jornal²⁵ desta cidade corrobora essa informação, apresentando ainda que 42 mil pessoas aguardam por consultas e exames especializados no Município de Florianópolis, e para resolver essas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a SMS lançou um Plano de Ação, que pretende implantar um hospital de média complexidade e acabar com as filas de espera por consultas e exames especializados, até 2012.

O levantamento por regionais de saúde possibilitou verificar que, apesar de o Plano Operativo do HU/UFSC estabelecer que a unidade de emergência é referência de atendimento para os usuários moradores das regiões Norte e Leste da Ilha, no período da realização das entrevistas, verificou-se que 38% dos usuários são moradores da região Sul da Ilha. Devemos levar em consideração que, desde 2005, Florianópolis também conta com uma unidade municipal de Pronto-Atendimento 24 horas (PA) no Norte da Ilha, para atender casos de urgência e emergência; talvez

24 Ou seja, funcionarem como porta de entrada para esse sistema e, nesta lógica, os serviços de urgência e emergência ficariam responsáveis pelos casos agudos e emergenciais.

25 Notícia veiculada em: 04 jun. 2009, no jornal Diário Catarinense.

por esse motivo tenha havido uma menor procura por moradores dessa região.

Tabela 3: Principais motivos de procura pela unidade de emergência do HU

MOTIVO	N.º DE USUARIOS	PORCENTAGEM
ACOMPANHANTE	05	9.4
ALERGIA	01	1.9
ASMA - BRONQUITE	02	3.8
CEFALEIA	06	11.4
CONVULSÃO ANTERIOR, A INVESTIGAR.	01	1.9
DOR – ABDOMINAL	04	7.6
DOR – BRAÇO	01	1.9
DOR – COLUNA	02	3.8
DOR – ESTOMAGO	02	3.8
DOR – GARGANTA	01	1.9
DOR – OMBRO	01	1.9
DOR – PEITO	01	1.9
DOR – REGIÃO CERVICAL	01	1.9
DORMÊNCIA EM MSE – SEM OUTROS SINTOMAS	01	1.9
FEBRE	02	3.8
GRIPE	10	19.0
HEMORROIDAS, A INVESTIGAR.	01	1.9
INFECÇÃO ABDOMINAL, A INVESTIGAR.	01	1.9
INFECÇÃO OVARIO, A INVESTIGAR.	01	1.9
PNEUMONIA, A INVESTIGAR.	01	1.9
PRESSÃO ALTA, NO DIA ANTERIOR.	02	3.8
TESTE DE GRAVIDEZ	03	5.7
TOSSE	03	5.7

Fonte: CHEREM, Karen Vieira. **A unidade de emergência do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU como campo de estágio**, 2008. Trabalho não publicado.

De acordo com a tabela 3, a partir dos principais motivos de procura pela unidade de emergência do HU, podemos concluir que:

- 9.4% dos entrevistados são acompanhantes, portanto não procuraram atendimento médico na unidade;
- 13.3% dos entrevistados que procuraram atendimento médico de emergência são usuários que deveriam procurar especialistas, pois apresentam quadros a serem investigados, mas como existe demora nessa marcação de consultas especializadas pelo SUS (SIC) , eles acabaram procurando essa unidade de emergência;
- de acordo com os critérios para avaliação e classificação de risco²⁶, o restante dos entrevistados (77,3%) são casos para serem atendidos na UBS local. Como havíamos justificado no projeto, entrevistamos apenas os usuários que aguardavam atendimento por ordem de chegada, após serem triados pela equipe de bolsistas do curso de enfermagem.

Uma informação que corrobora este estudo e com os argumentos apresentados por Cecílio (1997) e Giovanella, Escorel e Mendonça (2003) é com relação aos atendimentos realizados em 2006, no Pronto Atendimento do Norte da Ilha/Florianópolis. Segundo o Plano Municipal de Saúde (PMS) de Florianópolis, foram realizados 76 mil atendimentos, a maioria deles decorrentes de doenças de baixa complexidade (diarreia, amigdalite, infecções respiratórias, pequenos traumas e descompensações de doenças crônicas), que poderiam ter sido assistidas previamente nas Unidades Básicas de Saúde. Esse dado não foge à realidade vivida pela unidade de emergência do HU/UFSC. Chama-nos a atenção que essa situação é reconhecida pela Secretaria Municipal de Saúde, porém, segundo relato de alguns entrevistados que procuraram atendimento em sua UBS, as unidades de saúde não avaliam a demanda imediata do usuário, encaminhando-o para o serviço de emergência. Está faltando implantar a Política Nacional de Humanização, que possui como uma de suas prioridades a redução das filas e do tempo de espera por atendimento médico, mediante a ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseados em critérios de risco, e a atenção básica que visa a estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos

26 De acordo com o Protocolo de Classificação de Risco (BRASIL, 2004a).

serviços. Ainda segundo esse PMS, a atenção básica está organizada na estratégia da Saúde da Família e suas ações programáticas são desenvolvidas

através de linhas de cuidado e de projetos específicos e estratégicos para a reorganização do modelo curativo de atenção à saúde, uma atenção integral e efetiva a população e em especial os grupos específicos devido à sua vulnerabilidade, como é o caso da criança, a mulher e o idoso, de acordo com o Pacto pela Saúde estabelecido pela Portaria nº. 399/GM/2006. (PMS, 2007-2010, p. 43).

Nesse momento, faz-se necessário lutar para que, a partir da adesão ao Pacto pela Saúde (desde julho-2007) e implantação do Plano de Ação, Florianópolis seja capaz de garantir o atendimento em seu território, pelo menos aos seus municípios, além dos procedimentos assistenciais da atenção básica, outros da média e alta complexidade.

Basicamente este estudo corrobora a ideia de Cecílio (1997), ao identificar que realmente está difícil visualizar qualquer coisa que se aproxime de fato da imagem projetada da pirâmide, nos moldes pensados pelo Movimento da Reforma Sanitária, pelos seguintes motivos:

- as unidades básicas de saúde não têm conseguido ser a principal “porta de entrada” do sistema de saúde, neste estudo representado pelas seguintes dificuldades: acesso a consultas da atenção básica; agendamento de consulta com um especialista na média complexidade (pelo sistema de referência e contrarreferência); marcação de exames e acesso a consultas de urgência de baixa complexidade. Prova disso é a unidade de emergência do HU/UFSC, sempre lotada;
- com relação ao perfil da morbidade dos usuários atendidos nessa unidade de emergência, o levantamento realizado demonstra que a maioria dos atendimentos realizados referem-se a patologias consideradas de baixa complexidade e poderiam ser resolvidas nas UBS;
- a dificuldade de acesso aos serviços especializados, mesmo com a necessidade de marcação de consulta pela UBS, demonstra que o número de consultas em especialidades é insuficiente para atender às necessidades da população usuária do sistema.

Cecílio (1997) propõe, como estratégia para avançar no sentido do acesso aos serviços de saúde, que nos serviços de urgência e emergência a equipe de

saúde crie “vínculos provisórios” com o usuário, para que, em determinados casos (estabelecidos por protocolos), a equipe aproveite o atendimento inicial para avançar na exploração e elucidação do problema do usuário, dentro dos limites tecnológicos e organizacionais do pronto-socorro, encaminhando-o ao serviço adequado, após realizar as investigações iniciais. Para o autor, esta é uma estratégia importante para reduzir o tempo de internação hospitalar.

Giovanella, Escorel e Mendonça (2003) propõem que para as USF/UBS se constituírem efetivamente como porta de entrada no sistema de saúde, é necessário que haja uma articulação entre a atenção básica e os demais níveis de complexidade (por meio do sistema de referência e contrarreferência); indicam a necessidade de ampliação de oferta no atendimento de urgências de baixa complexidade, e quando o usuário utiliza serviços de urgência e emergência, deve ser contrarreferenciado à USF, para continuidade do tratamento.

Concordamos com as ideias apresentadas por Giovanella; Escorel; Mendonça (2003), no sentido de facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, principalmente com relação à proposta que se refere à possibilidade de adscrição do usuário à UBS pelo local de trabalho. Isso garante aos usuários trabalhadores em período integral, a disponibilidade de acessar à UBS próxima ao seu local de trabalho. De acordo com o levantamento de dados realizado, 64% dos usuários da unidade de emergência trabalham em período integral; essa adscrição pelo local de trabalho facilitaria o acesso desses usuários aos serviços de saúde, na atenção básica. Ou, talvez, a ampliação do horário de funcionamento das UBS para o período noturno e finais de semana, porém isso acarretaria mais investimentos para o setor. Essa proposta parece-nos menos viável, pois implicaria o aumento de recursos financeiros destinados para o setor saúde, enquanto o Estado procura reduzir gastos com as políticas sociais, incluindo a saúde.

A última proposta busca promover a efetivação do sistema de referência e contrarreferência. O primeiro passo seria a obrigatoriedade do Cartão Nacional de Saúde para todos os cidadãos que utilizam o SUS. Em seguida a implantação de um sistema de informação (como o Infosaúde, no município de Florianópolis), por regionais de saúde, responsáveis pelo atendimento do cidadão nos diferentes níveis de complexidade. Esse sistema de informação pela internet facilitaria a concretização do sistema de referência e contrarreferência, pois permitiria que o profissional da atenção básica e o da atenção especializada tenham acesso ao

prontuário do usuário. Assim, quando o usuário fosse encaminhado pela atenção básica para a atenção especializada (referência), o profissional da atenção especializada teria acesso ao prontuário, podendo visualizar todas as informações registradas por qualquer profissional e registrar o atendimento realizado. Quando o usuário retornasse ao profissional da atenção básica (contrarreferência), este teria acesso a todas as informações do prontuário, como o diagnóstico e a conduta terapêutica adotada pelo profissional da atenção especializada, permitindo a continuidade do tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com este estudo, o conceito de saúde assegurado na legislação brasileira constitui-se como um direito de cidadania a ser garantido pelo Estado, e a universalidade do acesso aos serviços de saúde implica a organização de um novo modelo de atenção à saúde, que viabilize de fato esse acesso universal. Apesar de todos os avanços ocorridos no arcabouço legal e constitucional em relação à saúde, o SUS ainda é uma utopia, e o grande desafio é fazer com que ele funcione na prática, principalmente com relação à organização da atenção e assistência à saúde e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde.

O atual modelo de atenção à saúde do SUS, representado pela pirâmide, utilizando a atenção básica como “porta de entrada” e o sistema de referência e contrarreferência para acessar os demais níveis de complexidade, apresenta-se insuficiente para atender à demanda da população, em todos os níveis de complexidade. Segundo Cecílio (1997), esse sistema apresenta-se como uma perspectiva racionalizadora, enquanto deveria ser organizado com base na lógica do que seria mais importante para cada usuário.

Atualmente a atenção básica focaliza suas ações em estratégias bem específicas, como a saúde da criança, da mulher, do idoso e no controle de algumas doenças como hanseníase e tuberculose, que acaba não atendendo as demandas dos usuários do SUS. Em consequência disso, temos que: as unidades básicas de saúde não têm conseguido ser a principal “porta de entrada” do sistema de saúde; os serviços de emergência ainda representam a principal “porta de entrada”, pois funcionam 24 horas, facilitando o acesso do usuário, principalmente dos trabalhadores; as maiorias dos atendimentos realizados nas unidades de emergência referem-se a patologias consideradas de baixa complexidade que poderiam ser resolvidas nas UBS; e o número de consultas para a média complexidade é insuficiente para atender às necessidades da população usuária do sistema.

Acrescenta-se ainda que, apesar de o município contar desde 2006 com o Programa Capital Idoso, para atender aos usuários com mais de 60 anos, ele apresenta dificuldades em absorver a demanda por consultas e exames na atenção

especializada (média complexidade). Concluímos ainda que as mulheres representam a maior demanda para utilização desses serviços, porém é necessário aprofundar uma pesquisa nessa área, para verificar se essa demanda é uma necessidade delas ou de suas funções tradicionais, como mãe, esposa e dona de casa.

Outro dado a ser analisado é com relação as dicotomias existentes no setor saúde, que separa o público do privado. Sendo que as ações rentáveis são responsabilidade do setor privado e as ações não-rentáveis e de alto-custo são responsabilidade do setor público, o Estado. Quando o Estado assumi também o atendimento médico individual, passa a existir uma diferenciação entre os segmentos da sociedade. Diferenciando a clientela atendida pelo setor público, como o atendimento para a população não previdenciária e/ou carente, com a lógica da “pobreza de recursos cuidando da carência”, se contrapondo ao atendimento prestado pela população previdenciária. Isso vai consolidar um acesso extremamente desigual da população aos serviços de saúde, se de um lado temos a concepção de clientela como carente, por outro lado, temos uma diferenciação entre assalariados por níveis de renda e padrões de inserção nos setores da economia. Em ambos os casos o marco comum é a concepção do direito como um privilégio vinculado à contribuição previdenciária e/ou de seguros de saúde privados. Ou seja, uma cidadania regulada pela inserção no mercado formal de trabalho. Para atingir a equidade na universalização do direito à saúde é necessário haver um processo de alteração das relações do Estado com a sociedade.

Segundo o nosso Código de Ética, constitui como um dos princípios fundamentais do Assistente Social o posicionamento em favor da equidade e da justiça social, visando à assegurar a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais. Para atuarmos efetivamente como profissionais, é necessário lutarmos pela ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde. As propostas para essa área são diversas, independente da forma de acesso, seja pela adscrição do usuário à UBS pelo local de trabalho ou pela ampliação do horário de funcionamento dessas UBS, o que nos interessa é que o usuário seja acolhido por uma UBS, e que esta se torne referência para esse usuário. É necessário promover também a efetivação do sistema de referência e contrarreferência, mediante a obrigatoriedade do Cartão Nacional de Saúde e da implantação de um sistema de informação por regionais de saúde.

O Serviço Social tem se apropriado pouco desse amplo espaço de trabalho. Esperamos que este estudo contribua no sentido de despertar o interesse de profissionais e estudantes dessa área, com a finalidade de aprofundar os estudos que objetivem reconhecer a organização da atenção e assistência à saúde e promover a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde do SUS.

REFERÊNCIAS

ALVES, Francielle Lopes. **Participação e gestão democrática das políticas públicas**: a inserção e os desafios do trabalho do Assistente Social nos Conselhos de Saúde. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

AMARAL, Gláucia. **Plano de estágio**: unidade de Clínica Médica I, HU/UFSC – Florianópolis, 2007. Trabalho não publicado.

AQUINO, Estela M. L.; MENEZES, Greice M. S.; AMOEDO, Marucia B. Gênero e Saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 195-202, 1992.

BARBOSA, Mário da Costa. A práxis do Serviço Social em instituições. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 34, dez, 1990.

BARCELOS, Mariana S, et al. A implantação da classificação de risco na unidade de emergência do Hospital Universitário – UFSC. In: ENCONTRO DE SERVIÇO SOCIAL, 3., 2007, Florianópolis. Trabalho não publicado.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

_____. **Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. 3. ed. Brasília: CFESS, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 .

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde/PNS**: um pacto pela saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNS.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Regionalização Solidária e Cooperativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Senado Federal. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Senado Federal. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990a.

BRAVO, Maria I. S.; PEREIRA, Potyara A. P. (Org.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

CASTAMANN, Daniela. **Os caminhos da alta complexidade no SUS**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2003.

CASTRO, Valéria Cristina Gomes de. **A “porta de entrada” do SUS**: um estudo sobre o sistema de internação em um município do Estado do Rio de Janeiro. 2002.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada.** In: Cadernos de Saúde pública, Rio de Janeiro, n. 13, p. 469-478, jul./set., 1997.

CHEREM, Karen Vieira. **A unidade de emergência do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU como campo de estágio.** Florianópolis, 2008. Trabalho não publicado.

_____. **Diário de Campo:** estágio supervisionado na emergência do HU/UFSC. Florianópolis, 2007. Trabalho não publicado.

_____. **Plano de estágio:** estágio supervisionado na emergência do HU/UFSC. Florianópolis, 2008. Trabalho não publicado.

COHN, Amélia. As heranças da saúde: da política da desigualdade à proposta da equidade. In: **A saúde como direito e como serviço.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CRESS. **Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.** Florianópolis: CRESS, 2005. (Caderno de texto, 07).

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os estados brasileiros e o direito à saúde.** São Paulo: Hucitec, 1995.

ELIAS, Paulo Eduardo M. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. 4. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; MENDONÇA, Maria Helena M. de. **Porta de entrada pela atenção básica?:** integração do PSF à rede de serviços de saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, set./dez. 2003.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Plano de Atuação do Serviço Social do Hospital Universitário,** 2005.

_____. **Plano 2012: Planejamento Estratégico do Hospital Universitário**, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

LIMA, Juliano de Oliveira, et al. **Desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde no Brasil**. Saúde em Debate, nº. 60, Rio de Janeiro: 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In: Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

MIOTO, Regina C. M. O Trabalho com redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. **Katályses**, n. 1, 1997.

MORAES, Ana Cláudia de. **Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. 2. ed. Florianópolis: EMYO: CRESS, 2007.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O direito a saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1989.

PASTORINI, Alejandra. **Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria “concessão-conquista”**. In: Revista Serviço Social e Sociedade. Nº. 53. São Paulo: ed. Cortez, 1997.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2007 – 2010**. Florianópolis: 2007.

SARMENTO, Helder Boska de Moraes. Rediscutindo os instrumentos e as técnicas em serviço social. In: **Textos de teoria e prática de Serviço Social: estágio profissional em Serviço Social na UFPA**. Belém: UFPA, 2005. v. 1.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. PHYSIS. Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: 2007.

SCHMIDT NETTO, Rúbia. **O atendimento do elevado número de usuários na emergência do Hospital Universitário**: consiste em falta de estrutura do sistema descentralizado em Florianópolis ou uma referencia cultural? Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

SILVA JÚNIOR, Alúcio Gomes da. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. **Saúde em debate**, São Paulo, n. 111, 1998.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila, et al. (Org.). Proteção social: dilemas e desafios. **Saúde em debate**, São Paulo, n. 159, 2005.

WESTPHAL, Márcia Faria. **Gestão de serviços de saúde: Descentralização, Municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.